

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Maria Fernanda Cruz Coutinho

A crise psíquica em foco: uma análise da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

..... QUEBRA DE PÁGINA.....

Maria Fernanda Cruz Coutinho

A crise psíquica em foco: uma análise da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mônica Nunes de Oliveira Torrenté.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The psychic crisis in focus: an analysis of crisis attention in mental health in CAPS III in the city of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C871c Coutinho, Maria Fernanda Cruz.
A crise psíquica em foco: uma análise da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro / Maria Fernanda Cruz Coutinho — 2022.
195 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Coorientadora: Mônica Nunes de Oliveira Torrenté.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Intervenção na Crise. 2. Serviços de Saúde Mental.
3. Reabilitação Psiquiátrica. 4. Saúde Mental. 5. Território. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Maria Fernanda Cruz Coutinho

A crise psíquica em foco: uma análise da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Mariana Bteshe
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Faculdade de Ciências Médicas

Prof^a. Dr^a. Erotildes Leal
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria

Prof. Dr^a. Mariana Vercesi de Albuquerque
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Lilian Miranda
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Mônica Nunes de Torrenté (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Gisele O'Dwyer (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho à Alice e João, meus filhos queridos, que suportaram bravamente minha ausência durante as horas quase intermináveis de estudo.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Gisele O'Dwyer, minha caríssima orientadora, por ter acreditado neste trabalho e iluminado toda a sua construção com seus valiosos ensinamentos, pela dedicação como mestra e amiga e por ser, sem dúvida, meu grande exemplo de pesquisadora e professora.

Ao meu amor e amigo, Helisson Coutinho, pela paciência, pareceria, incentivo e exemplo de dedicação à vida acadêmica e intelectual.

A toda minha família, sobretudo meus pais, que nunca desistiram de mim.

Aos participantes desta pesquisa. Sem vocês, este trabalho não existe.

Aos meus amigos. Vocês fazem o caminho mais doce. Não tenho como citar nominalmente cada um, mas vocês sabem quem são e os seus nomes estão para sempre em mim.

A Thais Vidal pelo apoio acadêmico, amor e fé inabalável que eu conseguiria concluir o percurso de doutoramento.

A Clarice Furtado pelo apoio no acesso ao campo de pesquisa.

A Daphne Rodrigues Pereira pela parceria, incentivo e amizade sem os quais essa tese não teria sido possível.

A Daiane Loback que cuidou tão bem dos meus filhos, enquanto eu cuidava da construção dessa tese.

Aos professores do programa em saúde pública, especialmente aqueles responsáveis pela sub-área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde pelos frutíferos e extensos debates teórico-metodológicos.

Aos meus amigos-colegas de doutorado, pelo compartilhar - de forma mais ou menos alegre, mas sempre disponível e sincera – das agruras e delícias da pequena, mas substancial, odisseia de se tornar doutora.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

...nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática (MINAYO, 2010, p. 17)

RESUMO

Apesar do avanço significativo do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a assistência à pessoa em crise representa um nó ao cuidado dos portadores de transtorno mental, à medida que demanda da rede de atenção à saúde mental uma resposta distinta da clássica internação psiquiátrica. Esse trabalho, a partir da análise de documentos e realização de entrevistas procurou investigar como se dá o acolhimento à crise em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do município do Rio de Janeiro, propondo uma reflexão sobre como esses espaços podem, quando operam em rede e a partir da lógica do cuidado territorial, substituir o aparato manicomial. A escolha por esse serviço se deve ao fato de terem uma estrutura de funcionamento 24 horas e capaz de acolher usuários em leitos noturnos. Os dados foram coletados no período de 2020 a 2022. Foi possível descrever o perfil dos CAPS III, sobretudo a partir de seus processos de implantação, e o modo como se organizam e funcionam com os demais dispositivos territoriais nas respostas às situações de crise. A análise dos dados tomou como referencial a Teoria da Estruturação de Giddens, mais especificamente a consciência discursiva, que serviu para a análise das entrevistas à medida que é compreendida como meio privilegiado para acessar o conhecimento do agente e refere-se ao que ele é capaz de expressar verbalmente, acerca das condições sociais, incluindo as condições de sua própria ação. O trabalho identificou avanço em processos de implantação de CAPS III e de articulação com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, no que se refere a ESF a articulação mostrou-se insatisfatória. O subfinanciamento provocou a falta de recursos físicos e humanos, impactando a qualidade da assistência à crise. Evidenciou-se a importância das Coordenações de Emergência Regionais (CER) e da articulação delas com os CAPS III, além do uso do whatsapp® para garantir que usuários em crise não sejam encaminhados para hospitais psiquiátricos, sendo acolhidos em serviços territoriais. Identificou-se a existência de dois modelos de acolhimento e de fluxo nos CAPS III, sendo o formato miniequipe mais efetivo para acompanhamento do usuário. A violência territorial aparece como variável importante tanto para o desencadeamento da crise, quanto como dificultador para intervenções extra CAPS. No que diz respeito às concepções de crise esse estudo constatou a heterogeneidade entre os serviços, com predomínio da noção território dependente ou biopsicossocial, estando em acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. A partir da Teoria da Estruturação de Giddens, foram identificadas algumas práticas facilitadoras e dificultadoras da abordagem à crise nos CAPS III do município, sendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) razoavelmente consolidada. Torna-se necessário que estudos subsequentes sejam feitos com vistas a pensar orientações mais normativas para a condução dos casos de crise dentro da RAPS. Acredita-se que esse estudo contribuiu para pensar a gestão, a organização, mas também a clínica dos serviços substitutivos, que são capazes de sustentar estratégias eficazes de atenção à crise.

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

ABSTRAC

Despite the significant progress in the process of the Psychiatric Reform in Brazil, assistance to people in crisis represents a knot in the care of people with mental disorders, as it demands from the mental health care network a different response from the classic psychiatric hospitalization. This work, based on the analysis of documents and the conducting of interviews, sought to investigate how the mental health crisis is handled in the Psychosocial Care Centers III (known as CAPS III) in the city of Rio de Janeiro, proposing a reflection on how these spaces can, when they operate in a network and from the logic of territorial care, replace the mental hospital apparatus. The choice for this service is due to the fact that they have a 24-hour operating structure and are able to accommodate users in night beds. Data were collected from 2020 to 2022. It was possible to describe the profile of CAPS III, especially from their implementation processes, and the way they are organized and work with other territorial devices in responses to crisis situations. Data analysis took Giddens' Theory of Structuring as a reference, more specifically discursive consciousness, which served for the analysis of the interviews as it is understood as a privileged means to access the agent's knowledge and refers to what he is capable of expressing verbally, about social conditions, including the conditions of their own action. This work identified advances in the processes of implementing CAPS III and the articulation with the other devices of the Psychosocial Care Network. However, with regard to the FHS, the articulation proved to be unsatisfactory. Underfunding led to a lack of physical and human resources, impacting the quality of crisis assistance. The importance of Regional Emergency Coordinations (Known as CER) and their articulation with CAPS III was highlighted, in addition to the use of whatsapp® to ensure that users in crisis are not referred to psychiatric hospitals, being welcomed in territorial services. It was identified the existence of two models of reception and flow in CAPS III, with the mini-team format being more efficient for monitoring the user. Territorial violence appears as an important variable both for triggering the crisis and as a hindrance to extra CAPS interventions. With regard to the conceptions of crisis, this study found heterogeneity between services, with predominance of the notion of territorial dependency or biopsychosocial remaining in accordance with the precepts of the Psychiatric Reform. Based on Giddens' Theory of Structuring, some practices that facilitate and hinder the approach to the crisis in the CAPS III of the municipality were identified, with the Psychosocial Care Network (known as RAPS) being reasonably consolidated. It is necessary that subsequent studies are carried out to seek more normative guidelines for the management of crisis cases within the RAPS. It is believed that this study contributed to thinking about management, organization, but also the clinic of substitutive services, which are capable of sustaining effective strategies for crisis care.

Inglês: Krisis Intervention; Center of Psychosocial Attention; Psychosocial Attention; Mental Health; Territory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro A -	Categorias Temáticas de análise.....	63
Figura 1 -	Organização do município do Rio de Janeiro por área programática..	67
Gráfico 1 -	Implantação e taxa de cobertura populacional de CAPS no município do Rio de Janeiro.....	68
Gráfico 2 -	Redução do número de leitos psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, 2005-2017.....	69
Figura 2 -	Capacitações realizadas na década de 1990.....	73
Gráfico 3 -	Distribuição dos pacientes cadastrados nos CAPS III do Rio de Janeiro, por sexo e faixa etária, primeiro semestre 2021.....	89
Gráfico 4 -	Comparativo por CAPS do percentual de usuários por diagnóstico CID com cadastro ativo no serviço no primeiro semestre de 2021.....	90
Gráfico 5 -	Distribuição dos pacientes cadastrados nos CAPS III do Rio de Janeiro, por porta de entrada por procedência, primeiro semestre 2021.....	111
Gráfico 6 -	Distribuição e caracterização dos acolhimentos noturnos nos CAPS III do Rio de Janeiro, no primeiro semestre 2021.....	124
Figura 3 -	Atenção à crise em saúde mental no município do Rio de Janeiro, conforme elementos estruturais e as ações dos gestores, por meio da Teoria da Estruturação, 2022.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes do estudo de atenção à crise nos CAPS III 2020/2021.....	61
Tabela 2 - Leitos de acolhimento noturno nos CAPS III do município do Rio de Janeiro.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
RP	Reforma Psiquiátrica
IMPPINEL	Instituto Municipal Philippe Pinel
TE	Teria da Estruturação
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
MAC	Modelo de Atenção Crônica
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
APS	Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
GL	Gestor Local
GC	Gestor Central
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
HMJM	Hospital Municipal Jurandir Manfredini
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
TSMP	Transtorno Mental Severo e Persistente
NEV	Núcleo de Estudos da Violência

EAT	Espaço aberto ao Tempo
HP	Hospital Psiquiátrico
CPRJ	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
IMAS	Instituto Municipal Assistência à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CEE	Centro de Estudos Estratégicos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
OSS	Organização Social de Saúde
OD	Open Dialogue
AP	Área Programática

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	22
3.1	DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À REDE DE SAÚDE MENTAL.....	22
3.2	O ENFRAQUECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA	33
4	A POLISSÊMICA NOÇÃO DE CRISE: DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL	42
4.1	A HISTÓRIA DE UM CONCEITO.....	42
4.2	CRISE E SEU MANEJO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	49
5	PERCURSO METODOLÓGICO	54
5.1	CAMPO.....	58
5.2	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	58
5.3	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	59
5.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	63
5.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
6	UM OLHAR SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	65
6.1	CARACTERIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DA REDE: O CAPS III NO RIO DE JANEIRO.....	65
6.2	A CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAPS III DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	77
6.2.1	CAPS oriundos de serviços de hospitais psiquiátricos	78
6.2.2	CAPS originalmente modalidade II	82
6.2.3	CAPS fundados como CAPS III	83
6.2	O PAPEL DO TERRITÓRIO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	85
7	A CRISE EM SAÚDE MENTAL	96

7.1	CONSTRUINDO UM CONCEITO.....	96
7.2	MANEJO DA CRISE.....	106
7.2.1	Planejamento para crise - nível central.....	107
7.2.2	Ponto de chegada da crise.....	110
7.2.3	Procedimentos em caso de crise nos Caps.....	123
7.2.4	Especificidades do manejo da crise na Pandemia.....	135
8	CAPS III COMO SUBSTITUTO DOS RECURSOS MANICOMIAIS: ASPECTOS RESTRITIVOS E FACILITADORES.....	144
8.1	RESOLUTIVIDADE DA CRISE NOS CAPS III.....	144
8.2	AVANÇOS E DESAFIOS DOS CAPS III PARA ATENÇÃO À CRISE.....	148
8.3	DIÁLOGANDO COM A TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS	159
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
	REFERÊNCIAS.....	174
	APÊNDICE A – Roteiros de Entrevistas.....	191
	APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	193

1 INTRODUÇÃO

Esta tese propõe investigar a atenção à crise em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial, modalidade III (CAPS III) do município do Rio de Janeiro. Em especial, interessa como os gestores de nível central e local pensam a crise e quais serviços a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem lançado mão para efetivamente poder acolher a experiência da crise. O CAPS III, por ser serviço territorial com leitos para acolhimento 24 horas nos sete dias da semana, prescindindo dos leitos em hospitais psiquiátricos, destaca-se na rede por seu privilégio na assistência à pacientes em crise.

A importância de serviços territoriais, funcionando em rede com outros serviços sanitários ou não sanitários, com amplo acesso, equidade e integralidade, voltada para a inserção do portador de sofrimento mental em todos os domínios da cidadania (CAMPOS, 2014) é resultado de um amplo debate e mudanças que ocorreram a partir da Reforma Psiquiátrica (RP).

Amarante (1995, p.87) definirá reforma psiquiátrica

“como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil implica, entre outras coisas, um novo modo de conceber a loucura e de lidar com ela. Assim, não só se reorganizou o sistema de saúde mental com a inserção de mais e novos serviços, como também se implementaram neles dispositivos de atenção e arranjos institucionais que subverteram a lógica tradicional da atenção a pessoas em sofrimento psíquico

Visando à territorialização de novas práticas consoantes com os direitos humanos e à cidadania do usuário de saúde mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) ainda apresenta como um importante desafio o manejo da crise, no sentido de desenvolver estratégias resolutivas que prescindam do hospital psiquiátrico para lidar com ela.

Para Campos (2014) a crise é a justificativa e a via de entrada para o sistema manicomial. Justamente por comportar uma dimensão decisiva e estratégica, o tipo de assistência lograda nesse campo definirá o poder de intervenção e o alcance manicomial das redes de cuidado e reabilitação psicossocial.

A concepção de crise da psiquiatria clássica e da saúde mental são divergentes, uma vez que a primeira toma essa experiência como a apresentação de uma grave disfunção, da

agudização de sintomas que expressam a descompensação de uma dada doença, e a segunda a compreende como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a incapacidade subjetiva do sujeito em responder a situações extremas para ele (AMARANTE, 2007).

Atualmente,

o conceito de crise está reabilitado, mas acabou caindo em uma polissemia desvairada, com significados diversos, às vezes díspares, ou se misturando ou se conciliando com o campo de sentido dos conceitos de urgência e emergência, sem conseguir constituir sua identidade (CAMPOS, 2014, p.165).

Apesar de divergências significativas sobre a concepção de crise, atores das mais diversas formações e filiações teóricas no campo da saúde mental concordam com a necessidade de dar resposta às situações de crise e acerca da importância do funcionamento em rede de serviços de saúde mental (DIAZ, 2013).

Neste ponto, evidencia-se a necessidade de definir o que seria uma crise, pois será justamente a partir dessa compreensão que serão desenvolvidas respostas à mesma, se materializando no próprio modelo de atenção à crise. A complexidade dos instrumentos e dos recursos para enfrentá-la requerem uma precisão organizativa e uma adequação das respostas que correspondam à complexa situação existencial pela qual atravessa o sujeito nesse momento (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Cabe ressaltar ao leitor que justamente em função desse caráter multifacetado do conceito de crise, a pesquisadora não partirá de nenhuma conceituação prévia para desenvolvimento dessa pesquisa, mas se amparará numa perspectiva mais abrangente pensando como a ideia de crise se sustenta na lógica da atenção psicossocial.

Na direção do que foi mencionado acima, o processo de Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 80, enfrenta hoje barreiras importantes, que precisam ser mais bem avaliadas, apresentando, ademais, notável fragilidade no campo da produção de conhecimento aplicado à condução prática dos dispositivos de atenção. Ainda que seja significativo o aumento no número de artigos publicados sobre saúde mental em periódicos científicos, poucos são aqueles publicados em revistas indexadas e derivados de pesquisas de média e longa duração (DELGADO, 2015).

Na Itália, na Inglaterra e no Canadá – países cujas reformas da atenção à saúde mental são referências no mundo –, há vinte anos se vem prestando especial interesse na atenção à crise como indicador de sucesso de suas práticas (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991), desenvolvendo estratégias para tentar solucionar o problema de como, a um só tempo, evitar a

internação (tomando-a como último recurso) e acolher a crise em qualquer momento (24hs/dia) e em diversos pontos da rede de atenção psicossocial. Nesse sentido, frisa-se a importância da abertura a abordagens da crise que considerem a participação ativa do sujeito em sofrimento, da família e da comunidade em todo o processo de tratamento, de forma que essa experiência e as suas soluções não sejam silenciadas, mas abordada coletivamente. A prática do Diálogo Aberto, que será apresentada no capítulo “A polissêmica noção de crise: da psiquiatria à saúde mental”, representa um modelo de abordagem de a atenção à crise que inclui os elementos descritos acima.

Tomando isso como norte, vê-se que alguns componentes podem ser considerados cruciais para a atenção à crise. Dentre eles, cabe um destaque especial ao CAPS – serviços que surgem no país no final da década de 80, como iniciativa de transformação no modelo de cuidado e que devem estar articulados às unidades de Atenção Primária à Saúde e aos outros dispositivos da RAPS. No que diz respeito às situações de crise os CAPS III têm função especial em função da sua capacidade de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos.

Um dos principais desafios no processo de implantação dos CAPS é a distribuição populacional dentro de um país com dimensões continentais, como o Brasil. Se for tomado o parâmetro de que deve haver um CAPS III a cada 200.000 habitantes, em cidades que excedam essa população, verifica-se que cerca de 130 cidades estariam precisando deste tipo de serviço. Além disso, observa-se uma franca concentração desse tipo de serviço, pois os 55 CAPS III existentes no país encontram-se em apenas 36 cidades (BRASIL, 2011b).

No que se refere ao estado do Rio de Janeiro, a cobertura dos CAPS/100mil habitantes é superior apenas à da região Norte, salvo Rondônia e Roraima, do Distrito Federal, Espírito Santo e Goiás. Além disso, é o terceiro lugar em números absolutos de leitos psiquiátricos, atrás do Rio Grande do Sul e Minas Gerais (BRASIL, 2015). Tais dados evidenciam a necessidade de avanço no processo da RP no sentido da desinstitucionalização e constituição de serviços territoriais, ainda que se considere uma evolução na implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo.

Evidentemente, não se trata de negar a necessidade de internação como recurso terapêutico, mas de estabelecer os limites e responsabilidades de cada serviço integrante da RAPS, à medida que não é apenas o CAPS o único serviço responsável pela substituição do hospital. Quando se falam em serviços substitutivos ao manicômio, trata-se de se referir a uma rede de serviços diversificados, comunitários e territoriais, que possam dar conta da

complexidade do sofrimento psíquico, estimulando e potencializando os recursos existentes na comunidade, em que o CAPS é um deles.

A compreensão da crise como sinônimo de periculosidade, ainda tão entranhada na sociedade, é a rocha dura no trabalho com o padecimento mental, à medida que é produtora de preconceito e discriminação, e contra a qual se luta desde os primeiros movimentos de reforma. Questionar tal ideia é trabalhar a responsabilização por parte dos técnicos, família e comunidade - aspectos centrais para que uma substituição da lógica de atenção ocorra efetivamente, de modo a acolher a singularidade de cada sujeito em crise.

Ao tempo em que se toma a crise como objeto de intervenção absolutamente separada do seu sujeito que a vive e dos sentidos que o mesmo atribui a tal experiência, a noção de crise *versus* periculosidade pode ser generalizada, sendo a internação a solução para contê-la, instaurando o que Diaz (2013) nomeará de tríade asilar, a saber, crise/perigo/internação.

A motivação para a realização desta pesquisa relaciona-se à minha vivência na clínica com atendimento de urgência/emergência em Saúde Mental desde 2002, quando iniciei a residência multiprofissional em saúde mental no IMPPInel, passando por serviços de urgência/emergência da iniciativa privada e atuando como autônoma na atenção à crise psíquica em inúmeras situações, sobretudo a pessoas que cometeram tentativa de suicídio ou em episódios agudos de psicose. De lá para cá, tanto no serviço público quanto na iniciativa privada – ainda que por vias distintas –, o encontro com familiares e com encaminhamento de outros profissionais clínicos muitas vezes evidenciava as generalizações e a descontextualização da crise, desconsiderando a singularidade posta nessa expressão de sofrimento intenso, entendendo-a como desvio de uma conduta normal (aquela que a pessoa costumava ter ou que se espera que tenha), como um erro de percurso, um distúrbio, uma dificuldade de adaptação e outros sentidos similares.

A atenção à urgência em saúde mental compromete-se com o paradigma da atenção psicossocial. Por isso, pensar em superar o modelo manicomial de atenção diz respeito, entre outras coisas, a analisar a dinâmica dessa rede articulada de serviços que possa dar conta da complexidade que requerem os problemas psíquicos. Na referida rede, o CAPS III adquire especial importância no acolhimento à crise em função de sua estrutura e funcionamento. Nesse sentido, o olhar dessa pesquisa recairá sobre as modalidades e potencialidades que os CAPS III têm para lidar com as situações de crise, tomando-o enquanto dispositivo estratégico para a articulação da atenção à crise no âmbito da RAPS.

Especialmente importante torna-se o tema deste estudo no momento político que atravessamos em que a RAPS sofre severos ataques, apontando para um desmonte das políticas públicas de saúde mental e do SUS de um modo geral que se inicia em 2015 em que se anunciavam as primeiras mudanças de rumo, simbolizadas pela nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um defensor histórico do modelo manicomial e posteriormente em 2017 com a portaria GM 3.588 de dezembro de 2017, que visa a reverter a orientação do modelo psicossocial.

Já em 2019, ao instituir a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), o governo pretende sugerir que se trata de uma “Nova Política de Saúde Mental”, como se a mesma representasse uma nova Reforma Psiquiátrica e não um movimento de Contrarreforma, ou seja, um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, fortalecendo, corroborando uma abordagem exclusivamente biomédica do problema, com o modelo centrado no psiquiatra.

Justamente o que se coloca em questão e que foi o foco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é a defesa de serviços que sejam próximos às pessoas que precisam de cuidados e das suas famílias, para manter os tratamentos territorializados, sem o risco da segregação, tão nociva e cronicadora nos casos de pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende contribuir com o fortalecimento do processo chamado de Reforma Psiquiátrica e com a construção de uma concepção, dinâmica e histórica, de intervenção na crise em saúde mental que contemple a complexidade da situação, levando em conta o usuário, seu ambiente relacional e os recursos da rede pública de saúde.

Para tanto, buscou-se analisar concepções e manejos da crise em saúde mental, com intuito de compreender como a RAPS tem lidado com essa experiência tão radical ao usuário, especialmente a partir do serviço privilegiado para acolhimento da crise em função de sua equipe técnica, estrutura física, organizacional e função dentro do fluxo da rede, o CAPS.

O primeiro capítulo traz uma revisão em torno da constituição da RAPS como uma sub rede que opera dentro um modelo de redes de atenção à saúde, situando o CAPS III como serviço mais apto a acolher a crise em saúde mental. Destaca-se o conceito de Território como central para a compreensão das práticas nos serviços, pois as ações serão orientadas através do paradigma psicossocial, em que o sujeito é compreendido em suas diversas dimensões dentro de um contexto sócio comunitário. Esse texto é finalizado com uma breve discussão acerca do

movimento de contrarreforma em curso no Brasil, representando um ataque tanto ao processo de implantação de serviços que visam a desconstrução e fim das instituições asilares, considerando que talvez o projeto da RAPS, enquanto tal foi concebida, não exista mais.

A seguir, realizou-se uma segunda seção na parte de revisão de literatura, na qual visou-se construir o conceito de crise a partir de pontos históricos importantes que representaram uma mudança de rota na assistência ofertada aos sujeitos que sofrem de transtornos mentais. A seção é finalizada com a apresentação de uma nova abordagem para intervenção na crise, absolutamente consonante com as práticas de reabilitação psicossocial, a saber, a Abordagem do Diálogo aberto.

Em seguida, o leitor acessará o capítulo metodológico subdividido em três grandes partes: a primeira delas diz respeito a uma apresentação do estudo de maneira geral, situando-o como pesquisa qualitativa e com abordagem teórica da Teoria da Estruturação (TE) de Giddens.

Na segunda parte abordou-se mais detidamente o *modus operandi* e o planejamento do trabalho empírico, em que são expostas as técnicas adotadas e as razões para cada uma dessas escolhas. Na última subseção, ainda dentro do escopo metodológico, são apresentadas as considerações éticas.

Na sequência, prossegue-se na explicitação dos resultados por meio de três grandes capítulos. São eles: Um olhar sobre a RAPS; Crise em saúde mental e CAPS III como substituto dos recursos manicomiais.

No capítulo sobre a Rede de Atenção Psicossocial são abordados os aspectos relacionados a caracterização, implementação e contextualização dos CAPS III no município do Rio de Janeiro, tendo como fio condutor o conceito de território. No capítulo seguinte, acerca da Crise, foram abordados dois grandes temas, a saber, a concepção que os gestores de níveis central e local têm sobre crise e posteriormente o manejo dessa experiência.

Essa subseção foi dividida novamente em 4 subgrupos, pois, apesar de todas se referirem ao manejo da crise, cada uma delas diz respeito a um aspecto específico. Por isso, considerou-se o manejo da superintendência de saúde mental, em que são abordados aspectos macro sobre a gestão dessa questão, através de implementação de serviços e estratégias para lidar de forma mais territorial com a crise. Outro aspecto destacado foi o ponto de chegada da crise na rede, que não necessariamente corresponde a porta de entrada nos serviços, mas são os locais de procura pelos usuários.

A seção seguinte aborda o manejo das crises nos CAPS III propriamente dito e finalmente, o manejo da crise durante a pandemia de COVID-19, que representou um grande desafio para as equipes dos serviços, não somente pelo impacto na saúde mental da população como um todo, mas também pelas especificidades desta no manejo com pacientes graves em dispositivos que envolve o trabalho em grupo e territorial – duas dimensões apartadas da experiência humana em função de medidas para evitar contágio e transmissão do vírus.

O último capítulo de resultados traz a questão sobre o papel efetivo do CAPS III na rede, no sentido de substituir recursos manicomialis, bem como os avanços e desafios encontrados tanto no que se refere a atenção à crise, quanto ao que diz respeito a consolidação de processos e ideais da RP. Por fim, o leitor acessará uma subseção em que os resultados dialogam diretamente com a TE de Giddens, quando é possível identificar como os gestores influenciam e monitoram a atenção à crise utilizando os diferentes recursos e regras disponíveis.

Nas considerações finais, será reforçado a importância da atenção à crise em serviços territoriais, como os CAPS III, e a articulação deles com outros dispositivos da RAPS, de modo a garantir uma assistência antimanicomial. Interessa aqui sugerir a ampliação desse campo de estudos, expondo temas e discussões importantes conectadas a atenção à crise no município do RJ que se insinuaram no decorrer da pesquisa, mas que não foram aqui abordadas porque, para tanto, seria necessário um maior aprofundamento teórico e empírico que escapa aos objetivos deste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acolhimento à crise em saúde mental nos CAPS III do município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Caracterizar a estruturação da RAPS no município do Rio de Janeiro;
- b. Descrever a organização e funcionamento dos CAPS III na resposta às situações de crise dentro da RAPS do município do Rio de Janeiro;
- c. Identificar recursos e práticas facilitadoras e dificultadoras da abordagem à crise;
- d. Analisar a crise e seu acolhimento nos CAPS III na perspectiva gestores de saúde mental.

3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A política pública de saúde mental brasileira, a partir das conquistas da Reforma Psiquiátrica, recebeu investimentos em programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial, como inicialmente os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e posteriormente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, dentre outros (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). Tais serviços devem operar em redes de atenção, de modo a garantir o acesso qualificado e territorial.

A perpetuação e avanço dessa rede requer permanente atenção para algumas variáveis que envolvem as dimensões inerentes à Reforma Psiquiátrica (RP) (AMARANTE, 2007), à clínica, bem como ao lugar social designado ao louco (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Contudo, o que pode ser verificado há alguns anos é que a saúde mental brasileira vem sofrendo inúmeros ataques, com uma gestão pública voltada para interesses de mercado (ONOCKO-CAMPOS, 2019) e com a retomada de investimento em leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Com vistas a situar a Rede de Atenção Psicossocial e o CAPS III nessa estrutura – serviço central para a atenção à crise e consolidação da RP - esse capítulo será dividido em duas partes: a primeira em que é situada a RAPS dentro da estrutura e organização Redes de Atenção à Saúde (RAS), e a segunda em que se apresenta o movimento de contrarreforma em curso no Brasil, por meio do processo de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial.

3.1 DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À REDE DE SAÚDE MENTAL

As Redes de Atenção à Saúde e sua estruturação têm o intuito de promover maior integração dos diferentes níveis de atenção, visando aumentar a resolutividade dos problemas de saúde de uma dada população, reduzir os custos do sistema de saúde e sistematizar adequadamente o processo de referência e contrarreferência, tendo o usuário como centro da assistência (VIEGAS *et al.*, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2013; GOMES, 2014). Portanto, devem atuar a partir dos mesmos objetivos e de forma cooperativa, sem hierarquia, de modo que o cuidado seja continuado nos diferentes níveis de atenção e que o objetivo seja efetivamente melhorar a qualidade de atenção e vida dos usuários (ROSEN; HAN, 2008). Esta forma de organização, centrada no paciente e direcionada para os resultados, garante a continuidade e a integralidade do cuidado (SUTER *et al.*, 2009; MENDES, 2011).

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, que segundo Mattos (2005), pode adquirir três conjuntos de sentidos, quais sejam: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente em um cuidado que não seja a resposta à demanda, mas para além dela, visando a prevenção. No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, articulando demanda programada e demanda espontânea para identificação de eventuais riscos para a saúde. Por último, há o conjunto de sentidos sobre a ‘integralidade’ e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (PINHEIRO; MATTOS, 2004). A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.

Baseado na primazia das ações de promoção, na garantia de atenção nos três níveis de complexidade, na articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e na abordagem integral dos indivíduos e das famílias, a integração consiste, portanto, em coordenar as ações para um projeto coletivo comum. Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações) (HARTZ; CONTADRIPOULOS, 2004). A instituição da rede exige estrutura organizacional, mas também exige modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais.

Segundo Mendes (2010), as RAS se constituem a partir de três elementos fundamentais, a saber, uma população e um território sanitário; uma estrutura operacional envolvendo serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, além de sistemas de apoio, logística e governança; e um modelo de atenção à saúde.

A população é o que justifica a existência do sistema integrado de saúde, no sentido que suas necessidades determinarão a melhor organização para a rede. Desse modo, torna-se essencial definir previamente a população adscrita para estruturar a rede, consequentemente, circunscrever previamente o território sanitário (MENDES, 2011; SILVA, 2013).

O território apresenta-se como conceito geográfico mais utilizado em diversos campos do conhecimento, emergindo várias concepções e sentidos. No campo da saúde, a territorialização é utilizada para explicar as diferentes situações de saúde e a organização de serviços de saúde (GONDIM; MONKEN, 2017).

Inicialmente território foi usado em seu sentido geográfico para situar e organizar locais que abrigavam atividades específicas, criando os primeiros códigos sanitários, como os locais de matança de animais (matadouros) e locais de acumulação de lixo (áreas degradadas) (GONDIM; MONKEN, 2017).

Esse conceito vai sendo apropriado pelos momentos históricos e adquirindo outros sentidos, sobretudo a partir da expansão territorial que ocorre nos séculos XVI e XVII, com a conquista de novas terras e domínios geográficos ampliados. Contudo, é a partir do século XVIII, com a Revolução Industrial na Europa e o crescente surgimento das cidades, que se torna necessário que o Estado passe a controlar e intervir no território no campo da saúde, com vistas a proteger a população e evitar o contágio de doenças (GONDIM; MONKEN, 2017). É nesse período que surge na Alemanha a polícia médica como estrutura estatal reguladora da prática da medicina, voltada para a observação das doenças e seu controle público e privado. Simultaneamente ações de Estado aconteciam na França e Inglaterra para controle do ar e da água e a observação sistemática das cidades, onde a aglomeração de pessoas ameaçava a saúde da população em função das atividades urbanas e da má higiene dos lugares coletivos (SCLAR, 2007).

A descoberta do microscópio e da bacteriologia nos séculos XIX e XX trouxeram precisão para os processos de adoecimento e morte, auxiliando sobremaneira nos planejamentos de atos de saúde pública. Por um lado, promoveram ações higienistas, mas por outro lado viabilizaram ações intervencionistas sobre territórios e populações por meio de vacinas, remoção de cortiços e regulação sanitária (ROSEN, 1994), trazendo o conceito de território para o desenvolvimento de ações de saúde.

Segundo Gondim e Monken (2017), no Brasil, desde o início do século XX, o território é reconhecido pelo Estado como espaço produtor de desequilíbrio entre o homem e o ambiente, e, conseqüentemente, de doenças e mortes, desencadeando uma série de ações de saúde para os âmbitos individual (vacinação e profilaxia de algumas doenças) e coletivo (saneamento e embelezamento das cidades). Nesse contexto, diferentes doenças e eventos de saúde foram associados aos elementos do território (ecológicos, sociais, econômicos, culturais) e aos seus usos, contribuindo para a organização de serviços e a estruturação de sistemas de saúde com o

objetivo de enfrentar os problemas e de garantir o atendimento às necessidades de populações de recortes territoriais específicos.

No final dos anos 80 e no decorrer dos anos 90, com a implantação do SUS, a rede de serviços de saúde no Brasil é orientada e organizada a partir de critérios de delimitação de áreas para a saúde através da definição de áreas político-administrativas, não somente para controle da saúde, mas também visando incorporar dimensões do território, tais como política, econômica, social, cultural, sanitária (GONDIM; MONKEN, 2017). Nesse sentido, o uso do conceito de território é estratégico para caracterizar não apenas o tipo de atenção de saúde como também estruturá-la.

Na Saúde Mental, o termo território adquiriu particular relevância com a reforma psiquiátrica e a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e serviços comunitários, no sentido do progresso do processo de desinstitucionalização. (DELGADO, 1999; AMARANTE, 2011). Contudo, não há consenso entre os atores desse campo acerca das concepções, princípios e modos de operar desse termo, conforme nos aponta Dutra (2015). Esse desacordo pode ser verificado a partir da análise do conceito em documentos do campo científico, na forma de publicações indexadas e burocraticamente por meio de documentos oficiais da esfera federal do SUS, na forma de relatórios de conferências, leis, portarias e manuais, cuja importância reside justamente em sua capacidade indutora de práticas.

Se no texto da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), o termo território não aparece, sendo apenas evocado pelo termo comunidade, por outro lado, cada vez mais, ele tem se tornado recorrente na literatura acadêmica e nos textos orientadores produzidos pelo Ministério da Saúde.

Como exemplo, tem-se o documento gerado pela Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005) em que a noção de território é ampliada para além do espaço físico:

“O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 25)

No campo burocrático as orientações normativas e técnicas do Ministério da Saúde enfatizam a importância do território na organização tecnoassistencial, como “organizador da

rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (BRASIL, 2005, p. 25), sendo uma categoria útil para organização administrativa do sistema de saúde ou para a cobertura dos serviços.

Furtado *et al.*, (2016) destacam, no campo científico, quatro acepções de território, sendo a mais usual a que o reconhece como uma determinada área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares, tomando território como espaço fora do hospital psiquiátrico e adjacente ao serviço de saúde. A segunda acepção é a de território como um conjunto de recursos terapêuticos identificados e articulados pelos profissionais de saúde, como espaços públicos, vizinhanças, associações, etc. A terceira acepção é o território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo, no qual se evidencia construções simbólicas do sujeito acerca, sobretudo, do pertencimento. E por último, o território aparece como um sistema de objetos e ações, derivado sobretudo das teorias de Milton Santos¹.

Para a Geografia Crítica, o conceito de Território evoca determinações não apenas de espaço como também de poder (FURTADO *et al.*, 2016). Souza (2000) sugere que, em uma aproximação inicial, o território pode ser compreendido como “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (p. 78). Perguntar por território, territorialidade ou territorialização significa perguntar “quem domina ou influencia quem nesse espaço, e como” (p. 79). O conceito de território implica a consciência de que o poder sempre se exerce em determinado espaço e por meio dele, seja um Estado-nação, sejam territórios menos evidentes, como aqueles do tráfico de drogas ou da indústria imobiliária de luxo. Mais à frente, no mesmo texto, o autor afirma que o território não deve ser confundido com o espaço concretamente percebido e objetivado, mas como “(...) as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte, sobre um substrato referencial” (p. 97).

O segundo elemento da RAS – estrutura operacional – é formado pelas ações e serviços de saúde, bem como pelas suas ligações que determinam os fluxos de atendimento nos diferentes pontos de atenção (MENDES, 2011; SILVA, 2013). Para tanto, é necessário que haja uma coordenação dos fluxos de atendimento favorecendo o acesso e o atendimento dos

¹ O geógrafo Milton Santos inaugurou a abordagem do espaço como processo e construção social, considerando também as particularidades dos territórios periféricos ou semiperiféricos do capitalismo global. Isso possibilitou à Epidemiologia, por exemplo, enfrentar mais adequadamente as mudanças do perfil epidemiológico advindas da globalização e superar as abordagens que desconsideravam as implicações socioespaciais no processo saúde/doença. Para se debruçar nas teorias o leitor pode buscar dentre outras, as seguintes obras: O Espaço Dividido, O Espaço do Cidadão, Território e Sociedade.

pacientes e garantindo a continuidade do cuidado nos diferentes serviços de saúde, de forma integrada (LAVRAS, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2014).

É justamente essa sistematização dos fluxos assistenciais que se convencionou chamar de linha de cuidado, para que o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes fosse garantido. A ideia de linha de cuidado, segundo Malta e Merhy (2010), envolve a racionalização da organização dos serviços; o caminhar qualificado do usuário na rede de atenção; a responsabilização dos profissionais e do sistema pela saúde do usuário; e a articulação entre macro e microprocessos institucionais.

E por fim, o terceiro elemento constitutivo que compõe a RAS, é justamente o modelo de atenção, que configura uma espécie de paradigma que caracteriza as condições de saúde e as formas de intervenção que devem ser empregadas para a resolução dos problemas (SILVA, 2013).

O modelo de atenção à saúde é:

...um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções dos sistemas de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p.209).

Dentro dessa ideia, alguns autores sinalizam a existência de modelos de atenção voltados às condições agudas e às condições crônicas (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção às condições agudas são empregados para eventos agudos de qualquer indivíduo, ainda que esse apresente condição crônica. O objetivo deste modelo é definir o nível de gravidade em que se encontra o sujeito em situação de urgência ou emergência para encontrar o ponto de atenção adequado e conseqüentemente identificar o ponto de atenção pertinente para a solução da situação apresentada. De uma maneira geral, esses modelos visam identificar os sujeitos que têm sua vida em risco, elencar atendimentos de prioridade em função da classificação de risco, reduzir a superlotação em serviços de emergência, garantir a reavaliação de pacientes, além de contribuir com as informações sobre a situação de saúde da população (MENDES, 2011; COUTINHO; CECÍLIO, MOTA, 2012).

Os modelos de atenção às situações crônicas são mais complexos e têm sido amplamente empregados, sobretudo, em função dos processos de transição das situações de saúde (KADU; STOLEE, 2015). Segundo Mendes (2011), todos os modelos de atenção às condições crônicas derivam de um modelo considerado seminal, a saber, o Modelo de Atenção Crônica (MAC).

Nessa modalidade de modelo de atenção, as intervenções baseiam-se nos momentos de evolução das condições de saúde, de modo a demandar formas distintas de gerenciamento das situações. Desse modo, a gestão da condição de saúde é compreendida como processo de gerenciamento de uma condição já estabelecida, via estratégias que efetivamente busquem minimizar os riscos para o sujeito (MENDES, 2011).

Embora essa concepção de rede tenha sido prevista quando da publicação da Constituição Federal de 1988, o marco legal para o processo de consolidação da RAS no âmbito do SUS foi a Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que atualmente compõe a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017. Segundo a norma, a RAS corresponde a “ arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017a).

Desde 2010, com a Portaria n. 4.279, algumas sub-redes passaram a ser implantadas, dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país. Seguindo a mesma lógica da rede de atenção à saúde, a RAPS surgiu com o objetivo de promover a integração do cuidado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. Considerou a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos como elemento capaz de influenciar nos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e de promover fluxos contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A RAPS tem como finalidade promover a atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como diretrizes o respeito à liberdade, a promoção da autonomia e da cidadania, o combate ao estigma/preconceito, reconhecimento dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, a garantia da equidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

A prioridade da RAPS é a construção de uma rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico, garantindo atenção em saúde mental de base comunitária/territorial e a desinstitucionalização de pacientes longamente internados (MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

No Brasil, a promulgação da Portaria GM/MS 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013, foi de fundamental importância para que a atenção psicossocial passasse a ser pensada como uma rede de serviços e estratégias que não contemplam apenas os

serviços de saúde mental, mas também o SUS em sua íntegra e os recursos disponíveis no território, de modo que as ações sejam orientadas pelo paradigma psicossocial, que toma o sujeito, em suas diversas dimensões, como central, dentro de um contexto sociocomunitário (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, as práticas de reabilitação psicossocial devem, reconhecendo que os egressos de longas internações psiquiátricas e demais pessoas com transtorno mental grave como pertencentes ao polo dominado nas relações de poder, desenvolver ações que visem a superação de tendências normalizadoras, avançando para a transformação da sociedade com vistas ao convívio com as diferenças (SARACENO, 1999).

E é tendo isso em vista que a proposta organizacional para a saúde mental, oriunda do modelo de redes de atenção à saúde (RAS), compreende componentes de diversos níveis de densidade tecnológica: (1) Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a estratégia de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; (2) Atenção Psicossocial, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; (3) Atenção de Urgência e Emergência; (4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (5) Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; (6) Estratégias de Desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e (7) Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2013).

Contudo, a efetivação das diretrizes e dos objetivos da rede de atenção psicossocial e de um trabalho realmente em rede, não se dá pelo mero somatório de pontos de atenção implantados nem apenas pelo elenco organizativo dos componentes ou, ainda, pela simples modernização do circuito assistencial. A RAPS se efetiva a partir das pessoas que a compõem em seus diversos pontos de atenção, que se conectam e se coordenam com uma finalidade comum. Portanto, mais do que regulamentar a atenção psicossocial por meio de mecanismos teóricos organizativos, é necessário que se supere o isolamento das práticas dos serviços, pensando-se formas de se constituir projetos comuns a partir da mobilização de saberes e recursos de técnicos, usuários, familiares e instituições.

Dentro desse contexto o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço estratégico, funcionando como compositor ordenador da rede de saúde mental do território de

sua abrangência e como articulador de outros recursos comunitários, através de parcerias intersetoriais (BRASIL, 2004a), além de se destacar por seu papel estratégico na atenção à crise.

A portaria nº 336/2002 que institui a criação dos CAPS, desloca do hospital psiquiátrico a recepção e encaminhamento da demanda de tratamento, para um serviço territorial, capaz de organizar a porta de entrada do sistema, direcionando o acesso com vistas a evitar as internações, utilizando esses novos serviços e criando alternativas ao tratamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades para acolhimento às crises em saúde mental, atendimento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas (RIO DE JANEIRO, 2022). São serviços que ofertam atendimento interdisciplinar, por equipe multiprofissional atuando de modo articulado a outras unidades de Saúde e a outros setores (Educação, Assistência Social, etc.), sempre incluindo a família e a comunidade nas estratégias de cuidado. O acesso aos CAPS pode ser feito por demanda espontânea, por intermédio de uma unidade de atenção primária ou especializada, por encaminhamento de uma emergência ou após uma internação clínica/psiquiátrica.

Para a implantação e organização dos CAPS pelos municípios, a portaria ministerial define a estrutura, o funcionamento e os objetivos principais desses serviços a partir do porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I foram destinados aos municípios com população acima de 20.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira; os CAPS II aos municípios com população acima de 70.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda à sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21h; os CAPS III aos municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento de 24 horas, diariamente, inclusive feriados e finais de semana (BRASIL, 2002). Os CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) foram destinados ao atendimento da clientela infanto-juvenil, em municípios com população acima de 150.000 habitantes e os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e drogas), destinados aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, nos municípios com população acima de 70.000 habitante (BRASIL, 2002).

Dentre os dispositivos da RAPS um enfoque especial será dado ao CAPS III, pois ele é apontado como sendo a unidade mais adequada para lidar com as situações de crise, por meio da oferta de leitos de atenção integral (VASCONCELOS, 2010), com acolhimento diurno e noturno, em regime intensivo. O procedimento Acolhimento Noturno é descrito no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), na portaria nº 854/2012, como:

ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012a).

Para esse “acolhimento noturno”, a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002/02, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, propõe o número de 05 (cinco) leitos, indicando que a permanência de um mesmo paciente fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias

É de responsabilidade do CAPS III a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território onde está situado; a regulação da porta de entrada na rede assistencial; a coordenação, por delegação do gestor local, das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território e a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental. Todo CAPS III precisa estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (BRASIL, 2002).

No que diz respeito, especificamente, aos serviços prestados, incluem-se atividades como atendimento individual seja ele medicamentoso, psicoterápico ou de orientação; atendimento a grupos; oficinas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social e acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), os CAPS III devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise e viabilizar a reintegração dos usuários em seus territórios sócio existenciais. Sendo assim, o “sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (BRASIL, 2004a, p.17).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, deve ser composta por 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico

e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

A função dos CAPS III, no sentido da sua capacidade de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos – já abordada no Encontro Nacional de CAPS III em 2003 e no Congresso Nacional de CAPS – apresenta-se como um grande desafio, entre outras questões, devido à distribuição populacional em um país com dimensões continentais como o Brasil. Se for tomado o parâmetro de que deve haver um CAPS III a cada 200.000 habitantes em cidades que excedam essa população, verifica-se que cerca de 72 dos 121 serviços dessa modalidade encontram-se alocados na região Sudeste, seguidos 27 no Nordeste, 7 no Norte, 10 no Sul e 5 na região Centro Oeste, apontando para uma distribuição desigual da assistência (BRASIL, 2021a).

Apesar disso, é legítimo reconhecer a importância fundamental do dispositivo CAPS III no acolhimento das situações de crise, bem como seu papel articulador junto aos demais pontos de atenção da RAPS. A existência dos leitos, na perspectiva da hospitalidade em lugar da internação, o funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, a equipe multiprofissional em maior número e sua localização geográfica facilitadora de circulação da população nos evoca o conceito de acessibilidade. O CAPS III é um dispositivo que tem como forte recurso para o acolhimento à crise sua característica de serviço comunitário e integrado à rede de atenção básica, negando a ideia de isolamento durante tanto tempo em voga no campo da psiquiatria (ALVES, 2009).

Para Sampaio e Bispo Júnior (2021, p. 40) “a ausência de CAPS III impacta negativamente na oferta do cuidado à crise, na medida em que obstaculiza a atenção mais intensiva e próxima ao próprio serviço”. Como consequência, observa-se a centralização do cuidado dessas situações nos leitos hospitalares. Nesse sentido, Macedo *et al.* (2017) afirma que a insuficiência de CAPS III é uma realidade no contexto nacional e consiste em significativo entrave para atendimento à crise sem que haja complementariedade do recurso hospitalar.

É incontestável o reconhecimento do avanço do Brasil na implementação desse modelo de cuidado em saúde mental. Isso pode ser constatado a partir do fechamento dos leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários (MACEDO *et al.*, 2017), além do desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras (ALMEIDA, 2019), como a atuação articulada da atenção primária à saúde com a saúde mental (APS), à medida

que desempenha um papel fundamental de contribuição através do Apoio Matricial² (AM) para a expansão da capacidade resolutive das equipes, a ampliação do olhar sobre a clínica de forma articulada e singular, e a promoção da saúde e da diversidade de ofertas terapêuticas, favorecendo a corresponsabilização entre as equipes de apoio. Ainda assim, persistem desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços (MACEDO *et al.*, 2017), o histórico subfinanciamento, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re) inserção social (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Soma-se a isso, o movimento de contrarreforma psiquiátrica que emerge na sociedade brasileira a partir de 2016, como consequência da redução do financiamento e da implantação dos novos serviços, em função da crise financeira e dos novos rumos da política nacional (AMARAL *et al.*, 2018) de cunho neoliberal e conservador, além da incorporação de ações e políticas de saúde mental que apontam para a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira, risco de sucateamento dos serviços de base comunitária (ALMEIDA, 2019) e, em última instância, o fim da RAPS.

3.2 O ENFRAQUECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

O enfraquecimento e desmonte da rede de atenção psicossocial, que começou em 2015 e que se verifica com mais força a partir de 2016, é um dos fatores, que junto a insuficiência dos CAPS III, prejudica o cuidado a crise. Nesse sentido, apesar da seção anterior descrever a estrutura de uma rede tal qual ela deveria operar, é fundamental que se pense nas mudanças ocorridas com a desestruturação da lógica organizativa da RAPS, a ponto de ser possível considerar se ainda é possível se falar na existência de uma rede de atenção psicossocial tal qual ela foi pensada.

² Cunhado em 1999 por Gastão Wagner de Sousa Campos, como “apoio especializado matricial” e hoje conhecido como “Apoio Matricial” (AM) esse termo aparece como uma diretriz para a inclusão de ações em Saúde Mental na APS em 2003, porém somente em 2008 com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o AM passa a ser prática efetiva nas Unidades de Saúde da Família. Seu objetivo é a corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais da APS e profissionais apoiadores especialistas tendo como ações as consultorias técnico-pedagógicas, os atendimentos conjuntos e as ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência (CHAZAN; FORTES; CAMARGO, 2020).

Esse fenômeno é discutido por alguns autores como fruto de um movimento de contrarreforma psiquiátrica. Nunes et al (2019, p. 4491) vai definir a contrarreforma como

um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas Reforma Psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um processo que surge principalmente a partir da conjuntura de redemocratização do país em fins da década de 1970, com a mesma dimensão estratégica da Reforma Sanitária (ESTELLITA-LINS *et al.*, 2012), visando à construção de viabilidade e sustentabilidade política, social, econômica e técnica, mas que se constitui em um processo mais amplo e complexo, uma vez que transborda as estratégias, dispositivos e dinâmicas do SUS, porque alcançou outros setores, se articulando com as massas populares, ou, ao menos, com outros movimentos sociais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Esse processo se deu a partir das denúncias de maus-tratos e péssimas condições às quais pessoas internadas em hospitais psiquiátricos estavam submetidas. Profissionais de saúde, pesquisadores, ativistas em movimentos sociais protagonizaram esse processo criando condições para organização do movimento antimanicomial no Brasil, que se fundamentou nas teorias críticas ao tratamento psiquiátrico tradicional e nas experiências de reforma sanitária e de desinstitucionalização levadas a cabo em países como França, Inglaterra e, principalmente, Itália (AMARANTE; NUNES, 2018).

Scarcelli (2019) afirma que tanto as experiências desses países quanto a produção teórica que revelava a ineficiência do hospital psiquiátrico como modo de tratamento às pessoas com sofrimento mental serviram como fundamento para a RPB. Segundo a autora, o movimento atuou em três frentes: a criação de uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico, a criação de legislação psiquiátrica que regulamenta os direitos do “doente mental” e a desconstrução da cultura de discriminação e violência contra essas pessoas tão arraigada na sociedade.

A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil implica, entre outras coisas, um novo modo de conceber a loucura e de lidar com ela. Assim, não só se reorganizou o sistema de saúde mental com a implantação de mais e novos serviços, como também se implementaram neles dispositivos de atenção e arranjos institucionais que subverteram a lógica tradicional da atenção a pessoas em sofrimento psíquico.

Esse movimento traz uma proposta de modificação e reestruturação da atenção em saúde mental, com a substituição progressiva dos recursos manicomiais por uma rede de atenção integral composta por serviços diversificados, regionalizados e integrados à rede geral de serviços de saúde, incluindo outros recursos sociais e comunitários (AMARANTE, 1995; 2002; TORRE; AMARANTE, 2001).

Superar o aparato manicomial representou, dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, a criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), em que os serviços de saúde mental devem funcionar numa lógica autenticamente substitutiva ao modo manicomial (COSTA-ROSA, 2000), sendo que, para sua efetiva concretização, é fundamental que haja uma mudança na oferta e lógica do cuidado, de modo que a atenção em saúde mental seja remodelada, implicando na qualificação das práticas e dos serviços, sobretudo no modo como a equipe opera nos componentes da RAPS.

A luta pela superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico avançou significativamente nos últimos anos e pode ser constatada na franca redução de leitos psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2002 a 2014, diminuindo de 51.393 para 25.988, na mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos e no maior investimento nas ações extra hospitalares superiores (pela primeira vez, no final de 2006) em comparação ao investimento direcionado a hospitais psiquiátricos (CALDAS de ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2015).

Para Scarcelli (2019) é justamente a principal característica da Reforma Psiquiátrica Brasileira – o cuidado territorial a partir da desinstitucionalização – que se encontra ameaçado por esse processo de contrarreforma.

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território, tendo sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica (HIRDES, 2009, p. 299). Mas, certamente “desins”, como se convencionou chamar carinhosamente entre os profissionais de saúde mental esse processo caro à Reforma, tem uma conotação muito mais ampla do que o deslocamento do centro da atenção. Ela se refere ao desmonte do aparato manicomial, transformações concretas no modo que as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento, visando a produção de sentido de vida, de sociabilidade. A ideia de Rotelli - figura histórica da Reforma Psiquiátrica Italiana e que contribuiu fortemente para a construção desse conceito - acerca da desinstitucionalização é superar a lógica manicomial, pensando novas formas de lidar com uma existência em sofrimento, com todas as suas determinações materiais e relações sociais e culturais, o que

implica na desmontagem de todas as instituições postas a serviço da exclusão e da segregação daqueles que perturbam ou ameaçam a norma (ROTELLI, 2001).

O trabalho executado de desinstitucionalização e as experiências nos novos dispositivos territoriais mobilizaram profissionais de saúde a investigar, refletir e fundamentar a prática, possibilitando acúmulo teórico e técnico, ainda que muitas vezes sem incentivo e apoio governamental. Assim, serviços continuam sendo criados e implantados em vários cantos do Brasil, mesmo em situações adversas, por equipes de profissionais em parceria com as pessoas que usam os serviços de saúde e seus familiares (SCARCELLI, 2019). Há ações que agregam cooperativas de trabalho em projetos de economia solidária: por exemplo, a cooperativa Praia Vermelha, com quase 20 anos de idade, localizada dentro do Instituto Municipal Philippe Pinel, voltada para a reabilitação psicossocial por meio da produção e comercialização de alimentos; a Suricato situada em Belo Horizonte e que promove a inserção por meio do artesanato, móveis, mosaicos e culinária, todos os trabalhos sendo feitos manualmente e o Bar Bibitantã, um coletivo que produz eventos gastronômicos e opera com o pressuposto do trabalho como direito e instrumento de inclusão social, que junto a outras cooperativas, constituíram Pontos de Economia Solidária, instalados em São Paulo.

Dois marcos legais se revelam importantes para consolidação da RP. Um deles é a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental para uma rede de serviços extra hospitalares, inseridos na comunidade e programados para ampliar práticas e projetos de cuidado. Essa lei mudou o cenário da assistência em saúde mental no Brasil e provocou uma inversão na curva de financiamento dos serviços, de modo que os gastos com serviços extra hospitalares passaram a ser maiores que os gastos com hospitais psiquiátricos (monovalentes), viabilizando a implantação de vários serviços territoriais, tais como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e incremento ao Programa De Volta para Casa (NUNES *et al.*, 2019). O outro marco é a Portaria GM/MS 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS, conforme discutido no início desse capítulo.

Apesar desses avanços, tensionamentos no campo da saúde mental já podiam ser sentidos, sobretudo acerca dos processos inacabados da implementação de novos serviços, que são evidenciados em 2010 no relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), com especial atenção para as exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contrarreforma (BRASIL, 2010; NUNES *et al.*, 2019).

Trapé, Onocko Campos e Costa (2018), em consenso com outros autores do campo, apontam o modelo de base comunitária como o melhor modelo de atenção em saúde mental, à medida que conta com uma gama de serviços, desde a atenção primária e inclui a internação para casos agudos em período breve, preferencialmente em hospital geral. Todas as características inerentes ao trabalho de rede, tais como a integração entre os pontos de atenção, uma coordenação de casos e de rede que permita uma organização sistêmica racional sem perder a particularidade da clínica, são fatores que tornam a rede de atenção à saúde mental mais resolutiva e eficaz.

Contudo, falar de uma atenção em rede e de base comunitária não significa falar em uma redução dos gastos assistenciais. Ainda assim, a comparação entre o valor global, o recorte específico da saúde mental e os valores *per capita* reforçam as análises da saúde mental como área subfinanciada do SUS, já cronicamente subfinanciada (TRAPÉ; ONOCKO CAMPOS; COSTA, 2018).

A crise financeira crônica a qual o SUS, de um modo geral, está submetido desde a sua criação, não impediu que houvesse a constituição de redes de saúde, ao que interessa a esse texto, a RAPS, com grande expansão de serviços comunitários, a partir de uma efetiva inversão de gasto em saúde mental. Contudo, a média de gastos em saúde mental no Brasil vem sendo reduzida gradativamente, conforme indica Nunes *et al* (2019), impactando na refração da rede e na deterioração de serviços já existentes, promovendo críticas de setores contrários a eficiência da Reforma.

Onocko Campos (2019) destaca que a expansão de serviços comunitários arrefeceu significativamente após 2011, sendo o pequeno crescimento registrado produzido praticamente pela criação de serviços voltados para a população com problemas com álcool e outras drogas ilícitas, os CAPSad III, que começaram a ser implantados no final de 2010 e alcançaram o número de 92 unidades, de forma pouco equânime no território nacional, no intervalo de quatro anos.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) analisa o retrocesso da política de saúde mental no Brasil, a partir das normativas emanadas pelo governo federal e documentos de caráter público e dos dados do Ministério da Saúde relativos à rede de saúde mental do SUS. Para os autores supracitados, o primeiro sinal de uma mudança de direção do MS em relação à PNSM é anterior a qualquer emenda ou portaria, e aponta para o retorno do modelo manicomial. Trata-se da nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de Valencius Wurch em 11 de dezembro de 2015, uma pessoa que desde a tramitação da Lei 10.216 era crítico e contrário aos

pressupostos mais fundamentais da Reforma Psiquiátrica e tinha como seu grande histórico a gestão do maior manicômio do país (Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, RJ), instituição que, durante os anos 2000, havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades.

Uma forte ação de resistência à nomeação de Valencius toma conta de todo país, organizada pelo movimento da Reforma e de Organizações importantes como Abrasco e Abrasme, ao ponto de ficar insustentável sua permanência no cargo. Ele é exonerado do cargo em 9 de maio de 2016.

Outro fato que impactou sobremaneira a saúde mental foi a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

Uma Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica do matriciamento prejudica diretamente a possibilidade de um cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatórios especializados (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.4).

São vários os documentos normativos que incidem sobre a Política Nacional de Saúde Mental, e datam a partir de 2016, mas nem todos serão abordados nessa tese. Serão destacados a Emenda Constitucional 95 (EC 95), a portaria 3.588, a portaria 2.434, a Resolução 001/2018, Portaria GM 3.659, a Portaria GM3718, a Nota Técnica 11/2019 e por fim, o decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.

A Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016, determina o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, dentre elas o SUS, impactando ainda mais o já insuficiente sistema público de saúde (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020), e conseqüentemente a implementação plena de diversos componentes da Reforma, em função da falta de recursos (CALDAS DE ALMEIDA, 2019).

Em 21 de dezembro de 2017, contudo, entra em vigor a Portaria nº 3588/2017, que dispõe sobre mudanças na política nacional de saúde mental e inclui na RAPS os hospitais psiquiátricos e hospitais-dia, e que constitui a base de toda mudança na PNSM, definindo um suposto novo modelo de RAPS.

Portanto, ao reintroduzir o hospital dia - que fora superado pela instauração dos CAPS, as intervenções biomédicas voltam a ser superestimadas em relação às práticas psicossociais - e instituir o CAPS ad IV,

“que nada mais seria que a legitimação para que escorresse um gordo financiamento público federal para as comunidades terapêuticas, jeito brasileiro eufêmico de reinstaurar práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais, que caracterizaram ao longo da história ocidental no século XX as práticas asilares e manicomiais” (ONOCKO CAMPOS, 2019, p. 3),

torna-se inequívoco que haja um substancial retrocesso na condução de um projeto de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil.

A Portaria n° 3588/2017 ainda determina o reajuste do valor das autorizações de internação hospitalar (AIH) dos hospitais psiquiátricos, segundo seu tamanho, indo na contramão de todas as recomendações internacionais e do próprio e bem-sucedido processo brasileiro de redução de tamanho dos hospitais monovalentes além de estabelecer um nível secundário de atenção por meio de equipes especializadas em saúde mental, abrindo espaço para a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados.

Ou seja, essa portaria representa um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado com característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária, com amplo financiamento para esse modelo de tratamento.

Dando prosseguimento aos termos de processualidade da formalização da Contrarreforma, tem-se a Portaria 2.434 de 15 de agosto de 2018 que reajusta o valor das diárias de internações hospitalares (IHs) acima de 90 dias para internação em Hospitais Psiquiátricos, ressaltando os hospitais monovalentes e suas internações de longa duração. Segundo Nunes *et al.* (2019) o objetivo dessa portaria era sanar as finanças dos hospitais psiquiátricos, paralelo ao congelamento do repasse mensal para CAPS desde 2011.

O sanitarista Paulo Amarante, referência brasileira pró RP, em entrevista ao Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz em , considera que vive-se

(...) um retrocesso geral na política brasileira, na democracia, na cidadania, nas práticas sociais mais avançadas e participativas..., observando que há um retorno da política privatizante, da mercantilização da vida, tomando-se a saúde e as doenças como mercadorias, alvo de interesses específicos. Esses interesses não visam à saúde da população, visam à ganância e à obtenção de lucros com as doenças da sociedade

Já a Resolução n. 1 de março de 2018 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas realinha a Política Nacional de Álcool e outras Drogas e formaliza apoio a entidades da

sociedade civil que lidem com usuários de drogas, abrindo uma via para captação de recursos públicos por parte das comunidades terapêuticas.

Em 14 de novembro de 2018, a Portaria n. 3.659 suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPSs, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS em todo o Brasil, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS nestes serviços específicos (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020). Essa portaria acarretou num desfinanciamento de mais de 77 milhões ao ano (NUNES *et al.*, 2019).

A Portaria n. 3.718 editada pelo MS em 22 de novembro de 2018, exigindo “a devolução imediata dos recursos financeiros” de implantação de serviços que supostamente descumpriram requisitos (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020), foi responsável pela retração de mais de 43 milhões de reais do orçamento da RAPS, impactando ainda mais a construção e manutenção da rede de saúde mental.

No dia 4 de fevereiro de 2019 é então publicada a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, que deixava clara a intenção de transformar o modelo assistencial vigente, apresentando-se como uma “Nova Política de Saúde Mental”.

Segundo CRUZ, GONÇALVES e DELGADO (2020), é a nota técnica que assume de que se trata de um outro modelo, no qual “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019). Evidentemente que não foi essa nota que imprimiu as mudanças na PNSM. Como dito anteriormente houve um processo ao longo de alguns anos, conforme demonstrado através de algumas portarias e resoluções, que vão preparando o terreno para a implementação da nova (velha) política.

Para Caldas de Almeida Reis (2019) o arsenal teórico da Nota Técnica baseia ratificando o caráter biomédico das intervenções, desconsiderando todo um conjunto de saberes e profissionais que compõe e atuam na área da saúde mental. Ao propor a inclusão de hospitais psiquiátricos e ambulatorios especializados à RAPS desconsiderou um largo consenso em nível internacional sobre a importância vital de assegurar a substituição dos hospitais monovalentes por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários (CALDAS de ALMEIDA, 2019).

Tanto o relatório da *Lancet Commission* (PATEL *et al.*, 2018) quanto o Plano Global de Saúde Mental da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) recomendam

explicitamente o encerramento de hospitais psiquiátricos, sugerindo que se inicie esse processo pelos países de baixa renda. Para Caldas de Almeida (2019), recolocar o hospital psiquiátrico como central na saúde mental implicará na diminuição do acesso à atenção de qualidade, no aumento das violações dos direitos humanos e no aumento da exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Esse reordenamento do hospital na saúde mental vem amparado, também pela Nota Técnica, pelo aumento de financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas, de modo a anular todos os esforços de redistribuição dos recursos financeiros serão anulados, e cada vez mais escassos para os serviços territoriais (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

O Decreto nº9.761 de 11 de abril de 2019 representa o passo mais atual da política na direção de retorno dos asilos pós-modernos, fazendo retornar as velhas teses de periculosidade, mas agora acerca dos usuários de drogas (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020). Esse marco legal substitui o método de redução de danos (reconhecido internacionalmente pelo êxito com a população de usuários de drogas) como política oficial para dar lugar a internação compulsória.

A grande questão acerca da internação diz respeito a modalidade de tratamento que é ofertada pelas instituições. A Reforma Psiquiátrica nunca negou a possibilidade de internação, mas sempre preconizou que os serviços e o cuidado ao paciente fossem territoriais, próximo a família, de modo a evitar segregação e cronificação dos usuários com transtorno mental, à medida que é justamente a partir dessa territorialidade que é possível reabilitar e ressocializar pessoas.

Há mais de trinta anos que é evidente não ser possível tratar pacientes com transtorno mental severo e persistente em hospitais psiquiátricos, nem em ambulatórios especializados que resumam suas intervenções a prescrições medicamentosa. Para esses males, é preciso escuta sensível aos sujeitos que sofrem, cuidado integral, serviços abertos aos usuários, as suas famílias, à comunidade e a seus problemas agudos e crônicos e, sobretudo, mudanças estruturais em uma sociedade cada vez mais desigual e intolerante.

Sendo assim, é difícil reconhecer na RAPS a ideia de rede advinda do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que as mudanças experienciadas nos últimos anos representaram, na realidade, o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial já consolidados.

4 A POLISSÊMICA NOÇÃO DE CRISE: DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL

Este capítulo visa apresentar a construção do conceito de crise, apontando para a polissemia do termo e marcando pontos importantes para a compreensão do fenômeno ao longo da história da psiquiatria até chegar a sua concepção nos dias atuais na interface com aquilo que hoje constitui o campo da saúde mental.

Para tanto o capítulo será dividido em duas seções. A primeira traz a relevância e uso que o conceito de crise adquiriu na medicina desde o final do século XVIII e como ele foi sendo apropriado pela psiquiatria até a psiquiatria preventivista, na qual esse conceito adquire especial valor. Na segunda seção, o conceito de crise e seu manejo será abordado no campo da saúde mental, estando situado na perspectiva na Reforma Psiquiátrica

4.1 A HISTÓRIA DE UM CONCEITO

Campos (2014) afirma que crise foi um conceito fundamental para a medicina até o final do século XVIII, adquirindo sentidos variados ao longo do tempo à medida que emerge e se relaciona diretamente com um dado contexto sócio histórico. Aquilo que se nomeia hoje como crise psicótica, expressão-mor da loucura, já foi interpretado como bruxaria, sabedoria, possessão demoníaca. Contudo, ainda que sua definição mude ao longo dos séculos, um elemento se mantém imutável e diz respeito a valoração negativa dessa experiência (FERIGATO, ONOCKO; BALLARIN, 2007).

Diferentemente do que possa parecer, a loucura não foi sempre vista como uma doença. Em “História da Loucura na Idade Clássica”, Michel Foucault (1972) aponta para o processo de transformação da loucura em um fato médico, sendo, para tanto, necessária sua constituição como alienação mental – o que mais tarde viria a ser conhecido como doença mental. O grande protagonista dessa transmutação da alienação em doença mental será Pinel. Para Amarante (1995)

(...) Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. (...). Dessa forma, o gesto de Pinel, ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995, p. 26).

Inaugura-se o médico como perito da loucura, ao mesmo tempo em que se institui a loucura como uma questão médica e, com isso, tem-se certa reordenação do espaço social. À

medida que localiza no hospital o lugar para tratamento da doença mental, ele se torna também o espaço de reclusão por excelência daqueles considerados perigosos. A institucionalização da loucura enquanto periculosidade sobrepõe punição e tratamento e instaura aquilo que Pinel nomeará de tratamento moral - relação de autoridade em que o médico e seus auxiliares exerceriam o poder sem reciprocidade, evidenciada pelo imperativo da submissão do interno (AMARANTE, 1995).

Castel (1978) destaca a importância da técnica pineliana não somente enquanto mediadora de uma relação de autoridade, mas também por estabelecer a importância do isolamento como instrumento de cura e agente terapêutico contra doenças mentais, além de contribuir para a distribuição e construção da ordem asilar, que visava a classificar e separar os internos de acordo com as suas enfermidades diagnosticadas, criando espaços para cada grupo nosográfico. O estigma criado nesse período permanece até hoje e, de algum modo, justifica a violência e marginalização dos loucos (AMARANTE, 2003).

Até o final do século XVIII a medicina tomava a crise como conceito fundamental, pois era justamente o momento em que a doença se revelava claramente por meio de sinais e sintomas indicando a expressão de um conflito, a saber, doença e as forças naturais do organismo (BIRMAN, 2003).

Já no século XIX, a partir da anatomia patológica e do nascimento da medicina moderna, a crise deixa de ser central nesse novo paradigma (CAMPOS, 2014). Se antes, para constatar a presença de uma doença, era primordial um conjunto de sinais e sintomas e um momento agudo da doença caracterizado como crise, a partir da anatomia torna-se possível localizar no corpo lesões e disfunções dos órgãos ou dos sistemas fisiológicos associados. Desse modo, as estratégias que conformavam a atuação médica orientada pelo conceito de crise tornam-se inúteis.

Ao mesmo tempo em que a anatomia patológica instrumentaliza a medicina, fornecendo elementos concretos e visíveis para diagnósticos diferenciais, pouco útil se mostrou à psiquiatria da época. É justamente o conceito de crise, que já não serve à medicina geral, que auxiliará a psiquiatria a produzir a prova, a verdade e a revelação da doença, localizando a psiquiatria dentro do campo médico (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; BIRMAN, 2003). A loucura expressa como crise era a justificativa que dava espaço ao psiquiatra. Assim, a crise é apreendida como um conceito positivo, um conceito de prova de realidade, e o hospital, o local da realização da loucura (FOUCAULT, 2006).

Uma mudança importante se dará a partir dos trabalhos desenvolvidos por Emil Kraepelin, no final do século XIX, na concepção e abordagem do adoecimento mental e, por conseguinte, da loucura/crise. Duas noções destacam-se nesse cenário, a saber, as unidades nosológicas e a noção de anormalidade.

As unidades nosológicas permitem pensar a doença/loucura como conjunto de características não fortuitas, concernentes a uma determinada unidade, ou seja, considera um agrupamento de sintomas na configuração de uma síndrome, além de levar em conta o curso da doença (AMARANTE, 2003). Já a noção de anormalidade surge como categoria médica no final do século XIX, e possibilita a apropriação pelo saber médico de tudo aquilo que não é considerado normal. Não só o louco, mas todo indisciplinável, como os criminosos, instáveis, mentirosos, querelantes, passam a ser considerados sob o ponto de vista da doença (CAPONI, 2012; PORTOCARRERO, 1980), encontrando na nosologia Kraepeliniana suas especificidades.

Ferigato, Onoko Campos e Ballarin (2007) afirmam que a crise e a experiência de sofrimento psíquico quase sempre foram reduzidas ao que se convencionou nomear como “agudização da sintomatologia psiquiátrica”, sobretudo na psiquiatria clássica, marcadamente por sintomas como delírios e alucinações, agitação psicomotora dentre outros. A estabilização, ou seja, a supressão desta sintomatologia seria entendida como positiva, e o rompimento da homeostase tomado como algo destrutivo.

Para Willrich *et al.* (2011), a partir do avanço dos psicofármacos, a loucura pode ser contida fora dos muros do manicômio, salvo em momentos de crise/agudização dos sintomas em que se quebrava a normalidade do cotidiano. Ficam, assim, reduzidos o doente à sua doença e a crise à simples agudização da sintomatologia (FERIGATO; ONOCKO CAMPOS; BALLARIN, 2007).

As duas Guerras Mundiais promoveram uma reflexão da sociedade acerca da crueldade e solidariedade inerentes ao homem civilizado, criando condições de possibilidade para transformações psiquiátricas (AMARANTE, 2007). Assim, a partir do pós-guerra, tentativas de psiquiatria reformada (ROMAGNOLI, 2014) foram se desenhando ao longo dos anos. Ao que interessa especificamente ao tema dessa tese, a psiquiatria preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, adquire especial valor, uma vez que o conceito de crise se torna estratégico para as intervenções preventivas para além da noção mais restrita da doença mental.

Em 1963, nos EUA, é aprovada a lei do *Community Mental Health Center and Retardation Act*, a partir da proposta do presidente eleito J. F. Kennedy da criação de um

Programa Federal de Psiquiatria Comunitária com intuito de trazer uma nova abordagem ao tratamento dos doentes mentais, articulando todos os níveis do Estado e da cidadania (CAPLAN, 1980). Essa lei é resultado de censo realizado em 1955 sobre as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos, que evidenciou as precárias condições de tratamento, violência e maus tratos aos quais os pacientes eram submetidos (AMARANTE, 2007).

O foco dessa reforma incidiu sobre a comunidade, sobre a saúde mental, e não mais sobre o hospital e a doença mental, demandando uma tarefa conjunta da sociedade como um todo, tratando os supostos doentes e trabalhando com a profilaxia (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; BIRMAN; COSTA, 1994).

Surge, então, a Psiquiatria Preventiva, que tem suas bases teóricas e propostas de intervenção explicitadas no livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva” de Gerald Caplan.

Caplan irá, a partir da Medicina Preventiva de Leavell e Clark, aplicar para a psiquiatria o modelo explicativo da História Natural da Doença, que pressupõe uma linearidade no processo saúde-doença e uma evolução do processo de adoecimento. A partir daí, define, em sua obra, a Psiquiatria Preventiva como o corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir: (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos em uma comunidade, promovendo a sanidade da população e evitando o surgimento de novos casos de doença mental (“prevenção primária”), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem, diagnosticando precocemente as enfermidades mentais e proporcionando o tratamento adequado, evitando, assim, o seu agravamento (“prevenção secundária”) e (3) a deterioração que poderá resultar desses distúrbios, prevendo a reabilitação psicossocial dos que já tenham sido acometidos pela doença mental, o seu reajustamento e a adaptação à sociedade (“prevenção terciária”) (CAPLAN, 1980; AMARANTE, 2003).

Segundo Amarante (2007, p. 48), na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade.

Birman & Costa (1994, p. 54) afirmam que a prevenção poderia ocorrer em três níveis:

- a) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- b) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoce da doença mental;
- c) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhoria.

Seguindo a lógica da História Natural das Doenças, toda doença tem uma causa (agente patogênico, vulnerabilidade do hospedeiro ou circunstâncias favoráveis no meio) e a explicação dada como causa da doença mental é fundamentada sobre a noção de crise (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Caplan (1980) define crise como um desequilíbrio entre a dificuldade frente a um problema e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-lo, em que os mecanismos usualmente utilizados para a solução de problemas não funcionam e outras soluções, que poderiam ser facilmente empregadas, falham. Cria-se um desequilíbrio entre forças, que deixa o indivíduo vulnerável ao adoecimento, até que um novo padrão comportamental é estabelecido e que pode diferir radicalmente daquele vigente pré-crise (CAPLAN, 1980). É justamente esse novo padrão que dará uma conotação à experiência de crise como algo negativo ou positivo.

As crises foram classificadas, por esse autor, em: evolutivas, quando relacionadas aos processos normais de desenvolvimento da vida; e acidentais, quando relacionadas, em geral, a perdas, riscos ou mudanças abruptas; em ambas, a dificuldade de elaboração e/ou a perturbação por elas provocadas podem conduzir à doença mental (CAPLAN, 1980). Contudo,

(...) já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise”, portanto, a crise não é sinônima de doença mental, mas “caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57)

Para Birman & Costa (2003), a novidade do sistema defendido por Caplan está na Prevenção Primária. Isso porque elaborar um diagnóstico precoce e buscar formas de terapêuticas correlatas visaria a impedir o enraizamento de uma suposta enfermidade que poderia vir a causar danos que dificultariam ou inviabilizariam o tratamento. Esse tipo de cuidado não era preconizado anteriormente pela Psiquiatria, que visava a intervenções curativas e de reabilitação.

No que diz respeito à intervenção, a crise tornou-se, para a psiquiatria preventiva, um objeto privilegiado, uma vez que representa o evento que conduz à doença, ainda que também seja uma possibilidade de crescimento. Nesse sentido, nas palavras de Birman e Costa (1994, p. 58), “Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento”.

Amarante (1995) refere uma ampliação da abrangência da ação psiquiátrica por meio do treinamento dos líderes comunitários que passaram à qualidade de supervisores de saúde

mental da comunidade. A concepção de que prevenir é promover a saúde levou a ação sobre a comunidade ao seu extremo, promovendo a “busca de suspeitos” – expressão usada por Caplan – em todos os espaços sociais. A “busca de suspeitos” de doença mental ou de crise se deu especialmente por meio do preenchimento de questionários distribuídos à população – *screening* – para detectar possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico.

O projeto preventivista americano tentou tornar o hospital psiquiátrico uma instituição obsoleta, uma vez que procurou instituir-se enquanto ‘alternativa’ ao modelo psiquiátrico tradicional, apresentando em oposição a este “um novo objeto – a saúde mental; um novo objetivo – a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento – a coletividade; um novo agente profissional – as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento – a comunidade; uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicossocial” (CAMPOS, 2014). Tratava-se de estratégias e serviços de desospitalização, mas que segundo Amarante (2007) acabaram produzindo um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, tanto para os serviços fora do hospital quanto para os hospitais psiquiátricos, à medida que os próprios serviços comunitários e a aplicação do *screening* à população transformaram-se em formas de captação de novos contingentes de clientes.

Na análise de Birman & Costa (1994), a proposta que efetivou a experiência da Psiquiatria Preventiva foi a de promoção da saúde mental, compreendendo saúde mental como adaptação social.

Para Rotelli *et al* (2001), embora a psiquiatria preventivista tenha operado críticas ao asilo, promovendo transformações em seu interior e avançado em direção à comunidade, não colocou em questão o modelo científico psiquiátrico e a função social de exclusão e segregação do asilo. Pelo fato de os serviços comunitários criados não terem buscado efetivamente eliminar o recurso à internação psiquiátrica, mas ao contrário, terem trabalhado em uma relação de complementaridade, a psiquiatria preventivista é considerada uma psiquiatria reformada, uma vez que não rompeu completamente com o paradigma psiquiátrico tradicional.

Diaz (2013) aponta que, apesar das críticas e limitações que a Psiquiatria Preventiva acumulou, esse movimento conseguiu importantes logros, como o deslocamento da centralidade da psiquiatria e suas instituições no que concerne aos problemas de saúde mental, viabilizando abordagens mais abertas e inseridas na comunidade, e evidenciando a importância da abordagem multiprofissional, em alguma medida descentralizando o lugar da Psiquiatria. A doença mental deixa de ser somente loucura e passa a ser também compreendida como

manifestação de problemas próprios da vida em sociedade e dificuldades inerentes à vida de um modo geral.

Mas, é a partir da Reforma Psiquiátrica que há uma mudança de atitude epistêmica em relação a ideia de doença mental (AMARANTE, 2007). Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, movimento que inspirou fortemente a Reforma no Brasil, propõe colocar a doença mental entre parênteses para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. Dito de outra forma, trata-se de aceitar a experiência de sofrimento, sem precisar reduzi-la a um conjunto de sinais e sintomas signos de uma doença.

Nesse intervalo de pouco mais de 70 anos, o termo crise foi adquirindo vários sentidos. Atualmente, apesar da polissemia existe um conceito mais hegemônico de crise, que induz a pensar uma forma padronizada de manejá-la, ou seja, refere-se a pessoas com padecimento mental considerado grave e persistente (DIAZ, 2013), com crises mais ou menos frequentes e de diversas intensidades que requerem cuidados intensivos, geralmente chamados de urgência, de onde se apreende uma orientação bastante pautada na sintomatologia clínica e nas intervenções em saúde, com pouca precisão acerca dos aspectos psicossociais e experienciais do fenômeno.

Dell'Aqua & Mezzina (1991) vão definir a crise a partir de critérios arbitrados pelos serviços territoriais como situações que demandavam internações psiquiátricas e muitas vezes à revelia das pessoas que eram por elas acometidas. Eles consideram que é difícil uma conceituação única de crise em Psiquiatria e que a problematização do tema requer uma caracterização da crise enquanto uma situação que envolva pelo menos três desses cinco elementos: gravidade da sintomatologia psiquiátrica; gravidade na ruptura familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa de contato; e situações de alarme no contexto de vida cotejada à incapacidade pessoal de afrontá-las.

Tal definição, ainda que aponte para a caracterização da crise na sua relação com a organização dos serviços, com uma dada região e com o momento histórico, permanece pouco precisa no que concerne à dimensão subjetiva dessa experiência (FERIGATO; ONOCKO CAMPOS; BALLARIN, 2007). Por mais que a definição de Dell'Aqua & Mezzina transcendam a sintomatologia psiquiátrica, para Ferigato, Onocko Campos e Ballarin (2007), ela poderia ser enriquecida por aspectos subjetivos e pela experiência singular de adoecimento, além do caráter psicossocial envolvido na experiência desses sujeitos.

4.2 CRISE E SEU MANEJO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Para além das concepções acerca da crise ao longo dos anos pela psiquiatria, há várias maneiras de conceituar crise dentro do campo da Saúde Mental, em função da variedade de saberes e teorias que o compõem, como a psicanálise e a psiquiatria, que apresentam discursos absolutamente distintos quanto a essa experiência e concepção de sujeito.

Muitos autores de orientação psicanalítica relacionam o conceito de crise ao conceito de trauma. Ferigato, Onocko Campos e Ballarin (2007, p. 35) irão definir, a partir de Knobloch (1998), a crise

como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização, mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes...

Trata-se de um esforço de transformar em significante, em palavras, algo de difícil simbolização e que é da ordem dos afetos. Ferigato, Onocko Campos e Ballarin (2007, p. 36) amparam-se em Birman (1983) nesse esforço de colocar em palavras a experiência de crise afirmando que “a angústia provocada pelo que nos escapa é tão importante que ficamos com o sentimento de que a nossa própria vida está escapando, uma experiência de perda de seus sistemas de referência, isto é, a ameaça de perda da própria identidade”

A ausência de representação não significa déficit ou deficiência; ela, na verdade, aponta para a radicalidade da experiência marcada pelos afetos que invadem o sujeito e a qual todos os humanos, em maior ou menor grau, estão de algum modo suscetíveis de vivenciar, uma vez que se deparam com o limite da existência.

Ainda que implique em profunda angústia e sofrimento, a experiência da crise também abre a possibilidade de um novo lugar para existir, representando uma mudança e, portanto, uma transformação, uma nova forma de viver (ÁVILA; BERLINK, 2014).

Contudo, na saúde mental, a dimensão subjetiva apesar de ser uma condição necessária, não é suficiente para caracterizar aspectos importantes de uma crise

Nunes (2012) propõe que a ideia de crise em saúde mental é composta por elementos psicossociais, havendo uma ancoragem sociocultural nos processos de crise, nos quais algumas alterações se expressam individualmente no funcionamento psíquico, mas encontram sua origem no contexto de uma rede social. Nesse sentido, a crise é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento deste sujeito com essa rede.

Para Campos (2014) o conceito de crise envolve uma formulação multidimensional e complexa, que se forja a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica porque envolve um novo modo de responder e manejar essa experiência tão radical vivida pelo sujeito, prescindindo do manicômio como recurso terapêutico. Essa definição envolve o laço social, a clínica e o indivíduo/sujeito.

A dimensão clínica que envolve sinais e sintomas...O termo laço social aqui se refere ao fato primeiro de que o sujeito da crise é coletivo, e não individual, é um conjunto de relações sociais que está em crise. (...) não se trata somente do indivíduo, da pessoa, do eu, de uma personalidade abstrata ou de uma consciência, mas de um sujeito em relação, em rede, inserido na teia do laço social. (CAMPOS, 2014, p. 167-168)

Portanto, a crise, nesse sentido, é tomada como sendo individual e social, objetiva e subjetiva. Ou seja, é inegável que haja uma alteração aguda do funcionamento psíquico do sujeito, mas 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 essa rede (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

A atenção à crise é decisiva e estratégica em virtude de ser a porta de entrada ao circuito dos cuidados em saúde mental. É a partir da crise como prova da loucura, e a partir do argumento de periculosidade, que muitas pessoas são internadas inclusive compulsoriamente. Apresenta-se, por vezes, como o argumento para a continuidade destas internações, assim como para contenção, isolamento e/ou exclusão (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

Mas nem sempre a equipe de saúde, os usuários e familiares estão de acordo sobre o que seja crise e tampouco sobre o que é proposto como intervenção nesse momento específico. O contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido pode ou não ser favorável às estratégias de cuidado, assim como a ética institucional em questão, de forma que todos esses fatores têm influência direta no tipo de abordagem oferecido à crise (FERIGATO; ONOCKO CAMPOS; BALLARIN, 2007). Por isso, para o manejo da crise, o contexto sócio-cultural-histórico-familiar precisa ser levado em conta pela equipe de saúde.

Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, conforme discussão iniciada no capítulo anterior, o termo território adquiriu especial relevância justamente na contraposição entre serviços centrados no hospital e serviços comunitários. Contudo, a incorporação do termo ao vocabulário na Saúde mental não é unívoca e sua leitura muitas vezes é feita de modo inconsistente, por vezes sendo compreendida como uma mera divisão territorial do SUS, desconsiderando as implicações que tal concepção pode ter para os pacientes com transtorno

mental grave, à medida que não produz uma transformação real na sociedade no sentido de conviver com as diferenças (FURTADO, 2016).

As fontes oficiais de algum modo reforçam e induzem a negligência daquilo que é central em um processo de inclusão, a saber, as relações sociais e suas consequências para cada um dos indivíduos ditos loucos (FURTADO, 1016). Nesse sentido, torna-se um desafio premente uma caracterização de território, que leve efetivamente em conta o contexto sócio cultural do usuário de modo que o desencontro entre pessoas com sofrimento mental grave e o espaço urbano e social na sociedade brasileira contemporânea seja diminuído, possibilitando uma verdadeira inserção.

Apontando para uma outra dimensão do problema, Dell'Aqua & Mezzina (1991) vão tecer críticas importantes aos centros para a atenção à crise, criados a partir dos anos 1950, pois entendem que, apesar de proporem uma solução rápida para o problema fora do circuito psiquiátrico, a falta de instrumentos para o cuidado global do paciente acaba lançando-o novamente no hospital psiquiátrico, reproduzindo a centralidade do seu papel, à medida que interpretam a crise dentro de parâmetros definidos e controláveis, sem olhar para as especificidades da experiência. Apontam também que ações fragmentadas e desarticuladas, ainda que visem à reabilitação, por si só não modificam o modelo hospitalocêntrico; pelo contrário, podem tornar o cuidado impraticável e serem responsáveis pelo desencadeamento da crise. As etapas que o cidadão deve cumprir, as idas e vindas, a rigidez dos vários pontos do sistema ou do circuito, não apenas não resolvem como também, com frequência, determinam a emergência da crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 54).

Evidencia-se, assim, a crise do paciente e não tanto a crise do sistema de serviços. É à medida que o sujeito reconstrói sua história a partir dos inúmeros encontros de reconhecimento com o serviço que ele pode dar sentido à experiência de crise. Essa história, ao mesmo tempo que reconstrói o percurso social e institucional da pessoa, recompõe a ruptura da experiência representada pela crise (DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991).

Segundo Nicácio e Campos (2004, p. 74), as considerações de Dell'Aqua & Mezzina (1991) sobre a crise evidenciam a complexidade das situações presentes na atenção à crise, desvelando que múltiplas necessidades e relações assumem significados distintos na configuração das situações como crise: os diferentes modos de expressão do sofrimento, as diversas formas de percepção e interpretação dos processos saúde-doença mental, a presença/fragilidade das redes de suporte, a efetiva possibilidade de acesso aos serviços, a presença/ ausência de respostas institucionais e sociais.

Portanto, a crise e seu manejo estão imersos em um emaranhado de variáveis afetivas e práticas, com expressões muito variadas dessa experiência radical, que demandam da equipe a construção de uma relação com o paciente que permita uma boa condução nesses casos. Ressalta-se que uma boa condução em nada se refere à aplicabilidade de fórmulas ou protocolos, pois isso implicaria desconsiderar a subjetividade e a individualidade intrínseca de cada usuário.

Mas, quando se trata da atenção à crise no contexto da Reforma Psiquiátrica, crise psicossocial por assim dizer, há que se considerar uma rede capaz de dar respostas adequadas às crises dos portadores de transtorno mental grave e persistente, sendo de fato efetiva em seu objetivo, qual seja, acolher a crise prescindindo do manicômio. E é por isso que Dell'Aqua & Mezzina (1991) vão afirmar que o trabalho em rede é uma condição essencial dessa abordagem.

Nesse sentido, novas experiências na abordagem à crise têm surgido desde os anos 1980, conforme apontado na introdução. Destaca-se o método do Diálogo Aberto, oriunda da Finlândia, ao oeste da região Lapônia, e proposto por Jaakko Seikkula e sua equipe para atender a crise psicótica por meio de uma intervenção nas primeiras 24 horas da crise, de preferência, no domicílio do paciente. Essa intervenção consiste em uma reunião terapêutica com profissionais, paciente, família e membros significativos da rede social, tendo como eixo estruturante o diálogo (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

A partir do questionamento sobre processos de medicalização da experiência de adoecimento e da predominância de um modelo de tratamento centrado em psicofármacos, bem como da difusão do reconhecimento da iatrogenia do consumo de psicofármacos, associado a relatos de experiências positivas de países como Noruega, Estados Unidos (EUA), Bélgica, Austrália, Reino Unido, Polônia, Canadá, olhar para um método que se utiliza do diálogo e que pode prescindir de medicamentos se evidenciou como uma nova abordagem para a crise (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

O Diálogo Aberto preconiza que o início do tratamento deve incluir o maior número possível de pessoas significativas da rede do sujeito em sofrimento e demanda articular e considerar ao máximo a singularidade e necessidades específicas da pessoa. Dito de outro modo, o diálogo articulado entre profissionais, familiares e pacientes é o elemento central da terapêutica, e não a remissão pura e simples dos sintomas (KANTORSKI; CARDANO, 2017). O diálogo aberto representa uma nova forma de organizar a saúde mental, tendo como diretrizes a territorialização, desmedicalização e acolhimento da crise psicótica, mas pressupõe para sua implementação uma mudança da estrutura dos serviços, capacitação, mudança nas relações de

poder entre profissionais, pacientes e familiares e questionamento da lógica medicalizante (DIAS, 2017).

Essas abordagens, ainda que se mostrem não só muito afins, mas bastante potentes para o desenvolvimento da atenção psicossocial no Brasil, ainda são pouco utilizadas entre os profissionais de saúde mental no âmbito público (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

A tese de Whitaker de que o uso intenso e indiscriminado de psicofármacos nos EUA trouxe graves consequências para a saúde das pessoas tornando-as dependente de auxílio por incapacidade provocou, desenvolvida no livro *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America* a partir de uma consideração de Whitaker de que a o Diálogo Aberto poderia ser replicado.

Dias (2017) relata uma experiência pioneira e exitosa no Brasil entre os anos de 2015 e 2016 de aplicação do Diálogo aberto, em que as expectativas eram de poder cuidar do paciente em crise prescindindo até mesmo do CAPS. Esse evento ocorreu na cidade de Jaraguá do Sul/ Santa Catarina, de aproximadamente 160 mil habitantes, contando com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS2, CAPSad e CAPSi) e uma equipe de apoio matricial em saúde mental para a atenção básica. O trabalho se pautou nos sete princípios do Diálogo Aberto e foi ajustado para o contexto no qual seria implementado.

Apesar de terem encontrado dificuldades, sobretudo por conta ainda da vigência do modelo biomédico, tiveram como facilitador, para aplicação da técnica, profissionais com formação psicanalítica, assim como a inclusão de profissionais de nível médio. Evidentemente que, adaptado à realidade brasileira, essa experiência representa uma alternativa ao tratamento da pessoa crise para além do modelo atual centrado num serviço, o CAPS.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo se insere nos marcos da perspectiva da pesquisa qualitativa em saúde, que tem sido cada vez mais reconhecida como importante ferramenta que permite aos pesquisadores a compreensão de realidades pouco conhecidas, além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos (MINAYO, 2014). Pelo fato de o pesquisador fazer parte da realidade estudada, isso o permite posicionar-se de maneira privilegiada para a compreensão do fenômeno, de modo a viabilizar aos investigadores gerar ou refinar teorias e marcos conceituais (SERAPIONI, 2012).

Processos sociais representam o fundamento teórico dessa modalidade de método de estudo, tendo adquirido sua posição de importância no campo da saúde pública, sobretudo nos últimos 50 anos (CANESQUI, 2011). Tanto no Brasil quanto no cenário internacional, a forte emergência da questão social, ressaltada pelos processos de exclusão e pela elevação da consciência dos direitos dos diferentes atores sociais têm atuado como força motriz do grande esforço teórico metodológico, para dar sustentação às investigações qualitativas (MINAYO, 2014).

No que diz respeito à saúde, há um amplo consenso de que os métodos qualitativos ampliam o conhecimento sobre o tema (descrição e explicação de fenômenos) e sobre a organização dos cuidados de saúde. A escolha desse método nesta tese está relacionada àquilo a que se busca acessar, que diz respeito ao mundo subjetivo ou intersubjetivo, que inclui o contexto da percepção e o percebido. Dito de outra forma, está relacionada com

[...]o ponto de vista de que as ciências sociais têm como objetivo central a compreensão da realidade humana vivida socialmente. O essencial não é quantificar e mensurar e sim captar os significados. O que se busca não é explicar a relação antecedente e conseqüente (nexos causais) e sim compreender uma realidade particular na sua complexidade (influência mútua dos atores sociais na construção de sua realidade) (FRASER; GONDIM, 2004, p. 142),

Esse estudo 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 usados para intervenção nessas situações e quem os referencia e a potencialidade do CAPS III para resolutividade da crise. Levou-se em consideração, sobretudo, as concepções dos gestores de nível central e local acerca da crise uma vez que o conceito de base determina o modelo de intervenção, ainda que não de forma consciente ao técnico.

Portanto, à medida que se buscou compreender a realidade da atenção à crise no RJ, tanto acerca do fenômeno quanto sobre o funcionamento da rede de saúde na sua assistência, privilegiando a realidade subjetiva dos sujeitos, esse estudo revelou-se como uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória uma vez que “...é utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou exploratória...porque possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações” (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2010, p. 130).

Buscou-se utilizar de diferentes estratégias e técnicas metodológicas para o alcance de múltiplos pontos de vista, atingindo os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi realizada durante os anos de 2018 e 2022, cursando com três etapas, as quais consistiram em elaboração do projeto da pesquisa, seguida da fase de campo e a terceira, cujo material obtido foi tratado e analisado.

Para tanto, a metodologia envolveu um levantamento bibliográfico prévio à fase de entrevistas semiestruturadas online que, por sua vez, foram posteriormente, submetidas à análise de conteúdo. As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual em função do período de isolamento social imposto pela Pandemia de COVID-19, cujo primeiro caso de infecção confirmada no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020, e que perdurou por todo período do campo desse estudo.

No que diz respeito à análise dos dados, adotou-se como técnica a análise de conteúdo e como referencial teórico Anthony Giddens.

Segundo Bardin (2009) análise de conteúdo é um instrumento marcado por grande disparidade de formas e adaptável a um campo das comunicações. De um modo geral, designa-se sob esse termo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 44)

A escolha de Giddens, mais especificamente da Teoria da Estruturação (TE) como referencial teórico para análise dos dados se deu devido ao seu potencial analítico e pela possibilidade da utilização e integração de diversos métodos de investigação, (O'DWYER, 2015; O'DWYER; MATTOS, 2010). Ele se destaca entre os vários sociólogos contemporâneos e afirma que a realidade com que trabalham as ciências sociais (o agente, as ações, e as relações entre os agentes) constitui uma realidade ao mesmo tempo estruturada e estruturante (objetiva e subjetiva).

O argumento central na TE é de que não há um dualismo entre sujeito e objeto, entre ação e estrutura, mas sim uma “dualidade da estrutura”, onde as propriedades estruturais do sistema social são compreendidas, ao mesmo tempo, como meio e resultado das práticas que elas recursivamente organizam, só existindo na medida em que formas de conduta social são reproduzidas através do tempo e do espaço (GIDDENS, 1984).

Para Giddens (1984), os sistemas sociais não são criações de sujeitos individuais, nem são determinados pela sociedade. Eles são determinados pela interação entre ambos, ou seja, entre a influência da sociedade no indivíduo (estrutura coercitiva) e a liberdade do indivíduo para agir e influenciar a sociedade (liberdade de ação), estando cronicamente envolvidas em sua produção e reprodução (GIDDENS, 1984). Estrutura e ação estão, dessa forma, indissociavelmente ligadas, ou seja, uma não tem prioridade sobre a outra.

Essa definição de sistema social acomoda olhares sobre o SUS em diversas escalas, desde as práticas que se organizam para a oferta do cuidado individual, passando pela gestão do sistema e da organização da atenção à saúde, até uma escala maior que envolve a definição de prioridades para as políticas de saúde e direcionamento dos sistemas de saúde (KONDER, 2018).

Na TE, a agência não é meramente uma ação individual no sentido da combinação de atos. Ela inclui uma dimensão motivacional (potencial para a ação), uma racionalização, compreendida como um contínuo entendimento teórico das bases da sua atividade e monitoração reflexiva, esta última como uma característica crônica da ação cotidiana que envolve monitorar a conduta do indivíduo e de outros (O'DWYER, 2015; GIDDENS, 1984). Apesar da potência descrita para a cognoscitividade humana, os agentes não conhecem todas as circunstâncias em que a ação se desenvolve e as consequências das atividades realizadas.

Tais consequências da agência humana podem, eventualmente, no desenrolar histórico da vida social, gerar a imprevisibilidade, nomeadas como impremeditadas, realimentando as condições não reconhecidas da ação. Assim, o “agente” é aquele que realiza intervenções transformativas sobre um dado curso de eventos, de maneira que o que tenha desenrolado não teria ocorrido, caso não houvesse tal intervenção (GIDDENS, 1984).

Além dessa capacidade de ação individual, o agente também é capaz de influenciar a ação do outro. Isso significa que o agente é capaz de exibir uma gama de poderes causais, incluindo os manifestados por outros, exercidos por meio das regras e dos recursos disponíveis. Compreende-se como recursos os veículos através dos quais o poder é exercido, como um elemento rotineiro da exemplificação da conduta na reprodução social, que juntos compõem a

estrutura restritiva ou facilitadora das práticas sociais (GIDDENS, 1984; O'DWYER, 2015). Eles podem ser alocativos, os quais se referem ao controle de bens e objetos (fenômenos materiais) ou autoritários, que são os recursos não materiais envolvidos na geração de poder ou autoritários. Assim, se referem ao controle de alguns atores pelos outros, o que depende da oportunidade, do posicionamento, da organização e da relação existente entre os agentes (GIDDENS, 1984). Regras se referem ao aspecto normativo, ou seja, às práticas do ponto de vista dos direitos e obrigações e dos modos pelos quais podem ser executadas.

A distribuição do poder é bilateral, isto é, os subordinados são influenciados e influenciam as atividades dos superiores, uma vez que os subordinados administram alguns recursos que possibilitam o controle, mesmo que limitado, sobre os mais poderosos, demarcando assim uma “dialética de controle” (GIDDENS, 1984).

Para análise da cognoscitividade do agente, Giddens propõe um modelo de análise estratificado em duas partes: (1) Consciência discursiva e (2) Consciência prática. (GIDDENS, 1984). A consciência discursiva implica as formas de recordação que o agente é capaz de expressar verbalmente. A consciência prática envolve a recordação que o agente tem acesso para o desenvolvimento da ação, sem que seja capaz de expressá-la verbalmente. Consiste no conhecimento tácito das regras em que a vida social é constituída e reconstituída. A linha que separa as consciências discursiva e a prática é flutuante e permeável (GIDDENS, 1984).

Giddens (1984) é claro ao informar que o objetivo de sua teoria, e de seu esquema analítico resultante, é de funcionar como instrumento para pesquisa empírica. Segundo o próprio autor, a TE não teria muito valor se não ajudasse a esclarecer problemas de pesquisa empírica. Nesse sentido, distingue dois tipos de análises possíveis: (1) análise institucional e (2) análise da conduta estratégica (O'DWYER, 2015). Na análise institucional, o pesquisador deve considerar as propriedades estruturais como características cronicamente reproduzidas de sistemas sociais. A ênfase é nas instituições como regras e recursos cronicamente reproduzidos, colocando em suspenso as habilidades e a percepção consciente de atores (GIDDENS, 1984). Na análise da conduta estratégica, o foco se incide sobre os modos como os agentes se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais. É dada primazia às consciências discursivas e práticas. O objeto de estudo na TE não deve ser a experiência individual nem, tão pouco, a existência de uma totalidade social, mas as práticas ordenadas no tempo-espaço. Por essa razão, o uso de entrevistas individuais nessa tese não tem o ímpeto de extrair a experiência do sujeito isolado, mas permitir que se mapeiem 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.

5.1 CAMPO

Esse estudo teve como sujeitos todos os gestores (diretores e coordenadores técnicos) dos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro, bem como a equipe da superintendência de saúde mental do município vigente entre os anos de 2020/2 e 2021/1.

Os CAPS operando na modalidade III na cidade do Rio no momento do estudo eram CAPS III Manoel de Barros, CAPS III João Ferreira da Silva Filho, CAPS III EAT Severino dos Santos, CAPS III Clarice Lispector, CAPS III Fernando Diniz, CAPS III Franco Basaglia, CAPS III Maria do Socorro, CAPS III Bispo do Rosário, totalizando oito unidades.

A escolha por essa cidade, que é a capital do estado do Rio de Janeiro, justifica-se em parte por ter cerca de 6,7 milhões de habitantes, correspondendo a 39% da população do estado. Além disso, é um dos locais precursores no processo de Reforma Psiquiátrica, com número importante de serviços substitutivos já instituídos, além de ser a cidade de residência e atuação profissional da pesquisadora.

A escolha pelos referidos serviços, ou seja, os CAPS III, diz respeito ao fato de possuírem recursos formais específicos para atenção à crise e assistência 24h, o que os torna um local estratégico 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.

5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Os estudos documentais foram realizados para se atingir o primeiro objetivo específico, qual seja, a caracterização dos CAPS III na RAPS no município do Rio de Janeiro, no que diz respeito à estrutura, organização e funcionamento. Os dados documentais aparecem, principalmente, no capítulo 6 desta tese. De forma auxiliar, a pesquisa documental, ao fornecer dados sobre cadastros por porta de entrada, por procedência e informações sobre acolhimento noturno, também contribuiu para a discussão proposta no segundo objetivo específico referente à atuação dos CAPS III nas respostas às situações de crise.

A análise documental pode ser compreendida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado ulterior a sua consulta e referência” (BARDIN, 2009, p. 47). Ela objetiva representar a informação, transformada de seu estado original, de modo que ela possa ser armazenada mantendo o máximo de informação com o máximo de pertinência.

Para essa pesquisa foram acessados os *Accountabilities* 2021, primeiro quadrimestre, de todos os CAPS III do município do Rio de Janeiro, cadastrados como tais até janeiro de 2021, fornecidos pelos gestores dos referidos serviços. Esse documento interno da secretaria de saúde do município consiste em um conjunto de mecanismos que permitem aos gestores de uma organização prestar contas e que sejam responsabilizados pelos resultados de suas ações. Desse modo está relacionado a responsabilização, fiscalização e controle social.

Dentre as informações contidas nos *accountabilities* interessou a essa pesquisa, além da história acerca dos serviços, os dados referentes a quatro aspectos, a saber, pacientes cadastrados no CAPS extratificado por sexo e faixa etária no primeiro quadrimestre de 2021, percentual de usuários por diagnóstico por CID (Classificação Internacional de Doenças) com cadastro ativo no CAPS no primeiro quadrimestre de 2021, cadastro por porta de entrada por procedência e tabela com as características de acolhimento noturno.

A outra fonte documental acessada foi o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), que serviu para levantamento do número de leitos em hospitais psiquiátricos públicos do município do Rio de Janeiro e de leitos de acolhimento noturno em CAPS modalidade III. Nessa busca foram incluídos os CAPS III álcool e drogas e infantil, uma vez que gestores relatam utilizar desses leitos para compartilhamento em momentos de escassez de vagas e parceria no manejo de casos complexos.

5.3 ENTREVISTAS ON-LINE SEMIESTRUTURADAS

Outra técnica de pesquisa importante para a construção desse trabalho foi a realização de entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos das entrevistas foram importantes para se alcançar todos os objetivos propostos nessa tese, sendo o recurso principal para se atingir o segundo, terceiro e o quarto objetivos específicos. Juntos, esses objetivos, que se referem à discussão sobre a atuação dos CAPS III na resposta às situações de crise dentro da RAPS do município do Rio de Janeiro e à análise da crise e do seu acolhimento a partir da perspectiva dos gestores de saúde mental deram origem ao sétimo capítulo desse trabalho. A identificação

dos pontos fortes e fragilidades dos CAPS III no acolhimento e manejo da crise em saúde mental deu origem ao oitavo capítulo da tese.

Minayo (2014) vai definir a entrevista como sendo uma conversa entre pelo menos duas pessoas, realizada por iniciativa do entrevistador, com vistas a construir informações importantes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo. Para Poupart (2008), a entrevista é uma ferramenta que permite explorar o vivido dos atores sociais e analisar suas realidades a partir da perspectiva deles.

Entrevistas fornecem dados considerados secundários e primários de duas naturezas. O primeiro tipo diz respeito aos dados que poderiam ser fornecidos por outras fontes, como censos e documentos oficiais; já o segundo constitui aquilo que é considerado o principal objetivo dos estudos qualitativos, a saber, os dados subjetivos, que se referem a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito da realidade que vivencia (MINAYO, 2010).

Uma das vantagens dessa técnica é a de permitir que os valores e opiniões de determinados atores sociais sejam mais bem compreendidos a partir do contexto da interação, na qual acontecem trocas verbais e não verbais.

A entrevista foi definida como um dos instrumentos de pesquisa dessa tese para que fosse possível, como estabelecem Fraser e Gondim (2004), que se atingisse um nível de compreensão da realidade humana que só é possível por meio dos discursos. Esse estudo à medida que aborda aspectos qualitativos através das entrevistas, procurou elucidar condutas e conceitos, que só podem ser interpretados, considerando-se a própria perspectiva dos atores, ou seja, o sentido que eles mesmos conferem as suas ações (POUPART, 2008).

As entrevistas podem ser classificadas de várias maneiras, mas a essa pesquisa interessa aquelas nomeadas como semiestruturadas, pois, combinam perguntas abertas e fechadas, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010), podendo, a depender da direção que a entrevista tomar, acrescentar perguntas, conforme preconiza Gray (2012), objetivando o aprofundamento das questões por parte dos participantes.

Foram realizadas vinte e uma entrevistas que forneceram um total de aproximadamente vinte e cinco horas de conteúdo gravado. A primeira entrevista foi realizada no dia 17 de setembro de 2020 e a última no dia 23 de fevereiro de 2021. As entrevistas foram realizadas

remotamente, utilizando a plataforma digital *Google Meets*. A escolha pelo formato *online* foi feita em razão das limitações impostas pela pandemia de covid-19.

Na Tabela 1 a seguir é possível verificar todos os serviços e cargos dos sujeitos que fizeram parte do campo de estudo dessa pesquisa.

Tabela 1 - Participantes do estudo da atenção à crise nos CAPSIII RJ,2019/2020	
Grupo/serviço	total
Superintendência	
Superintendente de saúde mental do município do RJ	1
*Assessor do superintendente de SM do município do RJ	1
Coordenador Técnico da superintendência de SM do município do RJ	1
Coordenador RAPS Zona Norte de SM do município do RJ	1
Coordenador RAPS Centro Sul de SM do município do RJ	0
Coordenador RAPS Zona Oeste de SM do município do RJ	1
*Coordenador RAPS Zona Oeste (AP 4.0) de SM do município do RJ	1
Centro de Atenção Psicossocial – modalidade III	
Diretor CAPS III Manoel de Barros	1
Coordenador Técnico CAPS III Manoel de Barros	1
Diretor CAPS III João Ferreira da Silva Filho	1
Coordenador Técnico CAPS III João Ferreira	1
Diretor CAPS III EAT Severino dos Santos	1
Coordenador Técnico CAPS III EAT Severino dos Santos	1
Diretor e Coordenador Técnico CAPS III Clarice Lispector	1
Diretor CAPS III Fernando Diniz	1
Coordenador Técnico CAPS III Fernando Diniz	1
Diretor CAPS III Franco Basaglia	1
Coordenador Técnico CAPS III Franco Basaglia	1
Diretor e Coordenador Técnico CAPS III Maria do Socorro	1
Diretor CAPS III Arthur Bispo do Rosário	1
Coordenador Técnico CAPS III Bispo do Rosário	1
Coordenadoria de Atenção Primária (CAP)	
Apoiador de área programática 3.2	1
Total	21

* O número total dessa tabela é maior do que o número de entrevistas realizadas porque a pessoa que ocupava a função de assessor de superintendência também era coordenador de uma sub- divisão da RAPS Zona Oeste.

O coordenador da RAPS Centro Sul não fez parte do estudo em função da impossibilidade de contato telefônico e por WhatsApp. Nos capítulos de resultados, trechos das narrativas dos entrevistados serão identificados como gestor central (GC), aqueles pertencentes à superintendência de saúde mental do município e à coordenadoria de Atenção Primária e, gestor local (GL) aqueles que exerçam funções nos CAPS III, sendo numerados pela ordem da entrevista.

No momento da entrevista houve a acumulação de funções de diretor e coordenador técnico no CAPS III Maria do Socorro, fato que se repetiu no CAPS III Clarice Lispector, justamente pelo afastamento de um dos gestores.

As entrevistas aconteceram a partir de dois roteiros. Um deles foi dirigido ao superintendente, assessor de superintendente, coordenador técnico da secretaria de Saúde Mental, coordenadores das RAPS de saúde mental e apoiador de área programática da 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, buscando levantar informações sobre a estruturação, planejamento, concepções e funcionamento da atenção à crise na RAPS (APÊNDICE A). O outro roteiro serviu para entrevistar os diretores e os coordenadores técnicos de cada CAPS III e teve como eixos concepções e manejo da crise nos CAPS III (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas após consentimento prévio dos sujeitos envolvidos, os quais tiveram sua identidade mantida em sigilo, por meio da substituição dos nomes por GC, aos que pertencem a gestão local e GL aqueles que estão lotados nos CAPS III, seguido de um número correspondente a ordem da entrevista. Os áudios gerados pelas entrevistas foram transcritos na íntegra e submetidos à análise.

Após as entrevistas, em até 48 horas seguidas aos encontros, foi construído o que tradicionalmente convencionou-se chamar diário de campo. Nele foram escritas impressões pessoais, percepções dos encontros, resultados de conversas informais, aspectos que se sobressaem, dentre outros aspectos. Esses registros foram tomados como dados, portanto, analisados como objeto de investigação.

5.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O primeiro momento analítico envolveu a leitura flutuante das vinte e uma entrevistas que estavam transcritas, buscando identificar os principais temas abordados pelos sujeitos do estudo. Essa etapa abarcou momentos individuais de leituras repetitivas e momentos coletivos de exposição e discussão dos achados com a orientadora.

Essa primeira etapa de leitura e discussão permitiu a realização da análise temática, que foi organizada conforme o Quadro Y abaixo.

Quadro A - Categorias temáticas da análise

Categoria de análise	Subcategoria de análise
RAPS	Organização
	Determinantes sociais
	Perfil do Usuário
	Território
	Implementação dos serviços
CRISE	Conceito
	Manejo
CAPS III	Resolutividade
	Desafios e entraves

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A análise do material segundo essas categorias permitiu a construção dos capítulos 6, 7 e 8 dessa tese.

A análise dos resultados foi feita a partir da leitura de Giddens, pois, segundo O'Dwyer (2015, p. 178), a sistematização dos elementos conceituais envolvidos com a Teoria da Estruturação (TE) (GIDDENS, 1984) indica que utilizá-la como estratégia metodológica permite a análise das práticas no SUS, que são sustentadas por recursos legais e documentais e que estão sempre contextualizadas por circunstâncias da ação.

Nessa tese realizou-se a análise da conduta estratégica, em que foram trabalhadas as modalidades de estruturação legitimação, dominação e significação. Para tanto, foi necessário utilizar a consciência discursiva de Giddens, fundamental para a análise das entrevistas à medida que é compreendida como meio privilegiado para acessar o conhecimento do agente e

refere-se ao que ele é capaz de expressar verbalmente, acerca das condições sociais, incluindo as condições de sua própria ação (GIDDENS, 1984).

Como já apontado anteriormente, a TE além de ser receptiva a várias estratégias metodológicas como revisão documental e entrevistas, permite olhar como os atores envolvidos num sistema social – a RAPS – estão aplicando as regras e recursos para a produção e reprodução de práticas sociais (O'DWYER, 2015).

A análise das políticas de saúde mental, bem como a revisão de literatura, permeou todo processo da pesquisa.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Respeitando-se a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, essa pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 23347419.5.0000.5240), sendo aprovado no dia 25 de novembro de 2019, em parecer consubstanciado nº 3.723.033 e submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ (CAAE: 23347419.5.3001.5279), sendo aprovado no dia 25 de maio de 2020, em parecer consubstanciado nº 4.046.876. Antes da realização das entrevistas, os sujeitos envolvidos foram esclarecidos acerca do estudo, da técnica de pesquisa adotada e das entrevistas a serem realizadas. O termo de consentimento informado foi lido e assinado pelo participante e pela pesquisadora, configurando-se como o instrumento utilizado para firmar esse compromisso inicial em cada entrevista realizada.

6 UM OLHAR SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme visto no eixo teórico desse trabalho, dentro do Processo de Reforma Psiquiátrica, a superação do aparato manicomial representou a criação da RAPS, que tem como proposta que os serviços de saúde mental operem em lógica autenticamente substitutiva ao modo manicomial (COSTA-ROSA, 2000). Para a efetiva concretização dessa rede é fundamental que haja uma mudança na oferta e lógica do cuidado, de modo que a atenção em saúde mental seja remodelada a partir da qualificação das práticas e dos serviços, sobretudo no modo como a equipe opera nos componentes da RAPS.

Nesse contexto, os centros de atenção psicossocial são serviços estratégicos e precisam ser pensados desde a noção de território. Esse capítulo propõe um olhar para a inserção do CAPS III na Rede de Atenção Psicossocial no município do Rio de Janeiro, a partir de considerações teóricas, da legislação que regulamenta o tema e das falas dos atores entrevistados. Para tanto, a primeira parte caracteriza geograficamente a rede de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro; a segunda contextualiza cada um dos CAPS III estudado em sua história e a terceira parte, discute, a partir de um diálogo com o papel do território no cuidado em saúde mental, os fluxos assistenciais nos CAPS III. Desta forma, seguindo a orientação metodológica pretendida, a legislação e a rede caracterizariam as condições estruturais que os atores, no caso os gestores e profissionais, mobilizam enquanto recursos territoriais para modificar o *status* de saúde mental de uma determinada população.

6.1 CARACTERIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DA REDE: O CAPS III NO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro tem marcada em sua história uma certa tradição na assistência psiquiátrica. Por ter sido capital do império e alocado o primeiro hospital psiquiátrico e, depois, como capital federal, ter recebido vários outros hospitais, essa cidade evidencia a tradição da assistência hospitalar psiquiátrica (MOREIRA, 2011) e ainda hoje apresenta um percentual de leitos em hospitais psiquiátricos acima da média nacional (BRASIL, 2015).

Validado pela investigação científica das últimas décadas, atualmente há um amplo consenso acerca da importância da assistência em saúde mental com foco nos cuidados

comunitários (CALDAS DE ALMEIDA, 2019). Portanto, foi necessária uma transição do modelo centrado no hospital psiquiátrico para uma rede integrada.

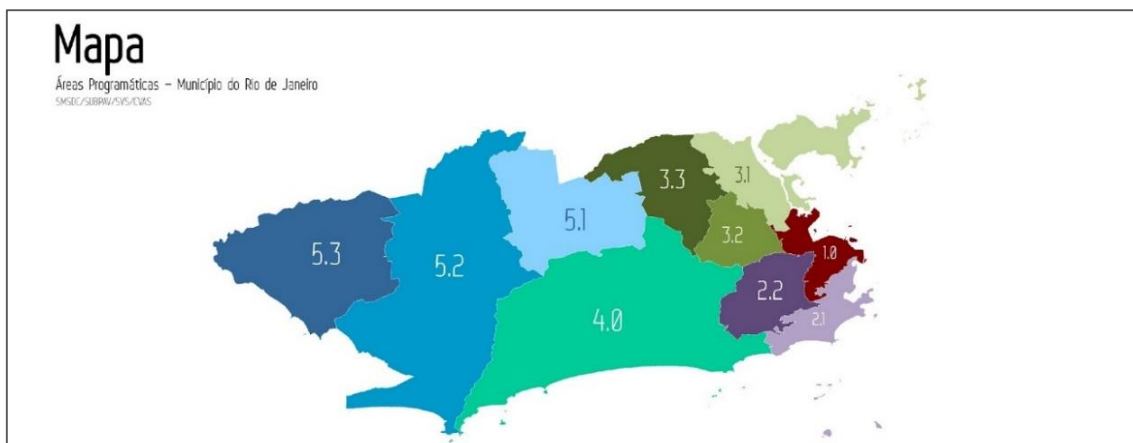
O progresso desse processo de desinstitucionalização foi verificado, a nível nacional a partir de significativa redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014. Mas, não bastava reduzir o número de leitos, era imperativo que fossem criados serviços substitutivos na comunidade, com a realocação de orçamento. Para tanto, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior (CALDAS DE ALMEIDA, 2019).

Segundo Maia (2012), o processo de ambulatorização e posterior regionalização e reestruturação da política de saúde mental do Ministério da Saúde, incluindo ações relativas ao tratamento extra-hospitalar, não possibilitaram de imediato a mudança na assistência psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro. A partir do resultado do extenso censo realizado nos hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro, que evidenciava a centralidade da prática de assistência extremamente manicomial, a coordenação de saúde mental decidiu em 1996 pela criação do primeiro CAPS do município, o CAPS Rubens Corrêa, no bairro do Irajá (FAGUNDES JÚNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016).

De acordo com um dos gestores entrevistados, o planejamento inicial, ainda no final da década de 90, previa a criação de pelo menos um CAPS em cada área programática (AP), onde cada serviço seria responsável pelo atendimento de até cento e cinquenta pessoas e suas famílias. Passados os primeiros anos de CAPS na cidade, essa cobertura populacional precisou ser redefinida, de modo que assumissem a responsabilidade plena do território que estava localizado.

No que diz respeito aos serviços de saúde, a divisão geográfica do município é feita em dez áreas programáticas, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Organização do município do Rio de Janeiro por áreas programáticas



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021

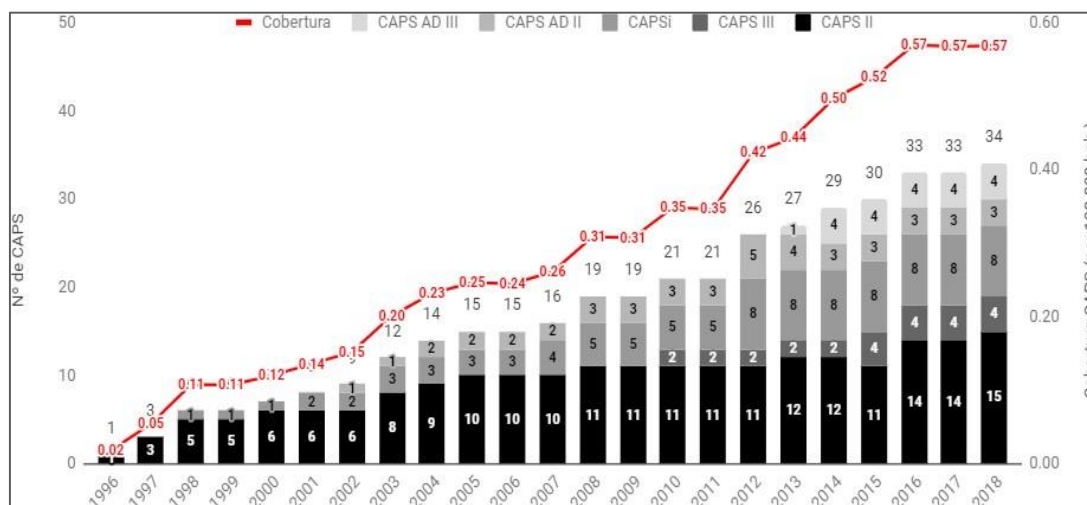
As dez áreas programáticas de saúde respondem por regiões administrativas delimitadas: AP 1.0 (Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa), AP 2.1 (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha), AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel), AP 3.1 (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré), AP 3.2 (Inhaúma, Méier, Jacarezinho e Irajá), AP 3.3 (Madureira, Anchieta e Pavuna), AP 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus), AP 5.1 (Bangu e Realengo) AP 5.2 (Campo Grande e Guaratiba) e AP 5.3 (Santa Cruz).

Com base no mapa de distribuição de serviços e nos dados sobre composição da clientela produzidos pelo Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos em 1995, os CAPS começaram a ser construídos nas regiões de baixa oferta assistencial (zona oeste do Rio) e com o tempo se expandiram para todas as áreas programáticas (FAGUNDES, 1999; FAGUNDES JÚNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016; RIO DE JANEIRO, 2022).

Em 2020, o índice de cobertura da rede de CAPS na cidade do Rio de Janeiro é de 0,50 por 100 mil habitantes, classificado como “bom” pelos parâmetros do Ministério da Saúde (MÜLLER *et al.*, 2020).

O Gráfico 1 apresenta a série histórica do índice de cobertura populacional de CAPS no município do Rio de Janeiro (0,60) e a implantação dos CAPS entre os anos de 1996 e 2018.

Gráfico 1 - Implantação e taxa de cobertura populacional de CAPS no município do Rio de Janeiro.



Fonte: Matos, 2019

Segundo Matos (2019), até 2009 havia dezesseis CAPS II instalados no município, sendo onze deles destinados a adultos, quatro voltados para a assistência de crianças e adolescentes (CAPSi II) e dois para atenção de usuários de álcool e outras drogas (CAPS II AD). Em 2010, momento em que obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) aconteciam no município concomitante a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são inaugurados os dois primeiros CAPS III na cidade (MATOS, 2019).

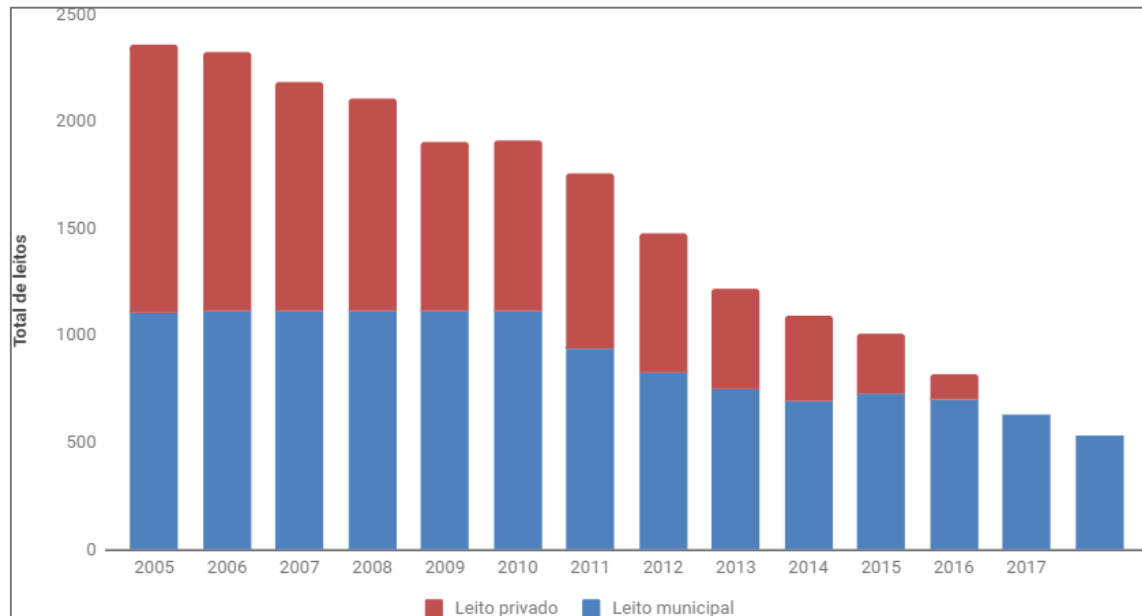
Ao todo, a cidade do Rio de Janeiro conta, atualmente, com 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) - dois deles com unidades de acolhimento adultos (UAA) - e 7 Centros de Atenção Psicossociais Infantis (CAPSi), totalizando 31 unidades especializadas próprias. Outras 3 das redes estadual e federal (1 CAPS tipo II, 1 CAPSi II e 1 CAPSad II) completam a rede de 34 CAPS dentro do município do Rio de Janeiro. Sob gestão municipal existem 10 CAPS tipo II, voltados para o atendimento de adultos com transtorno mental grave, 8 CAPS tipo III, além 7 CAPSi e 6 CAPSad, sendo 2 do tipo II e 4 do tipo III (RIO DE JANEIRO, 2022).

O aumento no número de CAPS está associado a variáveis importantes no processo de Reforma e no processo de desinstitucionalização das pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos do município, tais como a redução do número de leitos psiquiátricos, o crescimento do número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essas variáveis apontam para o esforço do município em desmontar paulatinamente os leitos em hospitais psiquiátricos, consolidando a

desinstitucionalização como política municipal efetiva a partir de 1996, com a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial.

O Gráfico 2 demonstra a redução significativa dos leitos psiquiátricos no município do Rio de Janeiro entre 2005 e 2017.

Gráfico 2 - Redução do número de leitos psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, 2005-2017³



Fonte: Matos (2019)

Para um dos gestores entrevistados, essa redução significativa no número de leitos de internação psiquiátricos é expressão do processo histórico da construção de uma rede que deixa de ser de saúde mental e passa a ser de atenção psicossocial e, portanto, de construção de serviços que visam atenção psíquica, mas também a (re) inserção e a (re) construção da vida do sujeito em sociedade.

...um processo enorme de redução de hospital psiquiátrico, de leitos em hospitais psiquiátricos. Em 93, eram quase 5.000 leitos, hoje a gente tem 120 na Colônia, 40 no Manfredine, 100 no Pinel: 260; mais 100 no Ipub, 300 e...400. Estou fazendo uma conta rápido aqui, mas a gente reduziu para 10 por cento em 30 anos o quantitativo de leitos de internação e eu acho que isso tem a ver com marcos quantitativos e tem a ver com as mudanças da lógica tanto social quanto da própria rede (GC2)

³ O número total de leitos privados desaparece no gráfico a partir de 2017 porque o número de leitos é inferior a quinhentos. De acordo com CNES, os leitos privados em psiquiatria no município do Rio de Janeiro em 2022 somam o total de 389 unidades.

Atualmente, o sistema público de saúde do Rio de Janeiro conta com quatro hospitais psiquiátricos, entre eles estão o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, integrado ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, o Instituto Municipal Philippe Pinel, o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) (estadual) e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (federal). O IMAS Nise da Silveira teve seu último paciente retirado em um processo de desinstitucionalização em meados de novembro de 2021, quando essa tese estava sendo confeccionada.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Manfredini, em 2022, conta com 34 leitos o IMPPinel com 74 leitos, o CPRJ com 23 leitos e o IPUB com 100 leitos, totalizando 231 leitos em instituições públicas psiquiátricas. Tem-se, ainda, 15 leitos destinados à atenção psiquiátrica no Hospital Municipal Pedro II (Hospital Geral). Mas, segundo um entrevistado os números apresentados pelo CNES não correspondem à realidade, uma vez que consideram nesse cômputo leitos em hospital dia e não consideram outros aspectos como o incêndio ocorrido em uma enfermaria do IMPPinel, que provocou uma redução para 45 leitos. Segundo ele:

... a gente tem 70 leitos no Pinel, mas funciona com 45. A gente não tem leito nenhum no Nise da Silveira e tem 40 leitos no Manfredine. 15 leitos o CPRJ tem, mas a gente não tem controle. Tem 15 leitos no Pedro II e, funcionando mesmo, 60 leitos no Ipub.(GC2)

De acordo com outro entrevistado, a RAPS do Rio conta efetivamente com 175 leitos, sendo apenas 85 leitos em institutos municipais, o que ele considera como número modesto para uma cidade de cinco milhões de habitantes. Para ele

o problema é conseguir ter recursos de rede suficientes. A maioria dessas áreas tem muita violência, tem muita fragilidade, tem muita inequidade e tem poucos profissionais (...) Então o nosso problema hoje está muito ligado a isso (GC2).

Simultaneamente à expansão dos CAPS e à redução no número de leitos, acontecia a ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - absolutamente essenciais para o desmonte do aparato manicomial e desinstitucionalização de pessoas com longas internações.

Os SRT representam opção de moradia para pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos, e não contam com suporte adequado na família nem na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004b).

Regulamentado pelo Ministério da Saúde, os SRT são recurso importante para a retirada dos hospitais psiquiátricos daquelas pessoas que eram consideradas moradoras dessas instituições devido ao tempo de internação. Muitas delas perderam ao longo dos anos sua rede de apoio ou foram abandonadas por suas famílias, de modo que não tinham para onde ir após alta. Portanto, essas residências representam a possibilidade de reconstrução de uma vida na cidade e reinserção na sociedade.

A expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família a partir de 2009 no município, também pode ser considerada um fator importante para ampliação dos cuidados de saúde e de saúde mental de base comunitária.

De acordo com entrevistado:

Essa expansão de CAPS e a expansão da Saúde da Família, você já sabe não preciso mais, é só para concluir o raciocínio, de 3% lá em 2008 para 70% que a gente conseguiu em 2016, ainda que tenha recuado nos últimos anos, também impactou significativamente nesse cenário, porque não foi só a expansão de CAPS e aí, para poder pensar a rede, acho que isso se coloca (GC2).

À medida que a RAPS não se configura apenas pelos serviços de saúde mental, conforme já discutido anteriormente nessa tese, o crescimento da ESF torna-se fundamental para:

poder cuidar bem dos pacientes, fazer articulações, evitar crises, cuidar em emergências de hospital geral e não de hospital psiquiátrico que é a direção que a gente vem trabalhando é fundamental para você garantir equidade de quem chega ali na internação aguda, então a gente vem caminhando nisso (GC2).

Um entrevistado avalia a expansão da cobertura de CAPS no município do Rio de Janeiro como bem-sucedido à medida que

... a gente pôde expandir bastante a cobertura de CAPS nesses 30 anos quase, que a gente foi vivenciando, então hoje são 34 CAPS no município. E aí a gente tem lá o acompanhamento ano a ano, é uma cobertura que ainda é insuficiente para o que a gente entende que é, mas já é uma cobertura muito significativa para o que já foi e aí eu acho que isso faz diferença. A gente tem essa perspectiva hoje pelo indicador, uma cobertura que é considerada regular para boa, 0,62 CAPS por 100/habitantes. Então, é uma cobertura importante. (GC2)

Apesar da tendência de crescimento no número de CAPS III e do Ministério da Saúde considerar a cobertura de CAPS por cem mil habitantes boa, tanto Fagundes Júnior, Desviat e Silva (2016) quanto Elia (2013) consideram baixo o número desses serviços na cidade, o que justifica a taxa de ocupação dos leitos em hospitais psiquiátricos ainda se manter alta. Dessa

forma, para que a função estratégica de substituição de internação e acompanhamento das crises no território efetivamente aconteça, é necessário continuar estimulando a ampliação da rede de atenção às crises mais graves, sobretudo, com o aumento no número de leitos nos hospitais gerais e nos serviços comunitários (CAPS modalidade III) e com a extensão desses leitos para mais áreas programáticas (MATOS, 2019).

Para Fagundes Júnior, Desviat e Silva (2016) o uso ainda significativo, de internações em leitos de hospitais psiquiátricos sugere um volume de atendimentos pontuais, de baixa resolutividade e desconectados dos projetos terapêuticos individualizados, e uma reduzida capacidade de intervenção em casos de maior complexidade clínica que demandem a disposição de recursos para diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, torna-se fundamental a construção de uma rede de atenção às crises, sobretudo aquelas mais graves, em dispositivos localizados em Hospitais Gerais e em serviços de base comunitária, mais especificamente os CAPS III.

Em função da amplitude territorial do município do Rio de Janeiro e para melhor gestão, a Rede de atenção Psicossocial está organizada sobre uma divisão em três RAPS, a saber, Zona Norte, Centro-Sul e a Zona Oeste, que por ser muito extensa, com áreas de grande ocupação populacional foi subdividida. A RAPS Zona Norte é responsável pelas APs 3.1, 3.2 e 3.3; a RAPS Centro Sul cuida das APs 2.2, 2.1, 1.0 e a RAPS Zona Oeste que engloba as APs 5.1, 5.2, 5.3 e 4.0.

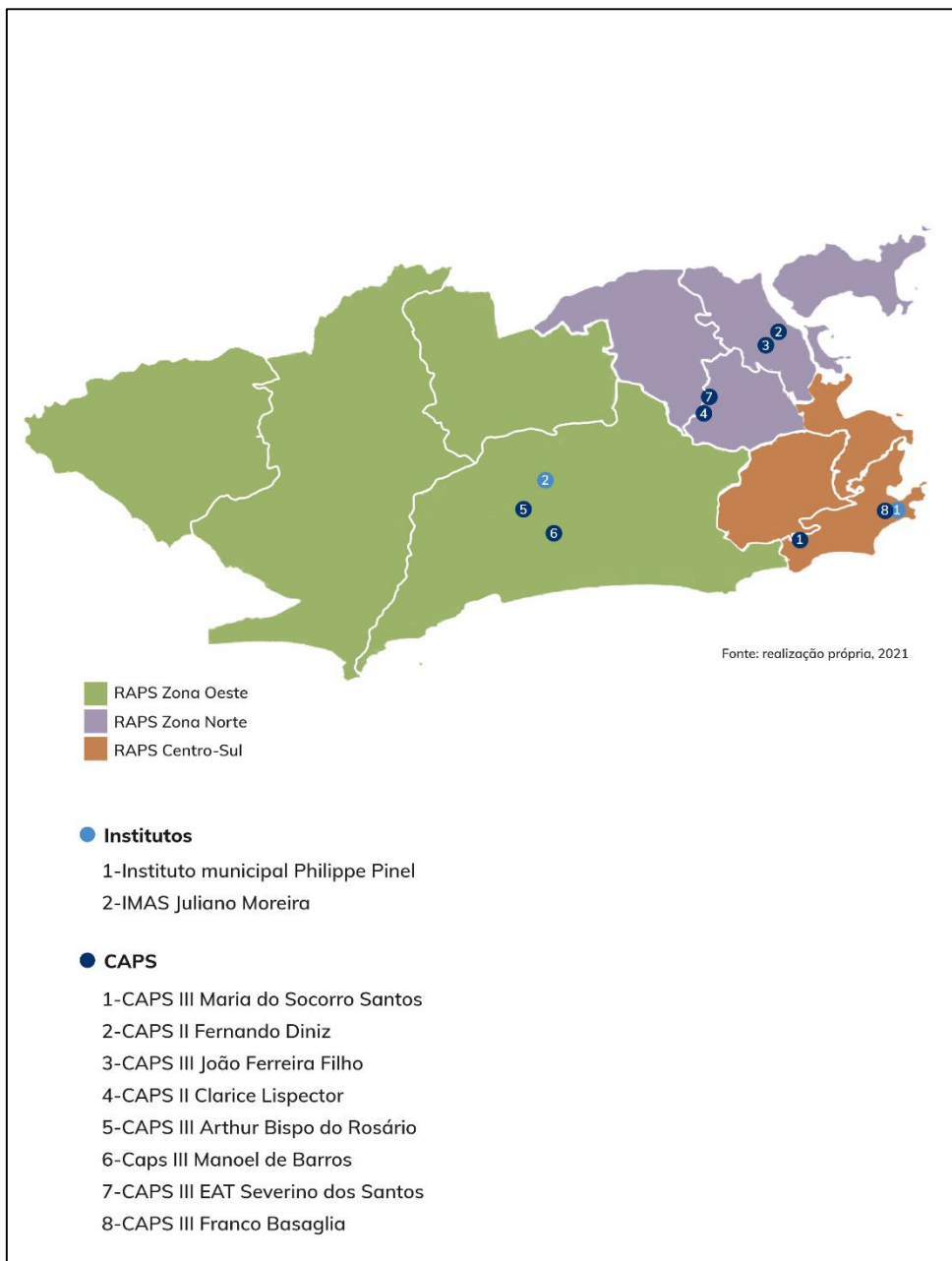
A Raps Zona Oeste foi subdividida por apresentar uma grande extensão territorial, um alto número de dispositivos terapêuticos e uma população muito vulnerável. A superintendência, com o intuito de propiciar uma melhor gestão, colocou as áreas programáticas 5.1, 5.2, e 5.3 sob cuidado de uma coordenadoria e a área 4.0 sob outra coordenação.

Na RAPS Centro-Sul encontram-se apenas dois CAPS III, a saber, CAPS Maria do Socorro, localizado na Rocinha e o CAPS Franco Basaglia.

Segundo gestor entrevistado, AP4.0 possui 44 residências terapêuticas, 20 moradias assistidas e ainda o polo manicomial do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. Na Zona Oeste os CAPS III estão concentrados na AP 4.0, que são o CAPS III Manoel de Barros e o CAPS III Arthur Bispo do Rosário, ambos localizados dentro do IMAS Juliano Moreira. Além dessas duas unidades a RAPS ainda conta com o CAPS AD Mussun e a Unidade de Acolhimento Cacildis, que são acionados pelos CAPS das áreas 5.1, 5.2, e 5.3 sempre que precisam de acolhimento noturno para algum usuário.

A Figura 2 apresenta a cidade do Rio de Janeiro por RAPS, Institutos e CAPS III.

Figura 2 – Organização do município do Rio de Janeiro por áreas programáticas



Fonte: Elaboração própria, 2022

A Figura 2 revela a extensa área geográfica do município do Rio de Janeiro, onde não existe nenhum serviço territorial com leitos de acolhimento noturno. A superintendência de saúde mental do município tem clareza da necessidade de ampliação de CAPS III no RJ para que efetivamente se possa prescindir dos leitos em hospital psiquiátrico, sobretudo porque fica sob ameaça a função estratégica de atenção à crise no território. Por isso há o planejamento de transformação de todos os CAPS II em CAPS III.

então tem um planejamento de ampliação de CAPS III, na verdade, a ideia que se tem, que se almeja é que todos ou quase todos (os CAPS) sejam III. E não só por conta dos leitos, estou até falando dos leitos, mas não só por conta dos leitos, é porque a gente entende que o CAPS III tem muito mais robustez para fazer atenção à crise em acolhimento diurno, em acolhimento diurno estendido porque ele não fecha as cinco, então eu posso estar com o cara até oito, eu posso estar na casa dele até mais tarde, eu tenho uma equipe maior...

(GC 3)

A ideia da gestão de saúde mental do município, segundo entrevistado “a gente tem como estratégia que a gente não tenha mais CAPS sem leitos no município, que possa ter equipes de atenção psicossocial disponíveis 24h”. Essa direção de trabalho está em consonância com a compreensão de que a atenção à crise é um tema extremamente importante para que o número de leitos dos institutos psiquiátricos continue sendo reduzido, além do entendimento de que os CAPSIII têm mais robustez por ter equipes ampliadas e por funcionar 24 horas nos sete dias da semana.

Eu estava no serviço, era ainda duas gestões anteriores da Superintendência e já se discutia com os CAPS a atenção à crise. Seminários internos que a coordenação de saúde mental, na época, apontou. Atenção à crise e a desinstitucionalização como elementos importantes que a gente vem discutindo desde então. A cada novo, durante 2015, aí foi 2015, a gente fez um GT de Atenção à crise com todos os CAPS, particularmente CAPS III, mas todos os CAPS para poder discutir concepção de atenção à crise, então ela é um pilar tecnicamente. Ela não tem um planejamento técnico porque é uma discussão que tem que ser contínua. A discussão de atenção à crise é uma discussão orgânica (GC2)

Contudo, a mera transformação de modalidades de CAPS de II para III será insuficiente se os gestores não levarem em consideração, para implementação de serviços, variáveis como distribuição de recursos no território, população de abrangência de cada CAPS onde está localizado, além da distância que o usuário terá que se deslocar para obter atendimento. Esses pontos são absolutamente relevantes quando se verifica a partir da figura 2 os enormes vazios territoriais que existe nas áreas programáticas.

Dos quatorze CAPS tipo III implantados no município com leitos de acolhimento com funcionamento de 24 horas por dia, quatro são voltados para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, um para infância e adolescência e nove para portadores de outros transtornos mentais, dispendo de poucas camas para a hospitalidade noturna, totalizando 98 leitos (DATASUS, s.d.).

A seguir é possível ver o número de leitos para acolhimento noturno em todos os CAPS tipo III existentes no Rio de Janeiro.

Tabela 2 - Leitos de acolhimento noturno nos CAPS III ⁴do município do Rio de Janeiro

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
7080522	SMS CAPS AD III ANTONIO CARLOS MUSSUM AP 40	RIO DE JANEIRO	10	10
7656106	SMS CAPS AD III PAULO DA PORTELA AP 33	RIO DE JANEIRO	8	8
7561660	SMS CAPS AD MIRIAM MAKEBA AP 31	RIO DE JANEIRO	9	9
5413605	SMS CAPS AD RAUL SEIXAS AP 32	RIO DE JANEIRO	8	8
5034272	SMS CAPS ARTHUR BISPO DO ROSARIO AP 40	RIO DE JANEIRO	6	6
5240832	SMS CAPS FERNANDO DINIZ AP 31	RIO DE JANEIRO	8	8
7884524	SMS CAPS FRANCO BASAGLIA AP 21	RIO DE JANEIRO	5	5
9535896	SMS CAPS III EAT SEVERINO DOS SANTOS AP 32	RIO DE JANEIRO	6	6
9051538	SMS CAPS III MANOEL DE BARROS AP 40	RIO DE JANEIRO	8	8
5874408	SMS CAPS III TORQUATO NETO AP 32	RIO DE JANEIRO	2	2
6527027	SMS CAPS JOAO FERREIRA SILVA FILHO AP 31	RIO DE JANEIRO	8	8
6551556	SMS CAPS MARIA DO SOCORRO SANTOS AP 21	RIO DE JANEIRO	8	8
5346320	SMS CAPSIII CLARICE LISPECTOR AP 32	RIO DE JANEIRO	6	6
5423430	SMS CAPSIII MARIA CLARA MACHADO AP 32	RIO DE JANEIRO	6	6
	-		98	98
Total de Estabelecimentos				14

Fonte: CNES

De acordo com entrevistado, esses leitos de CAPSIII, CAPSIII AD e CAPSi III são compartilhados entre eles, de modo que um usuário de CAPS pode ser acolhido à noite e vice-versa. Esse compartilhamento de leitos vai muito além da vaga em si; ele traz complexidades à medida que se compreende que

quando um CAPS solicita um acolhimento em outro CAPS, ele não está solicitando um leito só, ele está solicitando um compartilhamento de caso, porque ali no cotidiano é possível desenvolver outros manejos, outras percepções, enfim, são contingentes do que é a convivência: Mas é muito difícil porque a gente tem CAPS, por exemplo, em Santa Cruz. E aí, como é que esse CAPS então acompanha o acolhimento em Jacarepaguá? (GC4)

⁴ O CAPS Torquato Neto passou da modalidade II para a modalidade III após o encerramento do campo de estudo dessa pesquisa, por isso não foi incluído nas entrevistas.

É importante destacar que Rede de Atenção Psicossocial está integrada com a Rede de Urgência e com a Atenção Primária, de modo que a lógica de funcionamento não seja de Atenção Especializada, portanto, não vinculados ao Sistema de Regulação para Atenção Secundária (SISREG)⁵. De acordo com entrevistados da superintendência, o CAPS é compreendido como um ponto diferenciado da Atenção Primária e com as mesmas responsabilidades, ou seja, trabalha com uma população adscrita, trabalha com continuidade de cuidados, com longitudinalidade, com abordagem de grupos de família, tem acessibilidade por ela, tem responsabilidade pelo território, trabalha dentro da lógica hierarquizada, tem porta aberta para as pessoas do território com a responsabilidade de acolher esse acompanhamento, tem equipe de referência. Nas palavras de entrevistado,

Então cada território tem a sua abrangência, os CAPS não são a referência primária para emergência no seu território, mas é claro que se uma pessoa passa mal e ela é acompanhada pelo CAPS tal, a família já leva direto para o CAPS sem agendamento, sem nada. Isso faz parte da rotina. (GC1)

Portanto, o foco prioritário nos cuidados territoriais é algo central para a construção de uma rede integrada que não seja centrada no hospital psiquiátrico, fato inteiramente validado pela investigação científica das últimas décadas (ALMEIDA, 2019).

Em uma metrópole como o RJ, com uma área territorial de 43.750 km², a quarta menor do território nacional, e com uma rede de serviços que enfrenta uma série de problemas em decorrência do subfinanciamento, como por exemplo insuficiência de recursos para transporte, torna-se difícil tanto fazer o deslocamento do usuário de uma unidade para outra como o transporte do técnico para visita ao paciente em outra instituição ou mesmo uma visita domiciliar. Muitas vezes os técnicos de uma unidade conduzem o paciente a pé até o outro serviço e outras vezes precisam pagar do próprio bolso a passagem de ônibus para ir até o usuário que está em outro CAPS. Portanto, se está diante de uma rede de saúde ainda insuficiente para a necessidade de resposta à demanda e com um tempo de deslocamento enorme entre um ponto e outro dela, ainda que tenha pontos de interseção e nenhuma restrição de acesso.

⁵ O Sistema Nacional de Regulação – SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, através de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais e visando a humanização no atendimento.

Onocko-Campos *et al.* (2018) afirmam que apesar do declínio com gastos com hospitais e crescimento contínuo dos gastos com serviços comunitários, o financiamento dirigido aos serviços comunitários ainda é insuficiente. O investimento do Brasil em Saúde Mental é cerca de 2,5% dos recursos totais da saúde em saúde mental. Um relatório publicado, em 2015, pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, destaca que existem precariedades importantes na estrutura dos serviços comunitários, especialmente quanto à área física, aos insumos e ao pequeno número de serviços para crianças e adolescentes, sobretudo a partir de 2016, quando começa a haver redução significativa em consequência da mudança nos rumos da política nacional no nível federal, conforme dito anteriormente. Associado a isso deve-se considerar a crise financeira que assolou o Estado e consequentemente a cidade do Rio de Janeiro, sucateando ainda mais os serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os CAPS III do Rio de Janeiro apresentam diferenças entre eles que estão relacionadas com diversos fatores, como a origem do serviço, se ele já nasce como CAPS II ou se é fundado como CAPS III, a violência do poder paralelo e a existência ou não de cobertura da saúde da família. Portanto, nesse ponto torna-se fundamental esclarecer como está de fato organizada a RAPS do Rio e poder situar quem são esses CAPS III, para depois entender como eles compreendem e consequentemente manejam a crise em saúde mental.

6.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAPS III DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O processo de implementação não aconteceu da mesma maneira em todos os CAPS, no sentido de que cada serviço esteve submetido a um processo histórico particular, sofrendo influências de variáveis políticas e sociais, que impactaram dentre outras coisas seu perfil populacional e profissional, e consequentemente as concepções de crise e manejos derivados delas.

Nesse contexto, no que diz respeito à origem dos serviços pesquisados, esse trabalho adotou a seguinte classificação: (1) CAPS que são oriundos de serviços que existiam dentro de hospitais psiquiátricos; (2) CAPS que são fundados na modalidade II e que, oportunamente, são transformados na modalidade III e (3) CAPS que já nascem como CAPS III no município do Rio de Janeiro até a finalização desse campo de pesquisa.

6.2.1 CAPS oriundos de serviços de hospitais psiquiátricos

a) CAPS III EAT Severino Do Santos

O EAT - Espaço Aberto ao Tempo - foi criado em 1988, após o fechamento de uma das enfermarias masculina de pacientes agudos do antigo Hospital Pedro II. Funcionou como um serviço de atenção diária durante muitos anos, tendo uma proposta artística e cultural e sobretudo, do cuidado em liberdade (ACCOUNTABILITY, 2021).

Desde a enfermaria passando pelo Hospital dia, até sua transformação em CAPS II, esse serviço funcionou dentro de uma estrutura manicomial (hospital Nise da Silveira), ainda que tivesse mantido o caráter de portas abertas. Apenas em meados de 2018, a direção conseguiu concluir uma reforma de modo que o EAT pudesse passar para um prédio com portão voltado para a rua, fato que viabilizou a habilitação de CAPS II junto ao Ministério da Saúde, uma vez que não se habilita serviços territoriais dentro do manicômio, como informa a diretora desse CAPS.

Em 2019, pouquíssimo tempo após ter se tornado CAPS II o EAT se transforma em CAPSIII, funcionando 24h, todos os dias da semana, com apenas 3 leitos. Mas, isso traz uma série de problemas de organização para o serviço, porque não havia equipe suficiente para a realização do acolhimento noturno. Segundo a gestora do CAPS EAT

Eu só tinha 6 enfermeiros, 30h cada um. Então não dava para fechar uma escala com 180h semanais. A escala de enfermagem a gente não conseguia fechar. E aí, eu tinha sempre que tirar gente do dia para botar a noite. (GL9)

Por isso, durante os dois primeiros meses de vida do EAT como CAPS III, apenas os usuários cadastrados no serviço eram recebidos no acolhimento noturno. Após esse período as portas se abrem para acolhimento de novos usuários, mas apenas em março de 2020 passaram a funcionar com seis leitos. Superintendência de Saúde Mental e Gestores do CAPS estavam empenhados em aproveitar a oportunidade de transformação do serviço para CAPS III, ainda que estruturalmente não estivessem preparados:

a gente não contava com enfermeiro durante o dia, então eram os técnicos de enfermagem junto com a médica para responder sobre as ações de enfermagem. E a equipe comendo ali para fazer atenção à crise e os outros dispositivos do CAPS (GL9).

No final de 2020, após a necessidade de se pensar em espaços de isolamento para usuários com possível diagnóstico de COVID, mas também em função do aumento da demanda nas Emergências Psiquiátricas, foram implementados mais 2 leitos, totalizando atualmente 8 leitos (ACCOUNTABILITY⁶, 2021).

O Serviço está situado bastante próximo do CAPS Clarice Lispector, com quem dialoga e compartilha leitos. Conta com a APS para identificação e acompanhamento de pessoas em crise, contudo nos últimos anos vem sofrendo com a redução das equipes de saúde da família, conforme relato de gestor entrevistado:

Na nossa área, a gente teve, todas as clínicas que a gente acompanha, no mínimo uma equipe foi diminuída. Então isso foi muito ruim para a gente porque o nosso trabalho, teve uma repercussão muito negativa ...porque a gente precisa de pessoas para conseguir articular, para conseguir desenvolver alguma ação...foi muito ruim essa coisa horrível que aconteceu com a atenção básica e maquiada da forma como foi, porque o discurso era que a cobertura estava ok, mas muitas pessoas saíram do trabalho. E o nosso trabalho é muito braçal... A gente precisa estar no território, a gente precisa que eles estejam no território (GL9).

Esse CAPS cumpriu precocemente a necessidade de virar CAPS III com auxílio do nível central, sobretudo desempenhando um trabalho efetivamente em rede à medida que se articulou com outro CAPS e com a APS.

b) CAPS III Clarice Lispector:

O CAPS Clarice Lispector foi fundado em 2005, derivando de um grupo de Centro de Convivência que funcionava dentro do hospital de agudos Aduino Botelho⁷.

No início de 2020, com o fechamento do núcleo de atenção à crise do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), em função de um problema estrutural no prédio onde funcionava, e a evacuação emergencial do mesmo, houve a necessidade de realocação da equipe técnica. Com o recebimento de profissionais, O CAPS Clarice teve a oportunidade de passar da modalidade II para a III, algo que já vinha sendo discutido por eles há algum tempo, conforme informa entrevistado.

⁶ *Accountability* é um conjunto de mecanismos que permitem que os gestores de uma organização prestem contas e sejam responsabilizados pelo resultado de suas ações, pode ser relacionado com responsabilização, fiscalização e controle social.

⁷ Aduino Botelho era o hospital de agudos do Antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), que mais tarde passaria a se chamar Instituto Instituto Municipal Nise da Silveira), fechado em 2021.

Em fevereiro de 2020 iniciaram o acolhimento noturno no CAPS e atualmente encontra-se em processo de habilitação para CAPS III, contando com 8 leitos (ACCOUNTABILITY, 2021).

Está situado na mesma área geográfica do CAPS III EAT e do CAPS ad III Raul Seixas onde há pouca violência. Já a Atenção Básica apresenta fragilidades no que se refere ao acompanhamento de casos e o ambulatório de Saúde Mental tem dificuldade na absorção de casos considerados estáveis.

Então com o fechamento do Nise, o Pinel cresceu um pouquinho e, de imediato, a gente abriu o CAPS III Clarice Lispector com seis leitos. Aí foi o que foi possível manejar com o fechamento do Nise que deu superconta assim. É isso, o Nise tinha leito para caramba também, a gente achou que a rede ia explodir e, na verdade, com mais um CAPS III e um pequeno investimento no Pinel não teve grandes questões (GC4)

Esse problema estrutural no prédio do IMNS serviu como motivador e justificativa para que leitos de acolhimento em serviço territorial fossem criados ao mesmo tempo que o hospital psiquiátrico tivesse finalmente suas atividades encerradas.

c) CAPS III Franco Basaglia

Em setembro de 2016, o CAPS III Franco Basaglia foi oficialmente inaugurado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No entanto, em dezembro de 2015, as atividades da unidade são iniciadas no espaço do CAIS (então, serviço de atenção diária, localizado no Instituto Municipal Philippe Pinel), onde ocorreu o 1º Acolhimento Noturno do serviço. Em 2016, um muro é construído no pátio do IMPP, delimitando a estrutura física do CAPS e a separando do hospital. E já no primeiro semestre deste ano, a equipe começa a atuar na sede permanente do serviço, que tem seu portão de entrada voltado para o Campus da Praia Vermelha (UFRJ).

A unidade que está situada entre dois grandes hospitais psiquiátricos e muito próximo de onde já foi o primeiro hospício do país. Atualmente conta com nove leitos para acolhimento noturno e apesar de ser um serviço 24 horas, as pessoas não conseguem acessá-lo a qualquer hora. O grande problema reside na localização do serviço. Por estar situado dentro do Campus da UFRJ Praia Vermelha, os portões de acesso são fechados às 22 horas e os seguranças não permitem que usuários e demais pessoas cheguem ao serviço. Fato que já traz um grande

problema para a assistência à crise, visto que impedido de chegar ao CAPS poderia acessar a emergência psiquiátrica do IMPPInel sem maiores dificuldades.

...a gente conta muito com a boa vontade dos seguranças que estão na portaria lá da UFRJ. Quando é uma galera bacana eles chamam a gente se chega algum usuário lá. Quando é uma galera que não topa fazer isso, essa parceria, o usuário acaba indo direto para a emergência e aí a gente é acionado também pela emergência (GL5).

Esse ponto e outros mais acerca de acesso à rede em situações de crise em saúde mental serão mais bem discutidos no próximo capítulo.

d) CAPS III Manoel de Barros

O CAPS Manoel de Barros iniciou seus trabalhos em agosto de 2016 a partir da desconstrução do ambulatório do Hospital Municipal Jurandir Manfredini (HMJM) e impulsionado pela inauguração de sete Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRTs). Portanto, já nasce como CAPS III, com seis leitos e em março de 2020, como parte das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, o número de leitos foi ampliado para um total de dez.

É um serviço jovem, que atende numa área de parque manicomial – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, antiga Colônia Juliano Moreira. O HMJM não tem mais ambulatório nem emergência, mas ainda funciona como hospital para agudos. Bastante próximo geograficamente do CAPS III Bispo do Rosário eles mantêm uma relação mútua de eventual acompanhamento de casos e permuta de leitos para acolhimento noturno, além de interação com atenção primária e vinte e um serviços residenciais terapêuticos.

Segundo gestora, diferente de outros CAPS III, chama a atenção o nível de escolaridade dos usuários e do tipo de demanda que vem surgindo.

A população do serviço não é constituída apenas de pessoas com baixo poder aquisitivo, mas também de pessoas que perderam grana nos últimos anos anterior a pandemia (GL3).

Identificam o suicídio e a depressão como crises sobretudo relacionados a essa classe média que precisou lançar mão de assistência no SUS em função da redução na renda.

Como na Zona Oeste, só a 4.0 a área de Jacarepaguá, Barra e adjacências tem CAPS III, esses serviços servem de retaguarda para os CAPS II, uma vez que não dispõem de leitos de acolhimento. Nesses casos, havendo necessidade de acolhimento noturno ou mesmo de um breve período de acolhimento, esses CAPS II podem prescindir dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Quando eles têm algum paciente que está em crise, eles comunicam a gente, falam da avaliação e trazem o paciente para o acolhimento noturno. Aí é um outro momento de avaliação porque ai além da nossa, do que a gente está ali observando ao longo do dia a gente está em interlocução o tempo inteiro com o CAPS do território que vai instrumentalizando para a gente. Vai articulando a rede de cuidados também desse paciente no território dele. E a gente faz muito isso para evitar as internações (GL3).

Tal parceria entre os serviços demonstra que essa rede parece ser unida, ainda que haja conflitos e fragmentações em seu funcionamento, além de fragilidades na comunicação e centralização do cuidado em saúde mental, não evidenciado nesse trecho, pois é evidente que sempre haverá questões a serem melhoradas nos arranjos organizacionais para que se continue avançando na qualidade dos cuidados desenvolvidos.

6.2.2 CAPS originalmente modalidade II

a) CAPS III Fernando Diniz

O Fernando Diniz é um CAPS fundado em 2003, sendo originalmente na modalidade II e que se transforma em III em junho de 2020, no meio da pandemia de COVID 19, inicialmente com dois leitos e em agosto do mesmo ano passa a funcionar com 6 leitos (ACCOUNTABILITY, 2021).

Situado na zona norte, ao lado da biblioteca da penha, segundo seu gestor abrange uma área de extrema vulnerabilidade, onde se evidencia a violência armada, demandando transporte para se locomover dentro do território que é significativamente amplo e sem equipamentos da saúde.

É uma região pesada, com facções diferentes também. A Cidade Alta tem passado por um processo bem difícil, para a gente fazer matriciamento, estar indo no território. Então é pesada a região (GL11).

...o Jardim América não tem nada assim, basicamente, no Jardim América, a não ser a clínica da família...Funciona, mas pega um território mega, muito grande. Pega o Jardim América todo e um pedaço de Vigário Geral, que é um lado que fica do lado da linha, do lado de cá da linha (GL11).

Atualmente dispõem de quatro leitos e um leito clínico para COVID-19 em dois quartos separados, sendo um quarto com apenas uma cama e o outro quarto com as demais. Apesar de terem um número pequeno de leitos ainda conseguem dar suporte a outros CAPS II, que encerram seus turnos as 17 horas.

b) CAPS III Arthur Bispo do Rosário

O CAPS Arthur Bispo do Rosário inicia suas atividades em 15 de agosto de 1998 como um CAPS tipo II e a partir de 2012 começa o processo de transição para CAPS III, o que ocorre legalmente em 2020. Possui 10 leitos de atenção à crise e atende a população adulta da AP 4.0, moradora dos eixos Tanque e Cidade de Deus, sendo o último dividido com o CAPS Manoel de Barros (ACCOUNTABILITY, 2021).

Eles têm um número grande de médicos (4) em comparação aos demais CAPS III, mas isso se justifica em função do extenso número de residências terapêuticas (21) que precisam assistir.

Assim como o CAPS III Manoel de Barros, o Bispo do Rosário fica situado dentro do parque manicomial, por onde não circula transporte público. O acesso é feito por vans, que aos sábados, domingos e feriados passam apenas de hora em hora. Por essa razão dificilmente algum paciente chega à unidade à noite e os leitos de acolhimento noturno acabam ficando disponíveis.

6.2.3 CAPS fundados como CAPS III

a) CAPS III João Ferreira da Silva Filho

O Centro de Atenção Psicossocial João Ferreira da Silva Filho, é o primeiro CAPS III da AP 3.1 e o segundo do município do Rio de Janeiro já fundado na modalidade III (*accountability*, 2021), tendo sido inaugurado em 2010 junto com as Clínicas da família de sua área e a UPA, ambas localizadas na mesma via e dentro de *containers*. Ele fica localizado em uma avenida de grande circulação, que corta o conjunto de favelas do Alemão, em uma área de alta densidade demográfica e de muita violência e conflitos armados, dominada pelo tráfico.

Mantém uma boa parceria com a clínica da família e com a UPA, além de estar sempre em diálogo com a equipe de emergência do IMPPinel, onde recorrem quando precisam de vaga e de onde recebem usuários.

a) CAPS III Maria do Socorro

O CAPS da Rocinha, como é conhecido o CAPS Maria do Socorro, é primeiro CAPS III do município do Rio de Janeiro e o primeiro CAPS construído no interior de uma favela (Rocinha), tendo sido inaugurado em 8 de março de 2010 juntamente com a Unidade Clínica da Família (ESF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Complexo Esportivo, contando atualmente com cinco leitos para acolhimento noturno.

Os territórios de abrangências do CAPS são extenso, populoso e heterogêneo. Em sua extensão territorial o CAPS comporta os dois maiores e sétimo pior IDH da cidade do Rio de Janeiro. A desigualdade, as barreiras de acesso e a alta vulnerabilidade social se impõem como principal desafio à atenção clínica psicossocial (*accountability*, 2021).

Apesar da área de abrangência englobar bairros nobres como Leblon, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico e Lagoa, a predominância de atendimentos são de pessoas moradoras da Rocinha e do Vidigal, conforme nos conta diretor da unidade.

em cada território da nossa abrangência, a gente tem características muito diferentes e maneiras muito diferentes de estar nesses territórios. Então, a maneira como a gente chega no Vidigal é diferente da maneira como a gente chega nos pacientes do Píndaro de Carvalho, que é o CMS, a Estratégia, que fica na Gávea. A gente tem trabalhos diferentes com espaços diferentes (GL8).

O território desse CAPS é tão heterogêneo que se optou por fazer a divisão da equipe dividida pela Estratégia de Saúde da Família, pelo território segundo essa Estratégia. Portanto, existem as miniequipes responsáveis cada uma por uma parcela das unidades da estratégia da atenção primária, de modo a estreitar as equipes e obter êxito no trabalho territorial.

A diversidade de origem dos serviços, possivelmente, se relaciona com a existência do aparato manicomial de longa data, mas também são signo do processo de Reforma Psiquiátrica em curso no município desde a década de 80. A transformação dos CAPS II para a modalidade III é uma aposta importante para que a crise cada vez mais possa ser acolhida em serviços territoriais, sobretudo em função de estrutura desses serviços. Contudo, faz-se fundamental sejam implantados CAPS originalmente III em todo território municipal, visto abrangência geográfica da cidade e da carência de serviços, que não será suprida apenas com a estratégia de transformação.

Apesar da pandemia pode-se verificar que os gestores conseguiram ampliação do número de leitos de acolhimento noturno, o que é constatado pelas datas de implementação dos CAPS III citados anteriormente, bem como aumento de leitos subsequentes a esse processo.

6.3 O PAPEL DO TERRITÓRIO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Pensar as redes de atenção psicossocial e o papel do CAPS III como substituto manicomial requer, necessariamente, como já antecipado de forma breve nos capítulos anteriores dessa tese, que se pense o papel do território no cuidado e, mais do que isso, que se estabeleça uma caracterização sobre a forma como a rede de atenção à saúde mental está territorialmente organizada. Essa seção tem por objetivo, a partir das falas dos gestores entrevistados e de uma análise documental, estabelecer essa discussão no que tange à organização assistencial no município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, é fundamental que se olhe para o conceito de território como organizador da atenção, uma vez que ele permite localizar e explicar situações de saúde e organização da rede de atenção à saúde, possibilitando conhecer as condições de vida de populações, o perfil epidemiológico para intervir nos problemas e as necessidades de saúde de populações em diferentes recortes espaciais.

Um conceito crítico de território implica em articular o sujeito, sua subjetividade e o lugar onde vive, com o espaço do cuidado onde se realiza a cidadania (BRASIL, 2013), em um movimento dinâmico entre seus aspectos social, político e econômico, de modo a considerar fortemente a cultura e todas as implicações que advém dela.

Considerar a cultura significa levar em conta tudo aquilo que é construído e transmitido na vida social desde o nascimento, através de um processo de socialização que se dá pela apropriação de um sistema de símbolos e valores dos grupos sociais e comunidades, mas também como um modo de vida de um grupo específico (COUTINHO *et al.*, 2020).

Trata-se de compreender como uma determinada população, por exemplo, compreende a experiência de delírio ou alucinação de um de seus membros e quais caminhos são feitos a partir dali que podem ou não ser pela via da saúde. Uma experiência de adoecimento mental pode ser interpretada num determinado contexto como loucura e o sujeito encaminhado para um serviço de saúde mental, mas também pode ser interpretado como transgressão de certa ordem social estabelecida. Nesse limite, acordos e pactos do serviço com o território que permitam melhor compreensão dessa experiência de adoecimento parece crucial:

Ele fica muito agressivo. Do nada ele pode partir para o ato e mete a porrada na rua em criança... Não aceita a medicação e tal... aí o traficante manda trazer ele aqui... A gente conhece, sabe o caminho da casa dele, então as vezes a gente vai lá e, se não der para trazer, as vezes ele aceita. Quando ele não aceita, a gente já vai no território

levando a medicação para aplicar nele. Um SOS, alguma coisa. Ou a gente vai, não dá para trazer para o CAPS, a gente já aciona, pede para a família acionar o SAMU ou o Bombeiro para que ele possa ser retirado e levado para alguma emergência. Levou para alguma emergência, a gente vai resgatar ele para o CAPS (GL1)

Por esse raciocínio, cultura e território seriam interpenetráveis e mutuamente constituintes, na medida em que os processos de criação do território compreendem justamente o trânsito entre o político e cultural, permeando corpos e afetos (LIMA; YASUI, 2014), ao tempo em que os transforma e é transformado por eles.

Nesse sentido, Santos e Nunes (2011) salientam que o território se impõe aos usuários de forma desafiadora por meio dos empecilhos que surgem no delinear cotidiano, sendo assim fundamental que as equipes estejam sensíveis a essas demandas que ultrapassam o *setting* terapêutico⁸.

Mas de qual território estamos falando?

Antes de um aprofundamento sobre essas particularidades territoriais da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro, é importante ter em mente que essa é uma metrópole dividida e marcada política e socialmente pelas diferentes paisagens geográficas, que cresceu desordenadamente, variando entre as regiões pontos de infraestrutura, tais como abastecimento de água, rede de esgoto e distribuição de energia elétrica, implicando em discrepantes índices de desenvolvimento Humano (IDH). Apesar de ser possível apontar para vários determinantes sociais da saúde que impactam diretamente a saúde da população carioca, o que se destacou no âmbito das entrevistas foi a violência armada exercida pela polícia, mas sobretudo por traficantes e pela milícia⁹.

Nesse ponto cabe ressaltar que a violência relacionada a organizações criminais, com diferentes características, tamanhos, e formas de controle social e territorial é algo que acomete a maioria das metrópoles da América Latina, segundo informa Adorno & Alvarado (2022). Os autores insistem que os desafios para esses governos urbanos vão além do combate das organizações criminosas e não se reduzem ao controle territorial, social ou coercitivo.

⁸ *Setting* terapêutico refere-se ao espaço e enquadramento que se estabelece na relação entre paciente e terapeuta.

⁹ Milícias surgiram e se fortaleceram a partir dos anos 2000, inicialmente, ao se apresentar como um antídoto para o controle territorial exercido pelos grupos de traficantes. Favorecidos pela participação ativa de policiais, agentes penitenciários e militares, os paramilitares – muitas dessas lideranças eram moradoras da zona oeste do Rio e tinham ligações com as regiões e com associações de moradores locais – que assumiram também a governança nesses territórios, ganhando dinheiro a partir de uma ampla diversidade de receitas em atividades criminosas – entre elas extorsão a moradores e comerciantes, venda de terrenos em áreas protegidas por legislação ambiental, venda de imóveis irregulares, gás, internet, água, cigarro pirata e, com o tempo, também drogas. A autoridade desses grupos, porém, longe de representar o interesse coletivo, passaria a beneficiar sobretudo os interesses dos integrantes dos membros desses grupos e de seus negócios criminosos (MANSO, 2021).

Portanto, quando se aponta para o aspecto da violência armada do Rio de Janeiro, está se destacando algo inerente a uma metrópole, mas com as idiossincrasias de sua geografia e ocupação.

Curiosamente o leitor poderá verificar que a violência armada destacada pelos entrevistados se refere ao poder paralelo e não ao poder do Estado.

O mapa dos grupos armados do Rio de Janeiro do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade Estadual de São Paulo (NEV/USP) aponta para o predomínio da milícia em toda zona oeste e do tráfico nas zonas norte e sul. Segundo Manso (2021), ambos os grupos tentam cumprir o papel de governança e de agente regulador do mercado criminal, apesar das peculiaridades na forma de construção dessas autoridades e das dinâmicas e das particularidades dos negócios de cada uma delas. Em ambos os casos, a violência armada aparece como instrumento primordial para que esses grupos exerçam essa autoridade e imponham certas regras entre seus pares e até entre seus competidores. Esses grupos criminosos, portanto, acabam atuando onde o Estado não consegue ser a ordem legal, ampliando portas para o surgimento e fortalecimento de agências reguladoras nesses espaços. Desse modo, cabe aos traficantes e milicianos definirem regras, garantir a ordem.

A dimensão da violência do poder paralelo é algo que faz parte do cotidiano do serviço de saúde à medida que é necessário pactos e autorizações para que a equipe possa acessar seus usuários que estão no território.

O Complexo do Alemão não é mais como era em 2010...quando a gente entra, existia uma organização da bandidagem no território...não era fácil, mas existia um diálogo...Em outubro de 2010, a gente passa por essa invasão... onze UPPs são espalhadas pelo morro... Bom, todas as UPPs são corrompidas, ... novos bandidos vão chegando no território. E aí, o território fica muito diferente... a gente não tem mais um diálogo. Até para a gente entrar, mudou. A gente tem que entrar com o pisca-alerta... você entra de mãos levantadas... para ver o paciente porque esses meninos (traficantes) não têm muita escuta. (GL1)

A gente fala: ela se trata ali no CAPS. Ela tira a roupa, ela grita. Quando for assim, manda ela para o CAPS. Ela mesma dá uma sossegada no território. (GL1).

E interfere diretamente nas ações de saúde:

Não vai mais sozinho. A gente recebeu duas agentes territoriais, as quais a gente está fazendo todo um trabalho com elas para isso, não é. Ficar mais junto das equipes, para que não subam sozinhas, elas não conhecem o território. Então jamais vou colocá-las no território porque elas não conhecem. Então a gente já vai junto com um outro profissional que já conhece o território mais o ACS, o médico, o enfermeiro que sabem daquele caso e qual o dia que pode ir. Mesmo assim, semana passada, a gente para

tudo, Manguinhos estourou a bomba aqui, está tendo invasão, é um reflexo lá para o Alemão, a gente para tudo, não dá para fazer (GL1)

Uma pesquisa realizada entre 2018 e 2020, nas dezesseis favelas que compõem a Maré, chamada Construindo Pontes, afirma que pessoas em situações de violência são mais vulneráveis ao sofrimento mental. O medo de que alguém próximo seja atingido por arma de fogo, por exemplo, chega a 71% dos entrevistados. Estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e tentativas de suicídio são alguns dos transtornos frequentes (BOLETIM, 2020).

Gestores relatam violência territorial como gerador ou desencadeante de crise em saúde mental de usuários:

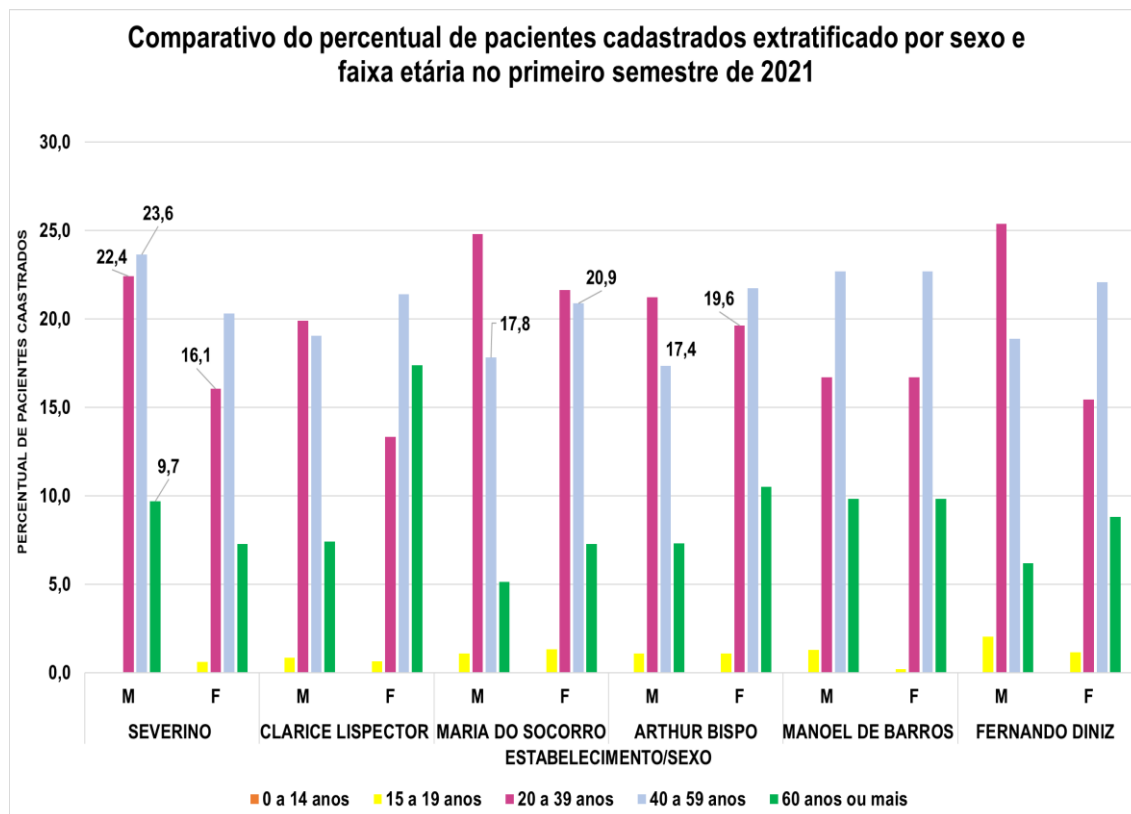
ele se sente ameaçado um pouco no território pela situação do tiro que está acontecendo no Complexo, por algum desgaste na comunidade com algum vizinho, por uma certa relação já desgastada com a família e que esse cara começa a ficar vulnerável no território; está jurado de morte por alguma questão; porque andou pelado na rua, porque pegou um baseado e disse que depois pagava. Situações que o cara chega no CAPS não necessariamente com essa crise aguda, psicótica, vamos dizer assim, mas já chega com um certo pedido de acolhimento daquela situação, que fragiliza tanto ele, que a gente percebe que aquilo já é uma situação que vai tirando ele do norte, do eixo e que ele começa a se complicar em outras situações e daqui a pouco aquilo vai virar sim, um quadro agudo. (GC3).

Evidentemente que a violência armada é apenas uma das violências as quais esses sujeitos estão submetidos no seu cotidiano e que impactam a saúde mental. A superintendência de saúde mental prevê como planejamento para 2022 iniciar uma série de estudos para traçar ações nessa direção, conforme informa entrevistado.

Uma vez situado o território em que esses CAPS III estão inseridos, cabe compreender quem são os usuários desses serviços. Cavalcanti et. al (2009) afirma que até dezembro de 2007 a rede de atenção contava em sua maioria com uma clientela jovem, de ambos os sexos, entre 20 e 50 anos (majoritariamente entre 30 e 49 anos, 63,8%) com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico (F20-29 CID-10).

O Gráfico 3 a seguir apresenta o percentual de pacientes cadastrados em cada CAPS no primeiro semestre de 2021, permitindo vislumbrar o perfil populacional em termos de sexo e idade dos usuários desses serviços. Não estão incluídos dados do CAPS III João Ferreira da Silva Filho e do CAPS III Franco Basaglia pois não foi possível extrair do *accountability* dados para gerar o gráfico.

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes cadastrados nos CAPS III do Rio de Janeiro, por sexo e faixa etária, primeiro semestre 2021.

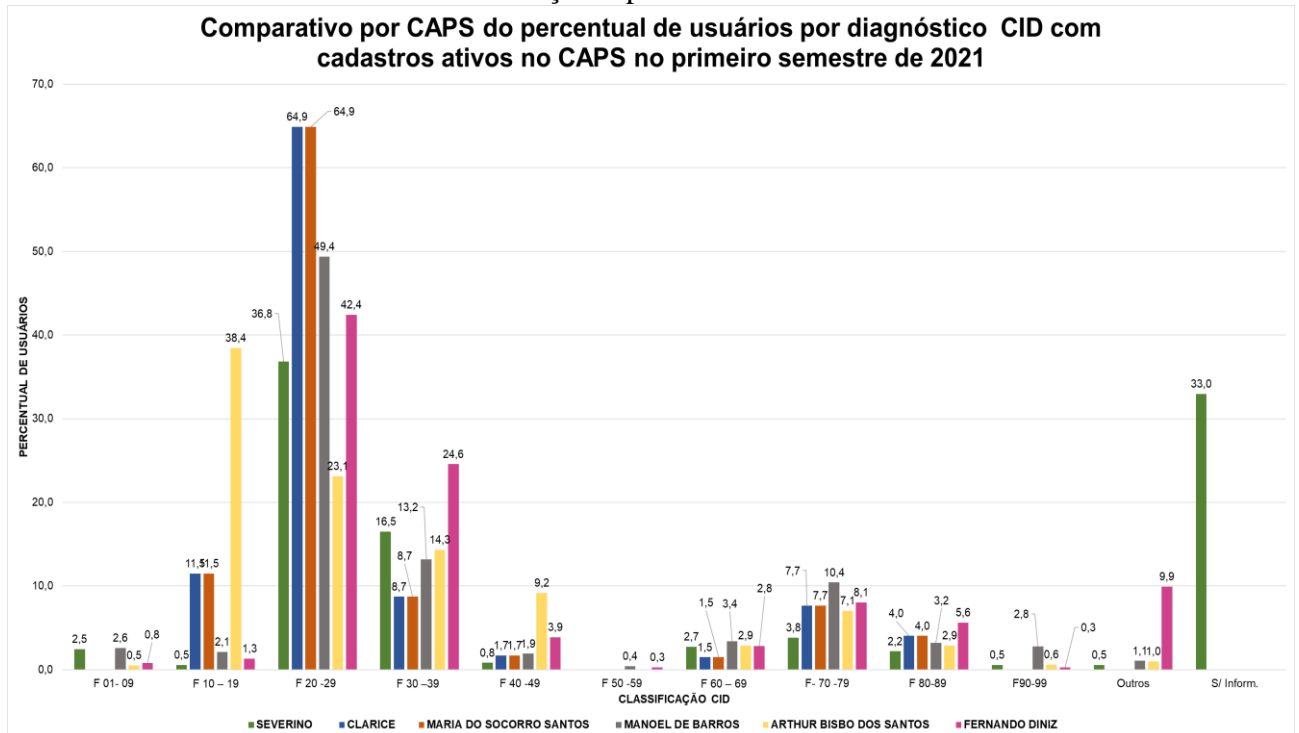


Fonte: Elaboração própria a partir de *Accountability*¹⁰, 2021

De um modo geral, é possível observar que os usuários estão concentrados na faixa entre 20 e 59 anos, mas há uma preponderância em alguns CAPS de usuários mais jovens, como é o caso dos homens no Fernando Diniz, no Maria do Socorro e no Bispo do Rosário. Portanto, não se verifica uma diferença significativa entre os perfis de sexo e faixa etária nos anos de 2007, encontrados por Cavalcanti et. al (2009) e 2021, publicados no *accountability*.

No que diz respeito à análise do diagnóstico dos pacientes dos CAPSIII, foi possível notar uma diferença dos CIDs prevalentes entre os diversos CAPS estudados, conforme demonstra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Comparativo por CAPS do percentual de usuários por diagnóstico CID com cadastro ativo no serviço no primeiro semestre de 2021



Fonte: Accountability, 2021

Legenda:

F 01- 09 Demência vascular não especificada

F 10 – 19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F 20 -29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F 30 –39 Transtornos do humor [afetivos]

F 40 -49 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

F 50 -59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F 60 – 69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F- 70 -79 Retardo mental

F 80-89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F90-99 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

O Gráfico 4¹¹ apresenta o comparativo do percentual de usuários por diagnóstico- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Não estão representados no gráfico devido a impossibilidade de extração de dados os CAPS III Franco Basaglia e João Ferreira da Silva Filho, e pela ausência de dados o CAPS III Maria do Socorro.

O início do Programa de Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, na década de 1990, por meio de CAPS e serviços residenciais, privilegiou ações dirigidas ao cuidado dos

¹¹ Os Gráficos sobre diagnósticos de cada serviço pode ser visto separadamente nos anexos.

pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Não há consenso na literatura sobre a definição para paciente com transtorno mental severo e persistente (TMSP). No entanto, as portarias do Ministério da Saúde classificam um paciente com TMSP como elegível para o CAPS (Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992/MS¹² e 336 de 19 de fevereiro de 2002/MS¹³).

Cavalcanti et al (2009), a partir de uma série de estudos, conclui que a definição de TMSP acaba recaindo sobre o diagnóstico de psicose, deixando de considerar uma proporção grande de pacientes no planejamento de serviços. Nesse sentido, o Gráfico 4 parece revelar não apenas uma mudança no perfil populacional dos CAPS III, como também mudança na gestão dos serviços acerca do manejo da crise em saúde mental, à medida que passa a receber o sofrimento mental intenso, a qual independe de sua forma de expressão, como poderá ser constatado em relatos de entrevistados.

Ainda que se revele uma significativa concentração de usuários com diagnóstico no grupo das esquizofrenias, mantendo-se uma certa caracterização do CAPS como lugar para pessoas com transtornos graves e persistentes, os transtornos do humor, nele compreendidos dentre outros o transtorno bipolar e a depressão, passam a ser um número bastante representativo. Mas, ainda que sempre tenham existido os estados depressivos, a depressão, aparece como patologia, como entidade própria e independente da subjetividade, quase como uma epidemia de tristeza do mundo contemporâneo (QUINET, 2002).

Coutinho (2017) vai discutir a construção da depressão como categoria nosológica, a partir da constatação de que os enlutados, tristes, amargurados, angustiados, melancólicos, enfim, encontram-se sob a égide da depressão, entendendo que a sociedade contemporânea convoca o sujeito ao imperativo do gozo, sendo absorvido pelo tempo da demanda de um consumo desenfreado. Dito de outra forma, a falta de uma perspectiva mais igualitária, o crescente desemprego, a competitividade em um mercado cada vez mais feroz associando-se aos imperativos de gozo de uma sociedade cada vez mais produtora de *gadgets*, que acenam com a promessa de satisfazer o desejo, tudo isso pode efetivamente contribuir para o estado depressivo de um sujeito desorientado em relação a seu desejo, perdido de seus ideais. Os sujeitos vivem em uma espécie de evidência do consumo e da abundância como se houvesse efetivamente um objeto capaz de satisfazer plenamente o desejo.

¹² Dispõe sobre diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental

¹³ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Não é o objetivo dessa tese discutir depressão, mas é importante apontar para mudança na direção de trabalho do CAPS e algo que se anunciava nas entrevistas com os gestores locais a respeito das demandas, e que dizia respeito a condicionantes externos aos usuários.

Um dado que surge sobre as situações de procura pelas pessoas em crise foi acerca da violência auto infligida, ou seja, o suicídio¹⁴. Pôde-se verificar ao longo das entrevistas que havia a percepção, de maior incidência desse desfecho chegando ao CAPS como crise, sobretudo nos últimos dois anos.

eu acho que isso é uma coisa da rede, não especificamente, do nosso território, que são situações de tentativa de suicídio, muitos neuróticos e não psicóticos, não com histórico de tratamento em saúde mental, e de uns tempos para cá... é uma marca ali do território da 4.0, da área do Manoel de Barros, especificamente, que foi: a gente cobre um território de uma classe média mais alta que é Barra, Recreio, Itanhangá que é uma “galera” que a vida inteira fez tratamento particular e de uns tempos para cá, com a perda de dinheiro, com a perda econômica começou a precisar se utilizar do SUS. Então, eu acho que a gente tem tido uma modificação nos últimos anos, inclusive, da clientela que a gente tem recebido. (GL4).

Na superintendência de saúde mental, o problema do aumento dos casos de tentativa de suicídio também não passa despercebido:

mais intensificada de 2017, 2018 para cá, eu acho. Tem dois anos que a gente vem enfrentando de forma absurda essa coisa das violências autoprovocadas e muitas situações vinculadas à crise econômica, a uma perda de uma situação econômica mais confortável, a dificuldade nas relações também assim, nas relações amorosas e familiares também provocadas por isso, por uma perda de um lugar no trabalho, sabe (GC3).

Para esse entrevistado:

...com a pandemia, isso se intensificou muito porque pessoas que se viram em casa, ou trabalhando de casa ou não trabalhando, pessoas que perderam os seus empregos e estão tendo que se reestruturar...uma espécie de solidão... então é impressionante pessoas que chegam aos CAPS e chegam às emergências já numa situação de depressão importante.

Evidentemente que os TMSP não desapareceram, como podemos constatar no gráfico 4 e no relato do gestor:

A maior parte dos casos que a gente atende são quadros de psicóticos graves. Quadros de desorganização psíquica com presença de risco para ele ou para outros. Algumas situações em que está se colocando em risco (GL7).

¹⁴ Para saber mais acerca do suicídio ler: BOTEGA, N. J. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015 e BTESHE, M. Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida, Tese (Doutorado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2013.

Tanto os dados apresentados no *accountability*, quanto os relatos daqueles que estão na ponta da assistência à saúde mental sugerem uma mudança no perfil de usuários nos últimos quinze anos, desde a criação dos CAPS, uma vez que os deprimidos e suicidas passam a chegar a esse serviço com demanda de atenção à crise.

Boletim epidemiológico 002/2019 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro destaca que, os suicídios no estado vêm aumentando a posição no ranking das maiores causas de morte nas faixas etárias até 59 anos, embora com menor expressão do que a estatística nacional, além de ter apresentado aumento no coeficiente de mortalidade por suicídio de 81% de 2009 a 2018. Esses dados parecem corroborar com a análise documental e com a percepção dos gestores.

Desse modo, gestão central entende que os CAPS não são lugares apenas para aqueles que sofrem de algum transtorno mental severo e persistente¹⁵. O GC 2 é muito claro quando diz que “não existe perfil para CAPS”. E apresenta uma situação em que é necessária tanto a intervenção do CAPS, quanto a pareceria com a Atenção Primária dada tamanha vulnerabilidade do sujeito demandando cuidado:

vulnerável assim já das relações, já em isolamento importantes, se colocando em risco, inclusive, não se alimentando, criando situações clínicas importantes e que acabam chegando ao CAPS que precisa também de um dispositivo CAPS para poder fortalecer o acompanhamento que só, por exemplo, um acompanhamento na Atenção Primária não é possível, só uma escuta no ambulatório não é possível porque precisa de uma intensidade maior, de uma coisa mais diária que se acontecer uma coisa mais grave tem um serviço, inclusive, 24h para acionar. Então o CAPS entra um pouco nessa função também.

Para a superintendência de saúde mental a função do CAPS é acolher o sofrimento humano. Nesse sentido, não há perfil, não há função e o lugar é o território. Isso fica explicitamente claro no relato a seguir ao contar sobre a intervenção da RAPS zona Oeste quando houve o desabamento da Muzema¹⁶ no Rio de Janeiro.

...ainda se fala essa palavra, do que é perfil de usuário para estar em acolhimento em CAPS. Eu acho que se você for entrevistar mais pessoas, você vai escutar essa palavra perfil, que a gente assim, isso não faz parte das nossas discussões. Não existe perfil para CAPS. Os CAPS, inclusive, precisam entender que eles têm que entrar no circuito de cuidado em relação ao sofrimento psíquico, independente, de ser loucura ou não (exemplo assistência no desabamento da muzema (GC5)).

¹⁵ Essa tese não pretende discutir questões clínicas ou psíquicas relacionadas aos transtornos mentais.

¹⁶ Os dois prédios da Muzema, (comunidade localizada no Itanhangá, Zona Oeste do Rio) desabaram em 12/4/2019 - quatro dias depois que a chuva mais intensa dos últimos 22 anos atingiu vários pontos da cidade e provocou a morte de 10 pessoas. Cada um dos edifícios tinha cinco andares. Os imóveis eram construções irregulares e chegaram a ser interditados duas vezes nos últimos meses. O local é controlado por milicianos.

Portanto, CAPS III é lugar para sofrimento mental de qualquer ordem. É um lugar de escuta e acolhimento, mas também de encaminhamento para melhor local de tratamento.

O CAPS virou essa referência das tentativas de suicídio, quando alguém está grave por uma tentativa de suicídio é a gente que é o serviço que vai dar suporte, mas não, necessariamente, esse usuário vai se tratar no CAPS. Vai ficar com a gente no período mais agudo e, depois, muito provavelmente, vão ser direcionados para a atenção primária (GC5).

A atenção Primária é um parceiro extremamente importante no que se refere a atenção à crise, principalmente porque tem uma vascularidade sobre o território em termos de inserção, conhecimento e estabelecimento de laços a partir das equipes de saúde da família, que os CAPS não têm. Por outro lado, os técnicos dos CAPS têm conhecimento técnico de saúde mental que os profissionais da AP são desprovidos. O matriciamento e outras parcerias representam soluções estratégicas para o sucesso terapêutico. Isso aparece na fala de um GL, ainda acerca das tentativas de suicídio:

A gente, recentemente, precisou fazer uma estratégia, a gente estava recebendo muitas tentativas de suicídio de mulheres jovens, neuróticas, muitas com tentativas de suicídio após rompimento de relacionamento amoroso, em algum relacionamento abusivo, que chegavam ao CAPS e não se identificavam com aquele ambiente, não se identificavam com aquela clientela e depois não queriam voltar, mas estavam num sofrimento intenso. E aí a gente passa a, junto com uma clínica da família específica, pensar num grupo feito com a equipe do CAPS e a equipe da estratégia, mas na clínica da família que era um ambiente que elas conheciam, que era um ambiente que elas se identificavam mais. Era uma situação de crise, mas que a gente não, necessariamente, precisava fazer esse cuidado dentro do CAPS. A gente fazia um grupo em conjunto. Junto com a clínica da família. Tinha um médico da clínica da família, uma enfermeira e duas profissionais do NASF, que era uma psicóloga e assistente social mais uma T.O. (terapia ocupacional) nossa. Funcionou durante um tempo. Nós tivemos várias preocupações de não virar o grupo das suicidas, de não virar um grupo onde as pessoas só ficavam contando dos seus sofrimentos, saiam de lá pior do que entraram. Teve uma construção em conjunto com elas, inclusive, de dar o nome para esse grupo, só que precisou dar uma parada agora por conta da pandemia. Mas funcionou bem durante um tempo. Era feito quinzenalmente (GL5).

Ainda que haja um aumento real no número de casos de tentativas de suicídio, há que se considerar o trabalho realizado pela superintendência para que esses casos chegassem aos CAPS. Nesse sentido, pode ser que a percepção dos entrevistados relativa a esse aumento esteja sendo impactada por esse redirecionamento.

Outra hipótese é de que há algum tempo o suicídio vem sendo discutido amplamente pela mídia, substituindo o silêncio e preconceito em torno do tema por discussões abertas e democráticas, fato que tem levado muitas pessoas a procurar serviços de saúde a procura de ajuda.

Recentemente uma série da Netflix intitulada “*Thirteen Reasons Why*” abordou o tema de maneira radicalmente aberta entre adolescentes e jovens, fazendo com que as famílias, escolas e outros grupos se voltassem para a importância da atenção acerca não apenas do suicídio, mas de uma série de questões que atravessam a juventude desse século e que vêm impactando severamente a saúde mental dela.

De qualquer forma, o trabalho da superintendência tomou dois caminhos. Um deles voltado à Atenção Primária, à medida que era fundamental que os profissionais soubessem reconhecer o *Continuum* de comportamentos que vão desde a ideação suicida, passando pelas ameaças e planos, gestos e tentativas ao desfecho, qualquer que seja o grau de intenção letal, e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato, para que esse usuário não entrasse no SISREG para ambulatório e fosse encaminhado diretamente ao CAPS, ainda que posteriormente ele não permanecesse sendo acompanhado no serviço. O outro caminho de possibilitar que a equipe do CAPS III entendesse que esse *continuum* do comportamento suicida é crise, e como tal deve ser acolhido no serviço, não importando se trata de um sujeito psicótico ou não.

Os serviços de saúde mental ligados à atenção psicossocial não nasceram do vazio e, apesar do arcabouço teórico e ideológico que são intrínsecos à sua formulação, tanto os formuladores de políticas públicas quanto os trabalhadores de saúde mental trazem em sua bagagem todo um conjunto de expectativas, representações e pré-conceitos. Esses fatores se articulam com as relações e vivências que os usuários estabelecem com o território, impactando fortemente o tipo de prática desenvolvida nos serviços.

Portanto, compreender a origem do serviço, sua localização, a formação e trajetória profissional da equipe técnica importa à medida que impacta diretamente como eles podem lidar com as crises dos usuários, em termos de promover uma abordagem que viabilize processos de desinstitucionalização e concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica, como apontado por Santos e Nunes (2011).

Para avançar na discussão sobre o *modus operandi* da RAPS no que diz respeito à crise, o próximo capítulo pretende trazer as concepções da mesma em saúde mental e consequentes manejos, além dos fluxos assistenciais na rede.

7 A CRISE EM SAÚDE MENTAL

Crise é um termo que pode adquirir uma multiplicidade de sentidos, mas remete invariavelmente à noção de um estado de movimento e de mudança (LIMA *et al.*, 2012), de ponto de corte, de ruptura, que por mais que abra a possibilidade para o sujeito de novos arranjos e horizontes, traz consigo, na saúde mental, a marca do sofrimento. Por isso, abordar o fenômeno da crise nesse campo é de fato compreender a importância que as intervenções possam adquirir nesse momento, tanto pela vulnerabilidade e necessidade de acolhimento e cuidado que o sujeito demanda, quanto pela possibilidade de novos arranjos para esse sujeito estar no mundo. Nesse sentido, a concepção que o profissional de saúde mental tem sobre crise, ainda que seja de modo latente, relaciona-se diretamente com as ações práticas desenvolvidas nos serviços de saúde.

Este capítulo trará a discussão acerca da concepção de crise em saúde mental e seu manejo a partir da perspectiva dos gestores de nível central e local. Na primeira seção, o conceito de crise será abordado sob a perspectiva dos dois níveis hierárquicos de gestão, entendendo que os desdobramentos práticos são distintos em cada um deles. Na segunda seção, o manejo da crise será discutido a partir do ponto de chegada dos usuários em crise nos dispositivos da RAPS, contemplando os procedimentos tomados pela equipe do CAPS III ao receber o paciente, e por fim, as especificidades desse manejo na pandemia de Covid-19 nos CAPS III do município.

7.1 CONSTRUINDO UM CONCEITO

Esta seção destina-se a discutir dois eixos da concepção de crise em saúde mental. O primeiro deles diz respeito à percepção que os gestores de nível central têm acerca do que os gestores locais concebem sobre crise. O outro eixo refere-se à ideia que os próprios gestores, de ambos os níveis, têm acerca da crise em saúde mental, entendendo que é a partir dela que as intervenções serão realizadas. Nesse sentido, os operadores do cuidado, trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental são absolutamente essenciais para que um paradigma assistencial afeito com os preceitos da Reforma Psiquiátrica se materialize.

É consenso entre os gestores de nível central que não há uma compreensão unânime quanto à crise nos CAPS III do município do Rio de Janeiro. De um modo geral, asseveram que, apesar do discurso nos CAPS III representar uma certa hegemonia da ideia que a

superintendência há alguns anos acertou como direção de trabalho para a assistência à crise, a prática cotidiana nos CAPS não corrobora tal discurso.

Eu acho que se você for discutir, se você for em cada um dos CAPS III da cidade, obviamente, você vai ver ressonâncias e aproximações importantes... a gente vem discutindo a atenção à crise há muito tempo, mas se você for ver, no discurso, talvez, isso se aproxime mais, mas se você for ver as práticas, você veria que o discurso é um e a prática é outra. (GC2)

Segundo o entrevistado, desde 2015 a superintendência de saúde mental do município do Rio de Janeiro tem se debruçado sobre atenção à crise, pois como assegurado por diversos autores do campo, ela se apresenta como decisiva e estratégica, em virtude de ser a justificativa, a via de entrada e, por vezes, a via de permanência, por meio da “porta-giratória”, no sistema manicomial (CAMPOS, 2014). Portanto, importava a coordenação de saúde mental discutir com os serviços da RAPS uma concepção que estivesse em consonância com as práticas territoriais e de desinstitucionalização para que houvesse mudança efetiva na assistência ofertada aos pacientes.

O próprio caráter da formação dos profissionais de saúde mental, que deveria ser desde a graduação sobre a complexidade da experiência humana, demanda estratégias de educação permanente em serviço que se baseiem no encontro com o usuário (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2017). Nesse sentido, a educação permanente representou uma maneira para alinhar concepções sobre crise, e conseqüentemente práticas, entre gestores e profissionais.

Essa ação da superintendência está em consonância com o que preconizam Muniz, Nogueira e Guljor (2014) acerca da necessidade de educação permanente para as equipes para que estejam em constante desenvolvimento e atualização de suas práticas da assistência. Alia-se a isso a realização de mudanças estruturais nos serviços já apontadas nesta tese.

As falas analisadas apresentam um contraste discursivo visível.

Alguns adotam uma terminologia pautada na descrição diagnóstica psiquiátrica, envolvendo, em alguns casos, a descrição de critérios diagnósticos e estratégia de medicalização, ainda que não seja hegemônica.

Ainda há uma percepção de que a crise é alguma coisa de uma agitação psicomotora... obviamente, que isso reflete no manejo. As pessoas entendem que então a gente pode contornar a crise com medicação, com uma certa restrição. Mas, claro, que assim, não é mais uma coisa monolítica. A gente consegue ter nos serviços uma discussão sobre isso. Não é uma hegemonia que a gente não consegue ir questionando. (GC5)

Foi possível identificar, ainda que em menor número, falas dos gestores dos serviços que corroboravam com uma certa manutenção dessa ideia de crise como exacerbação de sintomas.

Eu acho que é quando a pessoa está num sofrimento muito grande, seja aí numa fase depressiva com dificuldade de se cuidar, de cuidar da vida, de se relacionar com as pessoas ou uma agitação psicomotora, uma fase maníaca, fazendo coisas que tragam consequências muito ruins para a vida dela, que causam sofrimento também e para além de sofrimento, possam trazer consequências aí de rupturas, possam trazer rupturas e uma fase que a pessoa está precisando de cuidados, seja de profissionais, de outras pessoas que ela possa ter convivência, precisando de atenção, precisando de cuidados até com a alimentação, com o uso de medicação para dar um alívio nesse processo de sofrimento mais intenso. (GL9)

... a crise psíquica de uma desorganização ou alteração da sensopercepção que é o mais comum da gente encontrar no relato dos pontos de atenção, tanto na Atenção Primária, como nas Urgências e Emergências, como em alguns CAPS, especialmente os CAPS II. Tomando a crise só como algo que já rompe no sentido, inclusive, de uma alteração da sensopercepção, especialmente, quando tem alguma questão de hetero-agressividade incluído (GC3).

E também aparece como risco de morte:

...como algo que ele fica um pouco mais se colocando em risco, que os parâmetros de estar na vida ficam mais tênues, a pessoa não, e muitas vezes também quando ela está num sofrimento muito grande, a gente tem recebido muitos casos de tentativas de suicídios, então a gente entende isso como uma crise também. de quando a pessoa também se coloca em risco dessa forma. (GL14)

Aquele paciente que a gente vê que não consegue mais ter uma escuta, se coloca em risco no território... a família já não aguenta mais ele em casa... (GL1)

A crise em saúde mental como correlata a casos psiquiátricos agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas, evidenciando gravidade e, portanto, periculosidade e internação psiquiátrica, é uma perspectiva hegemônica no meio biomédico (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020). Nessa abordagem, a noção de risco cotejada à necessidade de intervenção imediata e gravidade define o espaço institucional de cuidado, apontando não somente para os hospitais psiquiátricos, como também para as urgências e emergências psiquiátricas.

A ideia de risco na área da saúde

...faz menção à probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) e também funciona como termo não técnico que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis. A própria ideia de probabilidade pode ser lida de dois modos: intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algum grau de crença, isto é, uma incerteza que não se consegue medir; ou objetivo, racional, mensurável mediante técnicas probabilísticas – incerteza capaz de ser medida (CASTIEL, 2010, p. 16).

Segundo o autor supracitado, essa segunda acepção está calcada na abordagem de fatores de risco, ou seja, marcadores capazes de predizer morbimortalidade, de modo que

estudos epidemiológicos populacionais poderiam ser feitos e intervenções preventivas desenvolvidas.

Contudo, as noções de risco e de fator de risco não contemplam a discussão de variáveis envolvidas no processo de saúde-doença; apenas descrevem populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo pareça relevante.

Para Ayres, Castellanos e Baptista (2018), o conceito de vulnerabilidade, que surge no contexto de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids na década de 80, possibilita que outras variáveis sejam consideradas no processo de adoecimento. Ele propõe vulnerabilidade como “resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018, p. 53).

Segundo Almeida-Filho (2020), o termo vulnerabilidade insere aspectos individuais, sociais e programáticos/institucionais do sujeito, ou seja, três eixos interdependentes da vida das pessoas, mas que pode ser ampliado para comunidades e nações, os quais acarretam maior ou menor suscetibilidade para o adoecimento. Para o autor, enquanto a vulnerabilidade tem como principal característica o dinamismo, ou seja, não ser uma estrutura conceitual que cristaliza a realidade, o conceito de risco possibilita pensar estruturas sociais estanques, formas de manutenção da desigualdade e segregação de grupos.

Dias, Ferigato e Fernandes (2020) trazem que as noções de risco e de emergência são conceituações biomédicas e não distinguem eventos relacionados à saúde mental, justamente porque emergência é definida como a constatação de condições de agravo à saúde que implicam risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis, normalmente caracterizadas por declaração do médico assistente. Para Campos (2014), a mera transposição desses conceitos para a psiquiatria aloca-os no campo manicomial e traz como resposta de intervenção uma abordagem que visa a restaurar a homeostase, reduzindo ou zerando os sintomas de forma rápida.

Ainda que a Associação Americana de Psiquiatria admita em sua definição de emergência psiquiátrica a inclusão da dimensão social, mais propriamente a relação do sujeito com seu meio, como questão nessas situações; no campo prático, urgência e emergência permanecem reduzidas à dimensão dos sinais e sintomas e atreladas, antes de tudo, à padronização, agilidade e eficácia das respostas (CAMPOS, 2014).

Essas concepções apresentadas pelos entrevistados trazem ainda a marca da psiquiatria biomédica, à medida em que se evidenciam a objetividade e o pragmatismo de intervenções, ainda que não de modo *stricto sensu*.

Segundo Muniz, Nogueira e Guljor (2014, p. 33),

No modo de cuidado asilar são enfatizadas as condições orgânicas como determinantes da doença-mental. Não se investe na participação do indivíduo em seu tratamento, já que a subjetividade é pouco ou nada considerada. O tratamento centra-se na doença, deixando em segundo plano o contexto familiar e social. A instituição que se organiza a partir do paradigma que orienta o modo de cuidado asilar tem como pressuposto uma organização do poder que funcione num único sentido, de cima para baixo.

Os autores acima seguem afirmando que a RP não pode ser compreendida como uma simples reorganização e criação de serviços com novas nomenclaturas. O que é central nesse processo é justamente a ruptura com uma visão comumente aceita e socialmente compartilhada de que a loucura está à margem (ou é incompatível) com a vida em sociedade.

Espera-se que profissionais de saúde mental tragam referenciais norteados por elementos como a inclusão, o vínculo, o conhecimento da história e dos contextos do sujeito, a valorização dos aspectos subjetivos e o respeito à temporalidade da crise.

Dias, Ferigato e Fernandes (2020) vão dizer que, sob o ponto de vista da rede de atenção psicossocial, a crise seria concebida a partir de uma base psicossocial em que risco e vulnerabilidade coexistem e são determinantes para o adoecimento e possível agravo. Isso porque, quando se oferta um cuidado baseado no modelo psicossocial, consideram-se como determinantes os fatores políticos e biopsicossociais que possuam maior protagonismo em cada situação particular (MUNIZ; NOGUEIRA; GULJOR, 2014).

Por outro lado, para alguns entrevistados, a crise aparece como algo bastante abrangente e impreciso, o que demonstra a riqueza semântica inerente ao conceito. Ainda que falem de sintomas e diagnósticos, o que se evidencia nos relatos a seguir é a necessidade do acolhimento frente à vulnerabilidade em que o sujeito em crise se apresenta.

Eu acho que é um conceito abrangente. A partir da experiência que a gente tem no CAPS, alguma coisa ali do urgente. Do urgente no sentido de que está posta para todos, que se estende à neurose, à psicose. Isso implica, por exemplo, a gente receber todo mundo no CAPS e conseguir fazer um bom acolhimento...A questão que eu acho que fica é como atender a crise. (GL6)

Crise eu acho que é quando a pessoa precisa ser acolhida. Então assim, quando a gente fala em atenção à crise, é a gente estar disponível para escutar esse outro no seu momento mais difícil... o acolhimento à crise não é ter leito, é ter disponibilidade. (GL 13)

Então, a crise em saúde mental, ela é muito ampla. A gente tem a própria crise de uma instabilidade de um quadro psicótico que muitas das vezes vai ser um quadro de agitação psicomotora, heteroagressividade...mas também isso se junta numa crise que

também, ela é mais ampla do que só de uma sintomatologia psiquiátrica, é da atenção psicossocial... o sujeito entrou em crise, ficou muito mal, mas muito a partir de uma situação familiar muito delicada, uma situação de ameaça no território... não dá para olhar só por sinais e sintomas. E eu entendo que se uma pessoa desestabilizou, foi para uma emergência, precisou de uma internação ou de um acolhimento, e aí, isso é chamado de crise, ela está no máximo da complexidade dela... se bater numa emergência, se está numa situação de crise, ela vai ser sempre uma situação, pelo menos naquele momento, ser acompanhada intensivamente pelo CAPS. (GL3)

Oda *et al.* (2018) propõem uma compreensão da psicopatologia que não se resume à descrição de sinais e sintomas. Os autores compreendem a psicopatologia como o modo de apreender e articular discursiva e parcialmente o sofrimento psíquico, o que demanda uma tomada de posição ética diante do padecer humano. Essa tomada de posição tem a ver com o acolhimento, com o cuidar em saúde. Ayres (2001) entende que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele; para cuidar, é necessário saber qual é o projeto de felicidade que está em jogo para o sujeito em questão.

Cientes da importância de trabalhar conceitualmente a ideia de crise com os gestores dos serviços, com vistas a impactar a assistência ofertada às situações de risco, no sentido de uma mudança de rota dos hospitais psiquiátricos para os serviços territoriais, inúmeros encontros foram realizados desde 2014 – ano da ampliação mais significativa dos CAPS III no município. A dimensão do laço social e a noção de território são elementos centrais na concepção de crise adotada pela superintendência e tomada como direção de trabalho para os serviços:

...então a gente vem trabalhando o conceito de crise um pouco por essa linha de tudo aquilo que vai desestruturando o sujeito, que vai empobrecendo, vai diminuindo seus laços, as possibilidades dele poder viver na cidade, com menos risco, com mais qualidade de vida possível (GC3).

A gente tem tentado construir uma percepção acerca da crise que seja uma percepção do relacionamento, da relação com o território... (GC5)

Campos (2014), apropriando-se da teoria da complexidade de Morin (1999), conceitua a crise a partir das seguintes dimensões: individual e social, objetiva e subjetiva. Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo, cujas dimensões estão em uma relação dialógica por meio da qual se influenciam, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos e atrações que convivem entre si e formam um todo que não pode ser vislumbrado pelo simples somatório das partes.

É inegável a alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, e nem se trata de colocar isso em questão nesta pesquisa. Porém, Dell'acqua & Mezzina (2005) entendem que a crise não se reduz a isso e que a sua origem está no contexto de sua rede social; ela é

produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede.

Sendo assim, há na crise uma importante dimensão social, mais precisamente de uma ruptura social como causa e consequência dessa mesma experiência. Há aspectos bastante objetivos e há subjetividade. Pode-se dizer que as interpretações obtidas nas entrevistas acerca dos conceitos de crise – muito embora amparadas na aceção psicossocial - de alguma maneira contemplam algum aspecto do fenômeno, mas sem oferecer uma leitura que agregue e inter-relacione todos esses fatores. Ou seja, em certos casos, não consideram a dimensão clínica, a do sujeito e a do laço social, conforme apresentado no capítulo teórico sobre a crise e que se refere, segundo Campos (2014) a uma concepção a partir da Reforma Psiquiátrica.

Em entrevista, gestores apontam para um aspecto central na conceituação e compreensão do fenômeno estudado, e que se refere a esse aspecto do contexto da rede social, ou seja, do território. Compreendem que esse é o grande responsável, inclusive, pela falta de homogeneidade de sentidos que a crise adquire nos CAPS III, tratando-se, dessa forma, de um conceito de crise “território-dependente”, como diz um deles.

Mas aí eu vou te dizer porque eu acho que não tem uma visão predominante. Porque a concepção de atenção à crise que os profissionais usam tem a ver tanto com fatores históricos quanto com fatores geográficos. Vou dar um exemplo. O CAPS João Ferreira que já nasceu como CAPS III, ele construiu uma demanda nova, foi a partir de uma demanda nova, não era uma demanda reprimida ou não era, ou não tinha uma história anterior do serviço, eles têm uma demanda muito mais territorial de atenção à crise, essa concepção próxima do que a gente está dizendo, enquanto que outros CAPS por causa do seu histórico, CAPS que vieram de transformações, eram centros, por exemplo, o Clarice Lispector; era um centro de convivência, virou CAPS II e agora virou CAPS III; o EAT, que era o Espaço Aberto ao Tempo, que tinha uma proposta artística, cultural e virou o CAPS III; Franco Basaglia que pegou clientela que era do CAS, que era um hospital dia e ai tem uma característica da clientela e é colado ao Pinel, que ai é colado a uma emergência. É diferente do Maria do Socorro, do João Ferreira ou do Magal que nasceram já territorializados junto com a clínica da família e com a Atenção Primária muito presente. E isso tudo vai moldando também. (GC2)

...eu acho que não dá para ter uma concepção hegemônica porque essas concepções são território dependente. Elas têm a ver com o território e com a história daquele serviço porque não dá para a gente tirar essa dimensão material concreta institucional e histórica. A gente não está lidando, simplesmente, com conceitos e teorias, a gente está lidando com a prática cotidiana e essa prática tem a ver com todas essas dimensões. Qual foi o percurso dessas pessoas? Essas pessoas já foram formadas numa lógica do CAPS ou são pessoas que estão há 20, 30 anos, que estavam trabalhando no Nise da Silveira e saíram do Nise da Silveira para irem compor a equipe do Clarice Lispector, por exemplo. (GC1)

O conceito de crise “território-dependente” também foi identificado na definição de crise por alguns gestores:

...o CAPS atende, a gente atende uma população extremamente vulnerável. Eu digo social no sentido, a gente atendeu uma pessoa aonde na comunidade onde ela mora, mataram o filho dela e não só mataram como esquartejaram o filho e foram espalhando pedaços do filho pelo caminho. (GL 11)

...o que mais fragiliza o cara...quando ele se sente ameaçado no território pela situação do tiro que está acontecendo, por algum desgaste na comunidade com algum vizinho, por uma certa relação já desgastada com a família e que esse cara começa a ficar vulnerável no território... (GC3)

A ideia de crise como território-dependente está em consonância com uma discussão extremamente atual a que a Saúde Mental Global tem se dedicado, ou seja, ao considerar como aspectos inerentes ao território – como a cultura e os determinantes sociais – interagem e produzem vulnerabilidade e sofrimento.

Em artigo recentemente publicado, Coutinho *et al.* (2020) vão afirmar a partir de Kirmayer e Swartz (2013) e Patel *et al.* (2014) que a questão cultural ganha destaque porque ajuda a acessar as formas pelas quais as disparidades socioeconômicas e as múltiplas formas de discriminação se cristalizam como significativas disparidades de saúde em todas as sociedades, sedimentando iniquidades na distribuição de problemas e recursos de saúde na população. Há um crescente reconhecimento de que os determinantes sociais da saúde, e da saúde mental especificamente, são aspectos centrais para o risco, início e curso de doença mental (PATEL *et al.*, 2014). Esses determinantes incluem pobreza e desigualdade, integração social e apoio, discriminação e racismo (s) que surgem em função de processos de desenvolvimento desiguais, do colonialismo, exploração e como efeito da globalização.

No entanto, mais do que estabelecer uma ordem entre fatores econômicos e culturais, é importante considerar a hibridização e influência mútua entre as duas séries de aspectos. Isso porque ao tempo em que as condições socioeconômicas concretas determinam condições físicas básicas como nutrição, exposição a agentes infecciosos, toxinas ou outros riscos ambientais, bem como a provisão de outras necessidades essenciais; a cultura traz a teia semântica, as práticas institucionais e as redes relacionais que incidem sobre a delimitação das diferenças sociais. Tais distinções repercutem na exposição aos determinantes sociais da saúde, bem como no posicionamento e mobilidade social e acesso a cuidados de saúde. Entremado a esse espectro relacional complexo, encontra-se o sujeito vulnerável ao sofrimento mental (COUTINHO *et al.*, 2020).

A importância de levar em consideração as idiosincrasias inerentes ao território apareceu de maneira indubitável para gestor.

... a gente tinha clareza de que fazer atenção à crise no Jacarezinho era diferente de fazer atenção à crise no Engenho da Rainha porque são territórios diferentes e

diferente na percepção que as pessoas têm da loucura. Então no Jacarezinho, a loucura estava a céu aberto e as pessoas não se incomodavam. Tinha um doido em crise ali no meio da rua e as pessoas passavam tranquilamente. No Engenho da Rainha, no condomínio, se a pessoa falasse um pouquinho mais alto chamava o bombeiro e, não raro, a polícia. Só isso já me faz ter que ter ações práticas concretas de atenção à crise num território ou no outro, porque não é possível eu achar que eu vou fazer atenção à crise na minha prática desencarnada, das determinações sociais, das questões psicossociais do território e eu vou fazer atenção à crise do mesmo jeito nos dois territórios. (GC2)

Os achados da pesquisa em relação à conceituação de crise como território-dependente encontram acordo em Coutinho *et al.* (2020), que propõem que a cultura influencia a sintomatologia, o curso e o resultado dos distúrbios a partir de respostas psicofisiológicas e processos sociofisiológicos; molda o enfrentamento individual e familiar e a adaptação à doença e à recuperação; determina a busca de ajuda e apresentações clínicas; reforça a relação médico-paciente e, portanto, a resposta do sujeito em aflição ao aconselhamento médico e intervenção. Sua contribuição é patente, dessa forma, na elaboração de explicações para o sofrimento, influenciando a experiência da doença, o comportamento de busca de ajuda e a resposta social aos problemas e intervenções de saúde mental (AGUIAR; ORTEGA, 2017). Esses aspectos aparecem no relato a seguir de entrevistado:

A referência territorial nos confere uma espécie de mandato. Nós temos uma incumbência de agir num determinado recorte da população como aquelas pessoas que podem vir a dar suporte, a minorar ou ajudar a construir pontes ou ajudar a fazer conexões nessa rede esgarçada. Então não dá para trabalhar com a clássica concepção de crise, seja da psicanálise, descrevendo o sujeito no contexto do afrouxamento da sua estrutura, da invasão e do delírio como a forma de reconstrução dessa fragmentação do eu e do mundo, enfim. Ninguém está contradizendo isso, só está dizendo que isso é uma descrição parcial da coisa, porque se a gente tomar isso como a concepção, estamos perdendo a compreensão do mundo contemporâneo. A gente vive algo que é mais crítico, que é mais grave do que essa leitura. Assim como se pegarmos essa leitura apenas pelo viés médico, biológico, essa percepção de que a crise é um conjunto de sintomas que a gente vai construindo, temos aqui uma Síndrome Delirante Aguda, temos aqui uma Síndrome Amnésica, temos aqui...sim, veja, claro que o diagnóstico, ele é fundamental para, a leitura da psicopatologia é fundamental para que as pessoas possam sentar, conversar, discutir, conceituar o que se passa com os nossos usuários, o que se passa com a relação. Mas a percepção de que o sujeito e seu contexto precisam de alguma maneira receber alguma abordagem, isso nos leva a compreensão de um outro lugar. (GC1)

As dimensões e complexidades da crise no que diz respeito ao laço social aparecem nas falas dos entrevistados com algumas particularidades, seja como crise social familiar, seja como esgarçamento da rede de suporte ou de um modo mais radical, como ruptura do laço social. De qualquer modo, pode ser verificado um crescente até a ruptura que ocorre com esse enlaçamento

com a vida social – aspecto que se mostrou mais evidente nas entrevistas. Seguem alguns excertos relativos a cada uma dessas concepções:

Crise como crise do laço social:

Para mim a crise tem vários aspectos. Acho que a primeira e mais óbvia é a crise social. Que a pessoa está sem um lugar para morar ou o suporte que tinha com a família já foi completamente desgastado e aí fica sem ter como voltar para casa e tem todo um trabalho com a família também para poder ver se resgata alguma possibilidade de vinculação de novo... (GL 5)

Crise é uma dificuldade ali nas relações que está patente e precisa ser cuidada como tal. Precisa de um acolhimento, de um espaço mais seguro, um espaço de acolhimento, um espaço de fala, um espaço de descanso, mas precisa ser contornada na relação, nas relações que o sujeito tem. (CG5)

Crise como esgarçamento da rede de suporte:

“Crise é sempre quando essa rede de suporte vai ficar esgarçada e o sujeito entra em sofrimento ou vai se colocar em uma situação de risco...” (GL2)

Mas a crise para mim é essa questão da rede, da rede de relações que ela estabeleceu com o mundo, do que que sustenta ela no mundo e não acho que, necessariamente, é ruim por ser. Não acho que, de fato, a crise é um elemento por si só ruim. (CG4)

Crise como ruptura do laço social:

Eu acho que quando os laços começam a ser rompidos, eu acho que a crise está muito colocada como um momento de ruptura, às vezes um momento de ruptura com a família, um momento de ruptura com o próprio sujeito, com o social; eu acho que quando as respostas que davam conta e passam a já não dar mais conta, e eu acho que na saúde mental são esses múltiplos fatores que estão colocados aí quando uma crise se estabeleça. Em alguns momentos você não, necessariamente, uma crise, mas uma situação crítica. (GL4)

A crise é a impossibilidade de o sujeito estabelecer vínculos, a impossibilidade do sujeito estar no laço, eu acho que a crise também é uma disrupção da relação do sujeito com o mundo, quando se agudiza a relação dele com o outro, com o seu território, com o seu próximo, eu acho que a crise tem muito a ver da impossibilidade do sujeito estar no seu repertório de relações do mundo. (GL 8)

Pensar a crise na relação com algum momento de ruptura, de desajuste muito grande, sociofamiliar, da vida pessoal, alguma questão afetiva também que esteja atravessando. Isso tudo coloca o sujeito numa situação em que recursos que estavam funcionando naquele momento, não estão mais. E tem alguma coisa que desloca, que rompe, que ele não consegue mais estar naquela forma, naquele lugar, nas relações, junto aí com, muitas vezes, com uma sintomatologia protetiva da psicose. (GL10)

Uma situação em que algo na vida daquela pessoa gera algum rompimento muito radical desses laços sociais, afetivos e familiares que vai... dentro do contorno de uma situação que ela conhecia, se localizar. Então, se colocando em risco, colocando outras pessoas em risco, colocando esses mesmos laços em risco; então para mim a palavra crise evoca essa desterritorialização, essa ruptura com o que estava previsto, o que estava em curso e ao mesmo tempo essa noção de risco. (GL7)

Diante da inegável influência direta dos fatores sociais, culturais e políticos no processo de adoecimento mental em todas as suas fases, em especial a crise, a expressão Crise Psicossocial vem ampliar a compreensão desse fenômeno, condensando as dimensões necessárias para que se possa desenvolver uma clínica afim aos princípios da RP. A fala a seguir revela a crise em todas as dimensões em que ela precisa ser tomada.

a crise em saúde mental é uma crise ampla, ela é realmente biopsicossocial. Não dá para entender uma crise em saúde mental somente por questões de psicopatologia, de sintomas. Eu acho que tem uma série de questões que vão desencadear uma crise na saúde mental, muitas delas são, inclusive, sociais. Questões de violência, questões relacionadas à gênero, questões relacionadas à pobreza extrema. A gente está vivenciando aí, por exemplo, uma pandemia que desencadeou uma série de crises em diversas situações, inclusive, várias pessoas. Seja, digamos, uma crise de ansiedade, tem também no serviço, por exemplo, ter perdido sua fonte de subsistência, seja por estar cada vez mais questões de empobrecimento. (GL 12)

Ainda que tenha se constatado por parte de alguns entrevistados conceituações de crise com algumas características que remetem ao cuidado asilar, a grande maioria dos gestores faz referência a aspectos afeitos a uma ideia de cuidado psicossocial. Essa avaliação sugere, de acordo com Ramos, Guimarães e Enders (2011), que talvez ainda haja uma transição paradigmática em curso, em que dimensões epistemológicas se confundem e coexistem.

Parte-se, portanto, da visão de que a concepção mais adequada para crise em saúde mental é a de uma crise que encontra ancoragem em processos socioculturais, de forma que algumas alterações se expressam individualmente no funcionamento psíquico de um dado sujeito, perturbando e modificando o relacionamento deste sujeito com sua rede (CAMPOS, 2014; NUNES, 2012). Nesse sentido, cabe entender que tipo de manejo se opera a partir desse lugar. E é a partir desse ponto que a próxima seção se inicia, considerando não somente as concepções de crise, como também a RAPS como um todo e as especificidades de cada CAPS III.

7.2 MANEJO DA CRISE

A atenção à crise em saúde mental revela-se como um eixo estratégico do cuidado na RAPS, uma vez que a viabilização do seu acolhimento fora dos hospitais psiquiátricos garante a possibilidade dos usuários se manterem, a partir do cuidado territorializado, em seus contextos familiares e sociocomunitários e interromper o circuito crise-hospital psiquiátrico. Com isso, promovendo uma mudança de rota da assistência para os serviços territoriais e para práticas não segregatórias, bem como fortalecendo a política de desinstitucionalização.

Contudo, o manejo da crise ainda se apresenta como desafio para esse modelo substitutivo e, quiçá, o principal problema para as equipes e serviços de saúde mental, sobretudo nos CAPS, cuja demanda de acolhimento e resolução da crise mais e mais tem se colocado (DIMENSTEIN *et al.*, 2012). Isso aponta, portanto, para a necessidade do serviço como um todo estar apto a recebê-la e assisti-la, não apenas em termos de estrutura física, mas também de formação técnica que viabilize o melhor manejo possível para o sujeito que chega ao serviço em crise, sofrendo, pedindo socorro.

O manejo da crise foi abordado neste estudo a partir do nível central e do nível local de gestão. Cada um deles traz especificidades e alcance de suas ações. Além disso, este estudo aconteceu durante a pandemia de Covid-19, fato que trouxe especificidades para os modos de intervenção na crise para os serviços de saúde. Por essas razões, optou-se por subdividir a seção de manejo a partir desses três pontos.

7.2.1 Planejamento para crise - nível central

Conforme já citado anteriormente na tese, no ano de 2015, a superintendência de saúde mental do município fez um Grupo de Trabalho (GT) de Atenção à crise, com caráter de educação permanente, com todos os CAPS – com particular atenção aos CAPS III em função dos leitos de acolhimento noturno – 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 entrevista, 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).

Jardim e Dimenstein (2007) salientam que esse processo de desinstitucionalização ocorre de dentro para fora das instituições, considerando novas formas de cuidado.

Dados como a redução do número de internações psiquiátricas de longa permanência no município do Rio de Janeiro ratificam o sucesso da condução que a coordenação de saúde mental do município deu às crises. Segundo Matos (2019), a partir de dados oriundos do Tabnet municipal/RJ, as internações de longa permanência em psiquiatria reduziram de 9808 em janeiro de 2015 para 4553 em setembro de 2018.

De 2015 para cá muito se avançou e mudou, segundo um entrevistado, no que diz respeito ao planejamento técnico sobre atenção à crise:

é uma discussão que tem que ser contínua...é uma discussão orgânica. As coordenações de RAPS, que são os nossos coordenadores territoriais, discutem no dia a dia as crises porque a gente acompanha as emergências., então vai ver os casos que estão na emergência, falar com os CAPS: olha, mas tem pacientes do seu território, aí vai discutir esse caso e você acaba discutindo atenção à crise, então isso já é orgânico. (GC2)

Conforme já discutido no capítulo anterior, a dimensão das violências é algo extremamente marcante na cidade do Rio de Janeiro e está em interface com a crise em saúde mental. Portanto, o que se apresenta em termos de planejamento técnico “de direção de trabalho o que está na ordem do dia agora, para a próxima gestão, é a gente poder discutir essas interseccionalidades da crise” (GC2).

Para o entrevistado, apesar de não haver um planejamento técnico, estratégico, foi inevitável realizar um planejamento organizacional, de modo a modificar o *modus operandi* da RAPS no município do Rio de Janeiro em relação ao atendimento às crises em saúde mental, por algumas razões. Uma delas era o funcionamento extremamente burocrático, como se pode ver abaixo:

Existia uma assessoria específica para isso...a regulação era feita por telefone, ligava para cá e a Superintendência de Saúde Mental pegava o caso, tipifica o caso e via, ligava para os hospitais para ver onde tinha leito. – Ipub, olha só, eu estou com uma situação assim e assado, você consegue um leito para mim? Enfim, vamos combinar que é absolutamente patético. A gente tinha alguns leitos diretamente vinculados a determinadas portas de entrada. Por exemplo, o Hospital Evandro Freire, ele era o hospital vinculado a Policlínica Rodolpho Rocco, porque ele era os leitos da Zona Norte. O Nise da Silveira e o Evandro Freire. Bom, não importava se o Evandro Freire ficasse com 50% de taxa de ocupação e você tivesse outros serviços com fila de entrada e pessoas precisando de suporte e você não tinha como atender. Por quê? Porque tinha-se uma ideia de que a regionalização se dava também pelos serviços hospitalares. (GC1)

A outra razão extremamente relevante tem a ver com a constatação de que

...nesse momento a atenção à crise era sinônimo de resposta hospitalar. A resposta hospitalar é uma resposta empobrecida e costumamos a aprender que, primeiro: não dava para ter um setor e um planejamento específico de atenção à crise desconectado da atenção psicossocial. Hoje, tudo isso, está nas RAPS. (GC1)

Vale ressaltar que a primeira ação da superintendência para desvincular atenção à crise da ideia de resposta hospitalar e incluí-la na rede foi dividir a RAPS em três grandes blocos territoriais.

Dividimos a cidade em 3 redes. Zona Oeste, Zona Norte e Centro-Sul. Ainda com a Zona Oeste dividindo um pouco. Por quê? Porque o território é muito extenso com algumas áreas de grande concentração populacional como é a AP 4. E a 5.1, 5.2 e 5.3 tem bolsões de muita fragilidade, a gente chama dos aglomerados subnormais, a população, comunidades com IDS muito baixo. Uma rede de saúde ainda com uma série de problemas, ainda muito insuficiente para a necessidade e um tempo de deslocamento enorme entre um ponto e outro da rede. Então a gente dividiu a Zona

Oeste em dois polos e a gente vem trabalhando as redes, tentando pensar a construção das redes, elas assim: elas vão se entrecruzando até porque a gente não tem em nenhum serviço uma restrição de acesso (GC1).

Segundo o gestor entrevistado, outro passo fundamental foi a inclusão da crise em saúde mental na clínica médica nas emergências, acabando assim com as emergências dentro dos hospitais psiquiátricos.

A gente, primeiro, foi acabando com as emergências dentro dos hospitais psiquiátricos, considerando que a crise precisa ser cuidada, entendida em um contexto maior. Não dá para acolher a crise dentro de um hospital psiquiátrico apenas, porque o cara em surto, às vezes, se machuca. Os nossos usuários também chegam em situações, por exemplo, os ADs, chegam aos CAPS de uma maneira muito, já inclusive, descompensado clinicamente, então não dá para você cuidar dessas situações de crise apenas com dispositivos vinculados à psiquiatria. Então a primeira estratégia foi tirar as emergências de dentro dos hospitais psiquiátricos e colocar elas dentro do hospital geral, dos pronto-atendimentos onde tem também a clínica médica (GC3).

Segundo Jardim e Dimenstein (2007), a crise é o acontecimento usado pela psiquiatria para capturar a loucura e colocar os doentes em hospitais. Esse acontecimento, cotejado à noção de risco, conforme já visto nesse capítulo, formam uma cola que une a urgência à psiquiatria.

Ora, o que está em jogo na crise psicossocial é a imprevisibilidade, a ideia de que pessoas em sofrimento, em alguns casos, demandam intervenções rápidas, o que em nada justificaria a permanência desse serviço em um ambiente manicomial. Trata-se, portanto, da atenção urgente à pessoa em crise e que não precisa ser prestada dentro de um hospital psiquiátrico.

Essa decisão da superintendência vai ao encontro com estudos de Barros; Tung; Mari (2010) e Sousa; Silva; Oliveira (2010) que apontam para a inclusão da saúde mental na clínica médica como importante para realizar uma avaliação diagnóstica acurada e a instituição do tratamento adequado para o manejo da condição clínica e psicológica, considerando que as emergências gerais dispõem de recursos diagnósticos apropriados à correta detecção de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico.

A rede de urgência e emergência do município é formada por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por 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.

As Coordenações de Emergência Regional (CER) são um novo modelo de atendimento de urgência e emergência clínica, funcionando 24 horas por dia, absorvendo casos de menor complexidade. Essas unidades realizam o acolhimento e assistência aos pacientes com necessidades de pronto atendimento clínico, referenciando-os, se for o caso, para a rede básica

de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, de acordo com a necessidade (RIO DE JANEIRO, 2022).

No que diz respeito a atenção à crise em saúde mental, os CERs adquirem maior importância, em função da parceria que estabelecem 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.

O município do Rio conta atualmente com sete CERs: Centro, Barra da Tijuca, Leblon, Ilha do Governador e Santa Cruz, Realengo e Campo Grande.

A gente tem planejamento de expandir tanto o atendimento nos CER, nas emergências gerais de atenção à crise para o CER Realengo, se tudo correr bem, para o CER Ilha também. (GC5)

A importância dos CERs para a atenção à crise e sua relação com os CAPS III será melhor abordada no item 7.2.2 desse capítulo.

A gente já tem meio mapeado onde é que precisaria mais, onde é que isso teria mais efeito, mas esse é um planejamento que vai ter que ser repactuado no novo ciclo de gestão (GC2).

As outras ações que estão em curso seguem sendo o desmonte dos hospitais psiquiátricos e a expansão dos CAPS III, além da transformação de todos os CAPS de modalidade II em CAPS III, conforme apontado nos capítulos anteriores. Ao final do campo desta pesquisa, o município do Rio de Janeiro já havia conseguido mais um CAPS III, avançando em seu projeto.

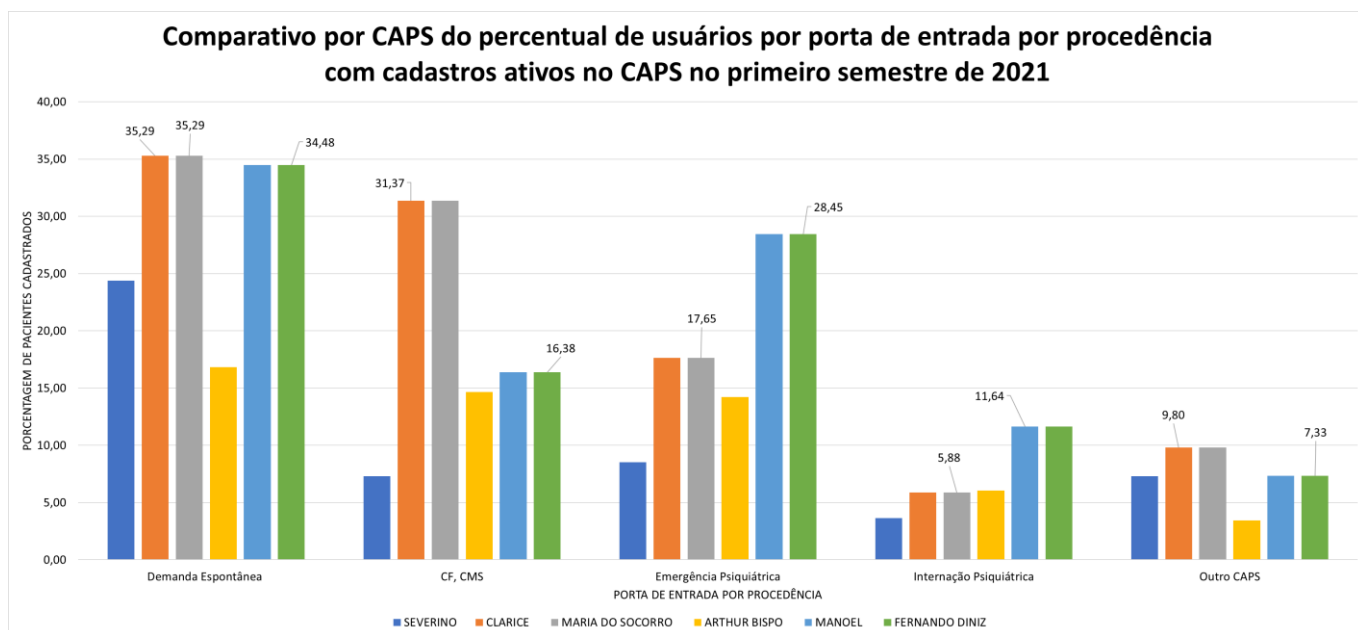
7.2.2 Ponto de chegada da crise

As entrevistas com os gestores de saúde mental revelaram que a crise em saúde mental pode chegar ao sistema de saúde no município do Rio de Janeiro por alguns pontos, a saber, a AP, as emergências psiquiátricas, os CERs e pelos próprios CAPS III.

O gráfico 5 mostra a procedência dos usuários ativos nos CAPS no primeiro semestre de 2021.

Mesmo que não apresente dados específicos sobre pacientes em crise, esse gráfico apresenta a porta de entrada da saúde mental do município do Rio de Janeiro e revela que as emergências psiquiátricas ainda são muito acionadas pela população.

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes cadastrados nos CAPS III do Rio de Janeiro, por porta de entrada por procedência, primeiro semestre 2021¹⁷.



Fonte: *Accountability*, 2021.

Em entrevista gestor afirma:

Eu estava olhando os dados, inclusive, do *accountability*, da prestação de contas do ano passado, dos CAPS, da área da Zona Oeste, a gente teve em alguns CAPS, 62% das primeiras vezes chegando dos hospitais. Pessoas que nunca acionaram o serviço de referência de saúde mental. Elas entram na rede de saúde mental ainda pelos hospitais. A porta de entrada... ainda são as emergências e isso amentou muito esse ano. (GC2)

Para o entrevistado as pessoas procuram muito pelas emergências porque:

...as emergências são muito acionadas porque têm uma compreensão mesmo do senso comum de que a crise, essa crise de agitação psicomotora mesmo é uma crise que precisa do hospital, que precisa mandar para o hospital. Então, a RAPS começa a acionar a pessoa em sofrimento a partir de uma situação de crise e no hospital. A população geral sabe pouco dos CAPS, inclusive, da existência dos CAPS. (GC3)

Para outro entrevistado:

Por que a lógica médica e psicológica também, era muito comum você ouvir: não, esse não é um paciente para CAPS. Esse não é um paciente para clínica. Esse é um paciente para hospital. Eu não sei o que é isso. Eu acho que qualquer situação que precise de um suporte hospitalar pode ser manejada em um CAPS. Depende, depende

¹⁷ Os CAPS III Franco Basaglia, João Ferreira da Silva Filho e Maria do Socorro não aparecem no gráfico pelos mesmos motivos já ditos nos gráficos anteriores.

se o CAPS tiver uma estrutura com gente treinada, com alguns equipamentos para suporte, alguma estrutura para acompanhamento, conheça os fluxos, saiba pedir vaga 0, quando for o caso, tiver, efetivamente, articulado com a rede. Muitas vezes a resposta de convivência diferenciada de tirar o sujeito de um conflito familiar local, comunitário que ele está e ele ter um convívio mais qualificado com pessoas que estão em outro lugar com ajuda na reconstrução de uma certa organização interna que dá continência. E essa continência não passa, necessariamente, pela administração de haloperidol. (GC1)

Uma terceira hipótese levantada por outro entrevistado é de que

...a gente perdeu muitos agentes comunitários de saúde que mapeavam isso (crise) de uma forma importante... sinalizavam isso com uma certa precocidade. E com a perda desses profissionais que são tão importantes no cuidado territorial, a gente acaba tendo muita gente chegando pelo hospital, pelas emergências. Então, claro que tem uma parcela que a gente já acompanha nos CAPS que chega às emergências. Que chega, sobretudo, no momento em que os CAPS não estão funcionando no final de semana. Isso acontece. Quando os CAPS II não estão funcionando. Então chega muita gente no final de semana. Mas chega muita gente que sequer teve contato com o CAPS. Que o CAPS passa a ter contato a partir disso (GC5).

Chama atenção no gráfico 5 os números significativamente maiores aos demais serviços dos CAPS III Manoel de Barros e Fernando Diniz, quanto aos dados referentes a internação como porta de entrada. De acordo com gestor entrevistado, o CAPS III Fernando Diniz é um serviço que se encontra isolado, geograficamente, de outros CAPS, contando basicamente com a atenção primária para parceria no manejo à crise. Essa talvez seja uma interpretação possível para os dados referentes ao uso maior da emergência e internação psiquiátrica como porta de entrada na rede.

Já o CAPS III Manoel de Barros, segundo entrevistados, funciona de maneira bastante articulada com outros CAPS e com a emergência. Por isso, causa estranheza ao pesquisador esse serviço manter números altos de porta de entrada via internação psiquiátrica. Haveria alguma relação com a proximidade geográfica do hospital Jurandir Manfredini, muito conhecido pela população por ter sido durante muitos anos uma emergência psiquiátrica ativa na rede? Contudo, os dados de outro serviço, a saber, o CAPS III Arthur Bispo do Rosário, muito próximo tanto ao CAPS Manoel de Barros quanto do Manfredini, e muito mais antigo na rede, apresenta números de internação e de emergência de porta de entrada muito menores ao Manoel de Barros, o que contrariaria a hipótese levanta pelo pesquisador. Permanece a questão para ser investigada em pesquisas ulteriores.

De fato, a sociedade precisa avançar muito em relação ao lugar concedido à loucura e como lidar com ela, entendendo que é possível dar ao paciente com transtorno mental um lugar de cidadão. De fato, o CAPS III precisa estar equipado e apto, do ponto de vista da equipe técnica, a receber pacientes em crise e poder reconhecer e encaminhar inclusive questões

clínicas. E sim, o município sofreu severamente com a redução expressiva no número de ACS desde a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017 (FERNANDES; ORTEGA, 2020), em que a mesma prevê menos profissionais dessa categoria por equipe, possibilitando aos gestores municipais diminuir postos de trabalho para cortar custos. De acordo com O'Dwyer *et al.* (2019), de 2017 para 2018 a quantidade de ACS, que já vinham sofrendo uma redução desde de 2016, foi reduzida em 10,4% (6.642 para 5.935).

É possível que essas hipóteses dos entrevistados não sejam excludentes, mas venham a se somar construindo um emaranhado de argumentos que formam um terreno fértil para respostas hospitalares, ou manicomiais.

Afora isso, autores do campo da saúde mental (ROTELLI *et al.*, 2001; RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011; MUNIZ; NOGUEIRA; GULJOR, 2014) apontam que o processo de desinstitucionalização eventualmente apresentou um efeito indesejável, que a literatura internacional nomeou como *revolving door*, ou porta giratória. “Esse fenômeno é caracterizado pela reospitalizações frequentes dos portadores de transtornos mentais, obedecendo a um ciclo recidivo de internação/alta/internação” (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011, p. 520).

Segundo Muniz, Nogueira e Guljor (2014), a redução no tempo de duração das internações psiquiátricas provocou uma busca por reinternações, sobretudo porque os serviços criados para substituir os recursos manicomiais eram, e ainda são, insuficientes para acolher essa clientela que demanda um cuidado continuado.

Ainda que as entrevistas não façam menção às internações psiquiátricas, as emergências representam a via de acesso a elas e isso pode ser verificado nos dados apresentados no Gráfico 5. Segundo dados dos *accountabilities* há CAPS III que tem até 28,45% dos seus usuários cadastrados advindos de emergências psiquiátricas e 11,64% oriundos de internações psiquiátricas. Por mais que esses números representem um recorte temporal (primeiro semestre de 2021) e expressem dados distintos de cada CAPS III, parecem ser significativos de que esses recursos ainda são buscados pelos usuários. Mas seriam esses números expressão de porta giratória? E mais, o que estaria realizando o deslocamento dos usuários aos CAPS?

O CAPS III é o ponto de chegada para aqueles que já são usuários do serviço, mas nem sempre e nem em qualquer situação, uma vez que variáveis como vínculo com serviço/equipe, estado psíquico do sujeito, rede de apoio, disponibilidade de leito de acolhimento no serviço, dentre outros, interferem nesse processo que vai da constatação da crise ao acolhimento em um serviço de saúde.

Quando o usuário já é vinculado ao CAPS, de um modo geral, ele já procura a gente. Porque a gente já foi construindo isso. Que a gente é um serviço que funciona 24h, que se deu ruim, procura a gente. Então esse fluxo já está mais ou menos estabelecido. (GL3)

Segundo o entrevistado, há a possibilidade de acolhimento noturno, ainda que seja após as 17 horas (horário em que a equipe toda se encontra na unidade), para paciente que não seja usuário do serviço.

Não é necessariamente, só o paciente do CAPS que vai para o acolhimento noturno. Outros pacientes também vão vir para o CAPS para o leito do acolhimento... o usuário chega lá no CAPS pedindo atendimento pela primeira vez e ele estiver em crise com demanda de acolhimento noturno, a gente vai manter no acolhimento noturno. E esse fluxo é 24h, o tempo inteiro (GL3).

Contudo, há uma série de controvérsias acerca dessa afirmativa. Variáveis externas ao sujeito e ao funcionamento da própria da RAPS interferem no acolhimento à crise em saúde mental. Elas estão relacionadas às especificidades de cada um dos CAPS conforme descrito no capítulo anterior, além do estado psíquico e clínico atual do paciente e composição da equipe plantonista, que, via de regra, conta com enfermagem no período noturno.

Procedimentos para acolhimento de primeira vez e trabalho em rede são relatados pelos entrevistados.

A gente não tem vaga, é acolhimento de primeira vez, a gente tenta os CAPS III primeiro. A gente tenta suporte de CAPS III, se a gente não tiver o suporte de CAPS III, aí a gente precisa regular uma ambulância e vai para o Pinel. Ai quando a gente libera leito do CAPS, a gente traz a pessoa de volta, mas a gente está desde junho fazendo acolhimento de primeira vez, eu acho que a última vez que a gente regulou uma ambulância para pedir internação no Pinel foi em junho, antes do acolhimento (GL2).

Quando não tem (vaga), é raro, porque a gente tenta fazer um funcionamento muito dinâmico, entendendo que o cuidado tem que ser no território. Ninguém precisa ficar restrito dentro de uma unidade para ser cuidado dentro da crise. Mas, por exemplo, nosso usuário deu entrada no CER Barra e a gente não tem vaga nenhuma. Eu vou ligar para o CAPS Bispo, eu vou ligar para o CAPS Mussum que são os outros dois serviços que tem no território que são CAPS III para ver se eles têm vaga e podem acolher o nosso usuário até que a gente consiga puxar ele para o nosso leito de acolhimento. E aí, geralmente, quando a gente faz isso, vou dar um exemplo: bateu no CER Barra, a gente não tem vaga. Fiz contato com o Mussum, o Mussum tem vaga. Ele fica acolhido, durante o dia eu levo ele para o Manoel de Barros, ele passa o dia com a gente e a noite ele vai para o Mussum para poder dormir lá. Para fazer o pernoite (GL13).

Pode-se perceber que há dois fluxos de acolhimento distintos, os quais instituem dois regimes de cuidado. Dito de outra forma, ser usuário do CAPS III e estar em uma relação de cuidado com os profissionais do serviço acaba por determinar um certo caminho dentro da

RAPS, que não necessariamente passa pelo atendimento da emergência. Mas, ainda que passe por algum contato com CER ou emergência psiquiátrica, o fato de haver uma relação com profissionais dos serviços territoriais facilita e agiliza o acesso ao CAPS.

Por outro lado, não ser usuário já reconhecido pelos CAPS III implica possibilidades maiores de ser atendido no dispositivo hospitalar, uma vez que não tendo uma relação com os técnicos dos serviços reduz a chance de acolhimento mais rápido nos serviços territoriais.

Evidencia-se nesse ponto a dimensão do cuidado e das benesses oriundas dessas relações que se estabelecem entre usuário e profissional de saúde, em uma clínica que se propõe ampliada.

Pode ter um médico no serviço, mas, por exemplo, se a pessoa chega num estado, porque tem uma delicadeza no acolhimento noturno, principalmente, para quem ainda não tem um vínculo com o serviço, que é: o usuário precisa topar ficar porque senão é muito difícil de sustentar. Senão o usuário pode se colocar em risco, sabe. Não funciona bem. Tem que ser alguma coisa que a gente consiga ali, seja através do vínculo, seja através de uma palavra muito firme, bancar com ele que aquilo ali é um lugar de cuidado e ele precisa ficar. Então se é uma pessoa completamente estranha ao serviço, que já não está num momento bom, isso vai ficar mais difícil. E outra, ainda tem esse agravante assim (GL5).

Emergente no final dos anos 1990 com as contribuições de Gastão Campos – amparado nas contribuições de Franco Basaglia –, a perspectiva da clínica ampliada procura problematizar a clínica como sinônimo de medicalização, com vistas a um posicionamento terapêutico centrado na defesa da vida e com a produção da saúde e da cidadania. Trata-se, em última instância, de uma proposta de reinvenção da clínica no cotidiano, no sentido de que não basta olhar apenas para a doença (CAMPOS, 2000, 2002). Nesse sentido, faz-se necessário considerar os problemas de saúde, situações da vida dos sujeitos que trazem vulnerabilidade para as pessoas.

Para Oliveira e Szapiro (2020) a clínica ampliada preconiza uma clínica singular, na qual cada caso é um caso, enquanto dialoga e incorpora criticamente outros saberes e diretrizes, perpassando, assim, questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização.

Nesta clínica o uso de tecnologias leves dá suporte para o estabelecimento do acolhimento e vínculo, que se processa em momentos de relação entre trabalhadores e usuários através da escuta e a responsabilização, articulados com a construção de projetos de intervenção que sejam compromissados com as necessidades de saúde dos usuários (BONFADA *et al.*, 2012).

Essa perspectiva apela para um trabalho de natureza interdisciplinar, portanto, coletivo e com trabalhadores coletivos “que desenvolvem processos cooperativos que não são

meramente a soma dos processos de trabalho e habilidades dos conjuntos dos membros da equipe multiprofissional” (BONFADA *et al.*, 2012, p. 16).

Campos e Amaral (2007) vão dizer que a ampliação mais importante é justamente a compreensão de que os problemas de saúde não ocorrem no vácuo; eles estão encarnados em sujeitos e as intervenções se baseiam na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente.

Trata-se, portanto, de tomar o sujeito não como mero objeto, mas o sujeito em sua dimensão intersubjetiva. Para Ayres (2001), quando os dois sujeitos se encontram, o profissional e o usuário demandam-se muito mais do que a manipulação de objetos.

Por isso, cuidar, no sentido de um tratar que seja, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa da saúde pública...Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente...A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude cuidadora precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (AYRES, 2001, p. 71)

Portanto, é justamente a qualidade do acolhimento que os usuários recebem nos serviços o que favorece a vinculação e impacta as andanças dos usuários pela RAPS, seja pelo lado do técnico que faz os encaminhamentos, seja pelo lado do paciente que demanda atendimento nos serviços, tal como apontado nos excertos acima. 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 ver observado a seguir.

Ainda que o paciente do CAPS não chegue ao serviço, a equipe se responsabiliza pelo acompanhamento do mesmo dentro da 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 a noite, ou que a família tem alguma dificuldade de levar, aí aciona o SAMU. O que acontece, às vezes, a família fala: olha, está muito difícil. Às vezes, a gente diz: chama o SAMU, quando o SAMU sair daí você avisa e a gente já faz contato com o CER Barra: olha, fulano está chegando aí, é usuário nosso. Se a gente tiver vaga no acolhimento, a gente fala: a gente tem vaga no acolhimento, faz uma avaliação como ele aí, e já pode transferir para gente. (GL3)

Uma alternativa encontrada para evitar internação, realizando acolhimento até que o usuário possa ser recebido no CAPS III é a utilização das Unidades de Acolhimento (UA).

As Unidades de Acolhimento são equipamentos da rede socioassistencial que buscam assegurar a proteção integral a indivíduos ou famílias que se encontrem em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos e que estejam afastados temporariamente de seu núcleo familiar ou comunitário de origem (BRASIL, 2022), funcionando como moradia

provisória até que a pessoa acolhida possa retornar à família de origem ou, quando for o caso, encaminhada para família substituta ou, ainda, até que tenha condições de se manter por conta própria.

A seguir, um entrevistado conta como funciona a relação dos CAPS com as UAs.

A gente tem lançado mão da unidade de acolhimento que, inicialmente é vinculada aos CAPS AD, muito para usuários dos CAPS II, CAPS III que muitas vezes não conseguem se organizar para bancar certas pactuações de: ah, vamos então amanhã se encontrar para a gente ir na clínica da família e fazer aquele exame ou as famílias estão exaustas de uma demanda difícil ali... Não, deixa ele, vamos ficar um pouco aqui. Às vezes, a relação está muito invasiva com a família, o próprio usuário sinaliza isso para a gente. Ah, fica um pouquinho aqui então. Para não esgarçar esse vínculo e a gente chegar no limite em que é impossível negociar mais uma permanência em casa (GC5).

Outro entrevistado aponta para a importância desse recurso para evitar a internação, sobretudo em casos que demandam um tempo de acolhimento maior.

Agora, a gente também acolhe muito nos CAPS. É fato que os CAPS III estão sempre lotados... Mas ainda é grande o número de usuários acessando a emergência e os que acabam sendo transferidos para a internação por vários motivos: por falta de interlocução com a rede, e aí os CAPS, às vezes, demoram nessa articulação e o cara não pode ficar tanto tempo em observação numa emergência. Então ele precisa, de fato, de uma observação maior, de um acolhimento com uma equipe maior e acaba indo para uma internação porque os CAPS não articularam esse recurso no território, não articularam isso com a família (GC3).

O trabalho em rede, segundo entrevistado, acontece:

A gente tem ali uma UPA do lado. Eventualmente, para os usuários que estão acolhidos que a gente tem alguma desconfiança de um quadro clínico, de alguma descompensação, a gente aciona eles e tal, eles dão suporte, mas a função da emergência nesse sentido é importante (GL7)

De todo modo, os entrevistados apontam a interface com a atenção primária, sobretudo com os agentes comunitários, como fundamental para o reconhecimento e intervenção precoce da crise no território, inclusive de pessoas que nunca estiveram em um serviço de saúde mental.

Um fator muito potente para identificação dessas crises no território, são os Agentes Comunitários de Saúde. As equipes de Saúde da Família que estão bastante no território junto conosco, mas eles estão bastante assim no território. Conhecem muito bem os usuários e acabam identificando crises ali no território e a gente é muito acionado pelas clínicas da família para poder estar junto nesse acolhimento (GL4).

...na semana passada teve uma usuária que não estava bem, ela chega à clínica da família e aí a clínica da família nos remete, pede para vir aqui (GL12).

Clínica da família é a porta de entrada muitas vezes. Os casos mais, os casos leves, por exemplo, chamados de casos leves. São os casos de um humor mais deprimido, os casos mais de isolamento social, são os casos que vão chegando a partir da clínica da família. Então assim, a clínica da família muitas vezes aciona o CAPS pelo dispositivo do matriciamento que é o trabalho que a gente faz nas unidades de atenção básica que a gente vai fazendo os atendimentos àqueles usuários (GL14).

Para outro entrevistado, é justamente essa interface com a clínica da família que viabiliza o cuidado territorial, prescindindo inclusive do leito de acolhimento dos CAPSIII.

Muitas vezes, a gente consegue manejar a crise nas casas dos usuários e a clínica da família consegue dar continuidade nesse cuidado. Muitas vezes, as clínicas conseguem uma potência muito grande, a atenção básica tem uma potência muito grande nesses trabalhos de visitas domiciliares e acaba que usuários que precisam de um apoio e de uma atenção mais atenta e a gente enquanto CAPS não vai conseguir estar ali diariamente, a gente consegue articular, por exemplo, com o Agente Comunitário de Saúde que vai lá, diariamente, verificar como está a situação e trazer para a gente como é que foi aquela visita. (GL2)

Por vezes, já chegam usuários que vão, diretamente, para a clínica da família que acionam a gente pelo telefone e a gente pode acionar o médico do CAPS para poder fazer uma espécie de matriciamento via telefone para medicar e amenizar a crise daquele usuário na clínica da família. Isso tudo também é possível de fazer, até porque nem todas as clínicas da família que são vinculadas à unidade, ao nosso território são próximas ao CAPS, então elas exigem um certo deslocamento para que a gente possa estar lá e a gente não vai conseguir estar lá de uma maneira rápida (GL2).

Alguns dos entrevistados também destacam a importância da articulação com outros serviços territoriais, além da articulação com lideranças e associações de moradores.

Eu acho que as articulações com as lideranças das áreas, as associações de moradores e os moradores da própria comunidade que conhecem os usuários e percebem, muitas das vezes, que alguns usuários não estão bem e vão até o CAPS e falam: olha, encontrei a fulana de tal lá na Nova Brasília e ela está pelada e batendo em todo mundo. Já teve situação, por exemplo, da gente no CAPS, um usuário ser agredido a noite e ter equipe no CAPS que saiu do CAPS para poder buscar esse usuário na comunidade, trazer para ser cuidado na UPA e depois vir para o acolhimento, sabe. Já teve essas situações (GL1)

Eu fico impressionado que em cada atendimento que se faz e matriciamento, a gente vai encontrando usuários graves que nunca chegaram no CAPS e que a gente nunca soube da existência daquele usuário. Já teve usuários psicóticos gravíssimos que nunca chegaram no CAPS, que viveram aí 40 anos, 50 anos da vida e que chegaram no CAPS, recentemente, por exemplo, e com sintomas graves (GL5)

Via de regra, as pessoas em crise que não são usuárias do serviço e que entram em crise procuram pelas emergências – sejam psiquiátricas, sejam CERs –, como pode ser constatado nos seguintes recortes:

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. Então se tem um chamado de SAMU, geralmente, é o CER Barra, que é o lugar que vai receber essas pessoas. (GL3), chega muito na emergência, chega muito nos atendimentos de primeira vez... (GL2).

Quando eles não recorrem ao CAPS, a maioria das vezes, é uma situação de desorganização psíquica bem grave em que ele não está dando conta e que a família vai recorrer ao SAMU... E aí o SAMU leva para a emergência, para o CER Barra. E aí, a gente tendo leito, já libera e vai no mesmo dia (GL13)

Muitos casos têm chegado nas emergências psiquiátricas, principalmente casos de tentativas de suicídio, casos de primeira vez que o CAPS não tem conhecimento, aí esses casos têm chegado com maior frequência nas emergências. Mas aí a gente consegue identificar isso de uma maneira mais rápida, então a gente tem uma articulação diária com o Pinel, por exemplo, que é a nossa referência de emergência psiquiátrica para que aquele usuário possa ir o mais rápido possível para o leito de acolhimento noturno no CAPS.

Normalmente a emergência. Normalmente, depende assim, se a coisa está muito grave, a família chama o SAMU que é o bombeiro. Mas a gente cobre uma área aqui que o bombeiro não entra. A gente cobre áreas da cidade que não adianta chamar o SAMU, não adianta chamar o bombeiro que eles não vão entrar. Então, normalmente essas pessoas vão pedir ajuda na clínica de saúde da família ou a Associação de Moradores. Aí acaba de alguma maneira chegando na gente. Se aciona a Associação, a Associação aciona a clínica ou nos aciona e aí a gente consegue saber como é que chegaram (GL1).

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

Geralmente, a gente orienta que a pessoa passe por uma primeira avaliação na emergência. Até porque existe esse temor de descaracterizar o próprio serviço CAPS, do CAPS virar uma emergência. Isso é um, meio que um certo fantasma que ronda. O que específica o trabalho de um CAPS? Porque um CAPS é diferente de um serviço, por exemplo, de emergência? Então eu acho que não são respostas prontas, não são perguntas que a gente já tenha resposta pronta, mas a gente tenta manter essas perguntas vivas para ir construindo uma cara do serviço, porque é uma coisa muito dinâmica (GL7)

A gente não tem no CAPS, um recurso, por exemplo, de investigação clínica e a gente sabe que muitas vezes o quadro confusional que, em princípio, pode ser tomado como uma crise psiquiátrica, às vezes, tem um fundo clínico. Então, tem uma função também nessa passagem pela emergência que é a da pessoa poder fazer um hemograma, poder fazer um exame de urina, fazer os exames laboratoriais, poder descartar, fazer um diagnóstico diferencial e descartar alguma causa orgânica e aí sim, entendendo que é alguma coisa, de fato, de um transtorno mental que vai precisar de um acolhimento à crise específica naquele momento, o CAPS poder entrar. É um receio nosso assim, às vezes, a gente tentar entrar em tudo e bagunçar o coreto porque a gente não tem, não é para ter mesmo tantos recursos senão a gente reproduz a mesma lógica de hospital... (GL7)

Oras, uma coisa é a demanda por avaliação clínica, que o CAPS ainda que seja na modalidade III não está preparado para realizar exames e realizar intervenções clínicas. Outra coisa é essa preocupação de descaracterizar o CAPS a ponto de transformá-lo em emergência. Em tese esses serviços deveriam estar aptos a acolher a crise 24 horas, portanto, se há demanda ele precisa atender o usuário, ainda que esse acolhimento seja para realizar um encaminhamento para a uma unidade habilitada que assegura o atendimento médico.

Evidentemente que os CAPS III não irão ter estrutura hospitalar, mesmo porque não são serviços que se pretendam a dirimir as questões clínicas dos sujeitos que ali chegam. Parece que essa é uma das grandes importâncias da inclusão da saúde mental nos CERs, fato que traz segurança para as equipes dos CAPS receber usuários que passaram por uma avaliação clínica.

De qualquer forma, os CERs acabam sendo um serviço de emergência inserido em uma rede de outros serviços da RAPS, cumprindo a função de ser referência no atendimento diferenciado à crise, colocando-se à frente da estrutura hospitalar tradicional e das emergências psiquiátricas, se mostrando essencial para a assistência à crise no Rio de Janeiro.

Os CAPS III deveriam ser serviço de portas abertas 24 horas, sete dias por semana, e aptos a acolher a crise, conforme descrito por documentos oficiais. Contudo, isso não se aplica a todos os serviços do município do Rio de Janeiro.

Como já dito na seção anterior, o CAPS III Franco Basaglia não consegue desempenhar seu mandato integralmente, em primeiro lugar, porque nem sempre as pessoas conseguem acessar o serviço, visto que os portões do campus da Praia Vermelha se fecham às 22h, o que inviabiliza a chegada ao CAPS após esse horário. Esse fato agrava-se pela proximidade do serviço com uma grande e antiga instituição hospitalar, ainda que reformada, muito conhecida pelos residentes do município, o Instituto Municipal Philippe Pinel, que integra a principal emergência psiquiátrica do Rio de Janeiro e que mantém o maior número de leitos para internação psiquiátrica.

Outros serviços como os CAPS III Bispo do Rosário e Manoel de Barros encontram-se localizados dentro de parque manicomial e com difícil acesso por transporte público à noite e aos finais de semana, de forma que mesmo os seus usuários cadastrados e em tratamento, quando em situação de crise, apresentam dificuldades de acessar o serviço.

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 permite que internações muitas vezes não ocorram e os pacientes sejam encaminhados para os CAPSIII 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 Pínel, o Pínel já: gente, fulano, fulano apareceu na emergência, está aqui com a gente e blá, blá, blá (GL9),

A gente tem uma comunicação contínua com a emergência do Rocco. Então, é um grupo da RAPS da 3.2. Uma vez que a pessoa esteja no Rocco, a gente sabe imediatamente, e sabendo imediatamente, a gente tem que se posicionar enquanto CAPS. Avaliar se a pessoa vem para o acolhimento noturno, avaliar se a gente aposta em outro recurso de saída, avaliar se é uma internação em leito clínico porque, às vezes, tem questões clínicas que justificam isso. (GL9)

Tem esse grupo que eu falei com as emergências que tem toda a atenção primária, que tem todos os CAPS e a emergência. Tem os hospitais também, tanto o Manfredini como o próprio Lourenço Jorge. E o Manfredini faz sempre contato com as direções de CAPS para informar os pacientes que estão. Então toda semana, toda segunda-feira a gente recebe uma lista dos pacientes que estão internados no Manfredini. Então dali a gente vai vendo quem é da nossa área para conhecer o caso e se apropriar. Mas ao longo da semana, outras pessoas vão entrando também e aí a gente também vai sendo comunicado. Olha, chegou fulano aqui, é da área de vocês. Nunca teve tratamento em CAPS. Aí a gente vai lá, conhece, avalia o caso e puxa para o acolhimento. (GL10)

Aqui na área, na 4.0, a gente tem um grupo com as emergências. Com a emergência nossa aqui que é a CER Barra, da nossa área, então, diariamente, eles colocam para a gente todos os pacientes que estão lá com indicação de internação ou acolhimento. (GL3)

De Certeau dedica-se a explorar esquemas de ação e modos de operação em uma dada cultura, observa que subjaz à dominação todo um conjunto de práticas que escapam à docilidade e a uma sobredeterminação estratégica, convidando o leitor a se aproximar de todo um conjunto de “maneiras de caça não autorizada” (DE CERTEAU, 1998, p. 38) que compõem o cotidiano. A partir daí ele vai propor uma diferenciação entre táticas e estratégias.

As táticas têm a ver com um lugar de querer e de poder específico que lhe permita um domínio do tempo a partir da fundação de um lugar autônomo (ibid., p.99) – no sentido de que não pode servir de base a uma gestão de relações com uma exterioridade, de forma que o outro não se distingue como uma totalidade. A tática dá-se sempre no encontro com o outro: pressupõe uma abertura a um terreno dado previamente, a um “encontro com o inimigo” que se faz a cada ato. A tática supõe uma abertura à novidade, já que não preserva ganhos e expande seus domínios, tal como é possível às estratégias.

Estas, por sua vez, conseguem circunscrever um lugar “próprio” que lhe permite assegurar seus domínios e impor-se exteriormente, como as empresas, escolas, o exército, políticas públicas, a mídia e toda uma série de instituições detentoras de formas de manutenção e controle social. A estratégia expõe-se como estabelecida e dada, enquanto a tática se impõe enquanto ação às representações pretensamente globais. Nesse sentido,

as táticas apresentam continuidades e permanências. Em nossas sociedades, elas se multiplicam com o esfarelamento das estabilidades locais como se, não estando mais fixadas por uma comunidade circunscrita, saíssem de órbita e se tornassem errantes, e assimilassem os consumidores a imigrantes em um sistema demasiadamente vasto para ser o deles e com as malhas demasiadamente apertadas para que pudessem escapar-lhe. Mas introduzem um movimento browniano neste sistema. Essas táticas manifestam igualmente a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e dos prazeres cotidianos que articula, ao passo que as estratégias escondem sob cálculos objetivos a sua relação com o poder que os sustenta, guardado pelo lugar próprio ou pela instituição. (Ibid., p. 47)

A diferença entre táticas e estratégias reside principalmente na sua relação com os tipos de operação que se pode pôr em curso no espaço. Se as estratégias impõem e produzem operações, as estratégias manipulam-nas e alteram-nas por meio do uso (ibid., p. 92). Nesse sentido pode-se dizer que os grupos de Whatsapp® representam aquilo nomeado por De Certeau como tática, à medida que é justamente pela existência dele que a estratégia de atenção à crise se mantém e de maneira tão eficiente no sentido de conduzir a assistência para os CAPS III.

Contudo, 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).

Então, a gente tem, toda semana a gente vai ao Pinel, se tiver alguém nosso no Pinel. A gente vai lá ou a gente liga para saber se tem alguém na emergência que seja nosso, e quando tem e a gente não tem vaga, a gente vai ao Pinel discutir o caso com a equipe do Pinel, entender qual é esse caso, o que que aconteceu? Chamar a família no CAPS. A grande maioria desse ano foi por primeira vez, primeira crise. Jovens. Muito jovens (GL10).

Os movimentos de articulações entre CAPS III, CERs e emergências psiquiátricas que foram evidenciados configuram-se como polos de potência e resistência para efetivação da RAPS.

A esse respeito, Sampaio e Bispo Júnior (2021) entendem que a desorganização das portas de entradas e a ausência de portas de saída e de fluxos de encaminhamentos definidos e reconhecidos contribuem para a fragilidade dos processos de descentralização e de conexão entre os pontos de atenção. Logo, na RAPS do município do Rio de Janeiro o acolhimento à crise ocorre pelas mesmas vias que sustentam as dificuldades dela, pois, se por um lado, demonstram integração da rede e êxito no redirecionamento do usuário em crise para serviços territoriais, por outro lado, põe em evidência a fragilidade do CAPS III acolher a crise, 24 horas

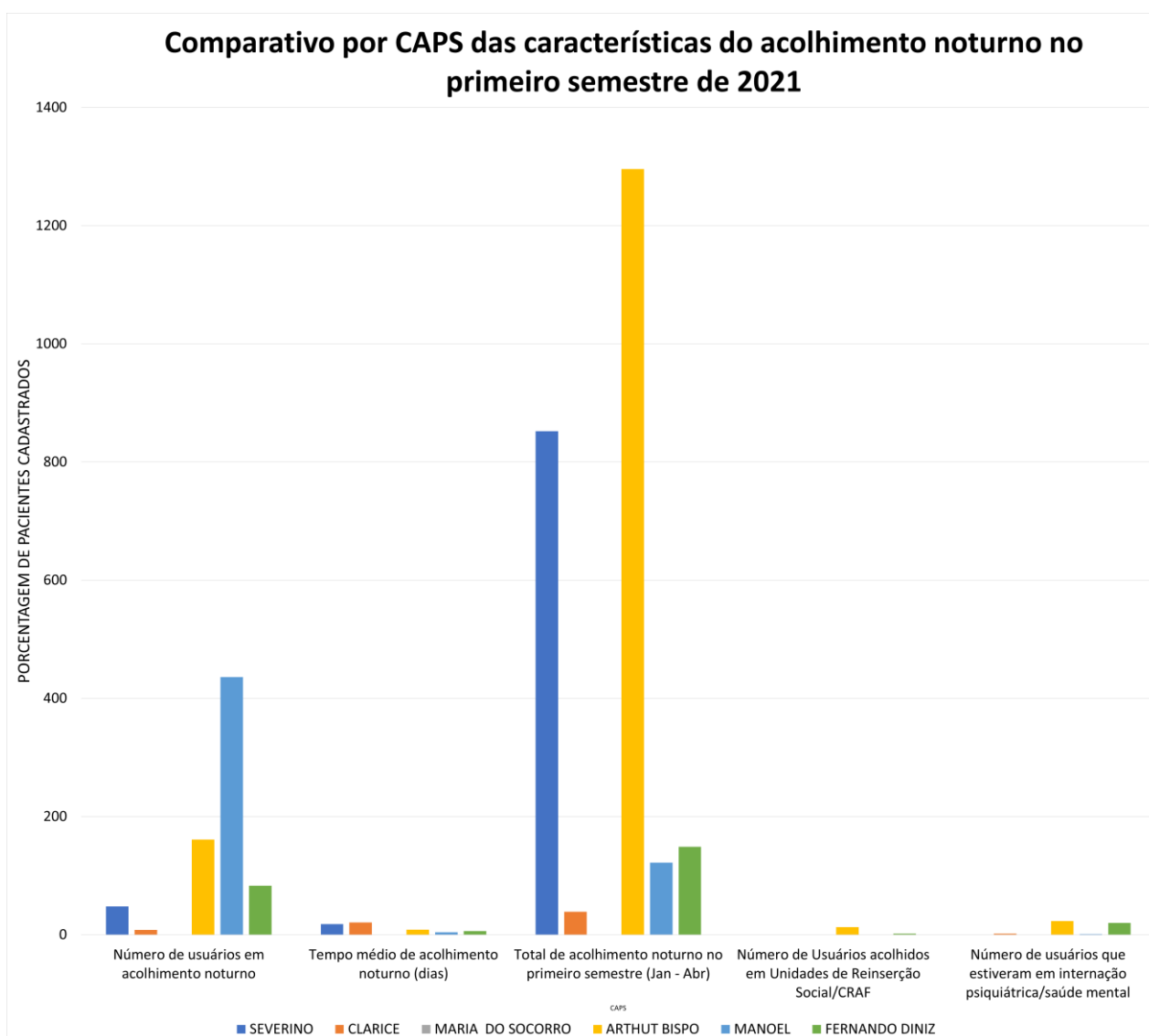
nos sete dias da semana, deixando-o cada vez mais distante daquilo que ele deveria de fato fazer.

7.2.3 Procedimentos em caso de crise nos CAPS

Conforme já abordado anteriormente, os leitos de acolhimento representam o grande diferencial na assistência dos CAPS III, uma vez que são uma, mas não a única, possibilidade de evitar a internação em ambiente manicomial.

As informações acessadas pelos *accountabilities* dos serviços serviram de base para a elaboração do gráfico abaixo, que compara as principais informações sobre os acolhimentos noturnos. Lembrando ao leitor que nem todos os serviços dispuseram dessas informações, e por isso pode não estar representado no gráfico a seguir.

Gráfico 6¹⁸ - Distribuição e caracterização dos acolhimentos noturnos nos CAPS III do Rio de Janeiro, no primeiro semestre 2021.



Fonte: *Accountabilities*, 2021.

Dois dados saltam aos olhos no gráfico acima: o total de acolhimentos noturnos e o número de usuários em acolhimento noturno.

A partir do gráfico 6, pode-se ver que o serviço que mais realizou acolhimento noturno foi o CAPS III Arthur Bispo do Rosário. Esses dados estão em uma relação diametralmente oposta com os números do mesmo serviço de usuários em acolhimento. Pode-se verificar que

¹⁸ Assim como nos outros gráficos feitos a partir dos *accountabilities*, alguns CAPS III não estão representados em função da impossibilidade de extração dos dados ou mesmo pela inexistência dele.

outro serviço da mesma RAPS zona oeste, o CAPS III Manoel de Barros, que apresenta um número não muito expressivo de acolhimento noturno, tem um quantitativo significativo de usuários em acolhimento.

Conforme dito em seção anterior, os CAPS III situados na zona oeste, mais especificamente Manoel de Barros e Bispo do Rosário, mantêm entre si uma relação de parceria bastante estreita, partilhando casos de usuários e leitos de acolhimento quando necessário. Os dados acima podem justamente ser expressão desse bom trabalho em rede, à medida que parece haver algum escoamento desses atendimentos do CAPS Bispo para o CAPS Manoel de Barros.

Em contrapartida, os dados dos CAPS III Severino dos Santos e Clarice Lispector, ambos da RAPS zona norte e que apresentam características de proximidade entre si, tal qual os CAPS supracitados, apresentam dados bastante distintos. Nesse sentido, O CAPS III EAT Severino dos Santos apresenta um número de acolhimento noturno expressivo, mas número de usuários relativamente pequeno, que também se evidencia no CAPS Clarice Lispector. Ou seja, esses acolhimentos todos que são feitos no EAT estão sendo absorvidos por qual serviço da rede? Ou ainda, seria uma característica da população desse CAPS usuários recorrentes do acolhimento nessa instituição?

A abordagem do paciente em crise quando chega ao CAPS III propriamente dito, não aparece de forma homogênea em todos os serviços, o que revela a inexistência de um protocolo de atendimento.

Então não tem muito protocolo. É alguma coisa que a gente vai também intuindo. É óbvio que a gente vai avaliar os riscos, se essa pessoa se coloca muito em risco, se ela está circulando muito na rua e se ela está vulnerável no território, se a situação familiar está muito delicada, de uma família que não está mais conseguindo sustentar o cuidado junto, se a pessoa tiver muito agressivo porque aí é isso, ela vai bater nas pessoas e vai se colocar em risco também. A rede familiar. É um olhar bem amplo, bem pensando sintoma, a rede familiar, a rede territorial, com quem essa pessoa conta no dia a dia e o que é possível sustentar junto com a família (GL4).

...lá a gente é um serviço 24h, mas a gente tem no horário dito comercial de 7h da manhã às 7h da noite, a gente tem equipe multi. Então tem psicólogo, T.O. [terapeuta ocupacional], assistente social e médico; e à noite e final de semana é só enfermagem. Plantão da enfermagem. Enfermeiros e técnicos. Como é que se dá isso? A direção de trabalho é sempre que o paciente que chegue no serviço seja escutado, acolhido e que se veja a possibilidade, o risco (GL13).

Os profissionais todos entrevistados falam sobre uma “direção de trabalho” dada pela superintendência de saúde mental, que é de acolher a crise nos CAPS III e evitar internação. Contudo, não se verifica alguma normativa ou algum documento mais oficial orientando serviços em como deveria acontecer e quais fluxos seguir. Evidencia nos excertos acima o

grande objetivo do acolhimento à crise, mas também uma direção sem rota. Retomando os aspectos táticos e estratégicos da teoria de De Certau enunciada na seção anterior, a abordagem a crise não está nem no nível tático, nem estratégico. Os serviços acabam acolhendo a crise e conduzindo de acordo com seus recursos físicos e relacionais próprios.

As entrevistas revelam que há duas maneiras de organizar o atendimento de crise no que se refere à organização dos profissionais da instituição. Entre oito e dezessete horas, a equipe técnica pode ser organizada por miniequipes ou em rodízio de plantões para a realização dos atendimentos de primeira vez ou de usuários dos serviços que cheguem ao CAPS em crise.

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 não seguem nenhuma lógica clínica, apenas tem a ver com uma determinada escala de profissionais elencados para desempenhar a função de acolhimento num determinado dia da semana.

a gente trabalha com miniequipes. Cada miniequipe é responsável por uma microrregião. E a gente tira essas microrregiões por unidades de atenção primária, então cada miniequipe fica responsável por três áreas de clínica da família... A gente não trabalha na lógica do técnico de referência, entendendo que o usuário de CAPS, ele é um usuário que é mais grave e demanda uma atenção maior, um acompanhamento mais intensivo, então quanto mais pessoas estiverem envolvidas nesse cuidado, mais ampla é a rede e o atendimento também, ele fica mais potente, mais diversificado (GL4).

A gente viu que com as miniequipes fica uma coisa mais organizada (GL1).

A lógica da miniequipe é para que ela tenha mais porosidade também no território. Então isso implica, inclusive, no matriciamento das unidades de atenção primária. Essa miniequipe, faz relação o tempo todo com os equipamentos de saúde que tem naquela região. Então, às vezes, o usuário, ele ficou bem estável e ele não vai precisar mais do CAPS, ele vai ser acompanhado na clínica da família, mas se for preciso, a clínica da família vai nos acionar. A gente vai fazer matriciamento desse caso, a gente vai lá e faz interconsulta, então é muito fluído, não é rígido (GL4).

São 3 miniequipes...eu posso ser da miniequipe Botafogo e ser a referência para um usuário que mora em Copacabana porque tem alguma coisa ali do dia a dia que se constrói. Eu acho que a referência é uma pessoa que está mais próxima do caso, que sinaliza para a equipe alguma direção clínica (GL6).

A gente trabalha com as miniequipes de referência, mas sempre tem aquele técnico dentro das próprias miniequipes que o usuário elege...Então tem, às vezes, ali uma proximidade, um vínculo que ajuda muito, muito, muito nesses momentos, inclusive, ajuda a evitar crises e interações. (GL7).

O acolhimento diurno ou atendimento de primeira vez organizado por equipes plantonistas gerará, a partir desse primeiro atendimento, um técnico de referência que será responsável pelo usuário que chegou ao serviço.

Geralmente, a gente tem duas pessoas responsáveis pelo acolhimento durante a manhã e duas pessoas responsáveis pelo acolhimento durante a tarde. E não havendo essas pessoas, a gente se organiza ali no dia para poder fazer esse acolhimento (GL9).

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 a essa função 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 as possibilidades de cuidado e de modo mais consistente.

Na modalidade de miniequipe esse profissional que faz o primeiro atendimento não necessariamente ficará responsável pelo usuário a longo prazo porque:

A referência do paciente que é a pessoa que está mais próxima, que conhece mais. Primeiro é ela e depois o médico para a prescrição mesmo. E aí os dois que são as referências, a médica e a referência, a gente pensa num projeto junto. Como que vai ser o acolhimento? Se vai precisar que a referência esteja no pernoite aqui com o paciente para ele querer ficar porque pode acontecer dele não querer ficar. Organizar essas questões. Mas, geralmente, é mais a referência com o médico (GL11).

Nessa lógica de técnico de referência, quando é um usuário do serviço que chega ao CAPS em crise, esse profissional eleito é convocado a fazer o atendimento.

a gente trabalha com técnicos de referência, muitas vezes são os técnicos de referência dos usuários que fazem essa identificação. Por exemplo, um usuário que chega lá em crise no CAPS e aí a gente, o técnico de referência está no CAPS, é ele que vai fazer aquele acolhimento. Se o técnico de referência não estiver, a equipe está lá. Então quem estiver disponível vai poder fazer o acolhimento daquele usuário e aí...(GL2)

A recepção vai ser distinta, exatamente. A recepção vai ser distinta...os usuários que já são matriculados no CAPS e entram em crise já tem um vínculo muito forte com a equipe, não necessariamente, só com o técnico de referência. Então os usuários, por exemplo, que ficam em acolhimento, eles são avaliados diariamente, o técnico de referência não vai estar todos os dias no CAPS (GL2).

Se é alguém desconhecido, o profissional que estiver ali no ordenamento. A gente tem uma pessoa que fica na convivência. Então essa pessoa vai se aproximar e essa pessoa vai tentar entender o que que está acontecendo e aí, a partir daí vai poder direcionar para qual profissional que ela achar que precisa acionar (GL11).

Muitas vezes o acompanhamento longitudinal do usuário permite que o técnico de referência antevê a crise.

já é usuário do CAPS, a gente já acompanha, as referências já vão dizendo disso. Olha, fulano está entrando em crise, acho que vai precisar de um suporte maior. A família não está conseguindo segurar em casa, a família não está conseguindo dar conta. A gente já acolhe. Já acolhe rapidamente (GL11).

A equipe toda acompanha, a equipe toda acompanha, mas se a pessoa já tem um técnico de referência dentro da miniequipe, alguém que esteja mais à frente do caso, esse técnico fica à frente também de traçar o projeto terapêutico desse acolhimento, inclusive, isso. Delimitar ali as razões, as condições que levaram aquela pessoa a entrar em crise para poder mapear, inclusive, acionando os outros técnicos da equipe, dando a direção de trabalho, vamos dizer assim, dando a direção de por onde que vai passar aquele acolhimento, daquela crise. Se é uma pessoa com a qual a gente já tem vínculo, a gente tem um caminho das pedras aí para dar para os outros que, eventualmente, conhecem a pessoa, porque é um usuário do serviço, mas que não estão tão a frente. Então o técnico de referência fica nesse manejo aí também de poder traçar esse projeto (GL7).

Além de facilitar o manejo e a criação de estratégias terapêuticas

Quando é um paciente de dentro da casa é mais fácil, porque aí o que que a gente faz? Se tiver leito, a nossa orientação sempre é acolher. Então assim, chegou em crise e tem o leito, coloca no leito de acolhimento de crise, nem que seja para um pernoite para a gente observar, às vezes, essa pessoa está sem tomar a medicação, às vezes toma um, dois dias ou teve uma briga em casa, alguma coisa que fugiu do script. Às vezes dois dias de acolhimento já é o suficiente para a pessoa reorganizar; ou se não for uma situação assim, aí o enfermeiro avalia: “é uma situação que eu acho que a pessoa está em risco, eu não tenho leito nesse momento, então eu vou mandar para a emergência”. Aí manda para a emergência (GL13).

Vieira *et al.* (2020) entendem que o conhecimento técnico para desenvolver a clínica da atenção psicossocial e sobre o funcionamento da rede é fundamental para que haja articulação e integração entre os serviços, sejam eles da saúde em geral ou um serviço de saúde mental. É compromisso dos serviços de saúde com a população procurar proporcionar um melhor resultado, procurando atender as demandas dos usuários ainda que não tenha a solução pronta, mas que seja definida com os serviços existentes na rede de atenção, sejam eles da atenção primária ou não, e procurar amenizar o sofrimento do usuário mesmo diante das dificuldades dos serviços. Tal articulação se dá a partir de “redes vivas” constituídas por diferentes pessoas cujas redes são construídas no cotidiano (MERHY *et al.*, 2014).

Muito já se tem realizado e tem sido proposto para essa população e ao longo do processo da reforma psiquiátrica 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 Rede de Atenção Psicossocial. 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 para uma mudança no processo de trabalho das equipes.

Para alguns CAPS III, a ausência da figura do médico nesses atendimentos iniciais à crise é absolutamente fundamental 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. “Ah, eu sei que aqui tem médico. Aqui tem médico quarta, aqui tem médico quinta. A rede já fala isso”. Então as pessoas vêm em busca do médico, em busca de prescrição (GL13).

O médico não entra na escala de primeira vez. É porque a gente entende que muitas vezes os usuários chegam aqui com essa demanda já de atendimento médico. Então a gente prefere que isso seja primeiro entendido pela equipe. A equipe avaliando pela necessidade de atendimento médico, aí sim, obviamente, não tem nenhum problema ser de primeira vez e passar pelo atendimento médico, mas isso precisa de uma avaliação anterior que é feita pela equipe (GL11).

A escala é só com profissionais não médicos. Todos. Inclusive, técnico de enfermagem. Ai, a partir desse primeiro atendimento, se os profissionais ali avaliam que precisa do atendimento médico, aí sim a gente vai procurar pelo médico. Porque a gente percebeu que, normalmente, quando a gente coloca o médico, isso já vira um atendimento muito voltado só para a medicação, não pelo profissional médico, mas às vezes, até pelo próprio imaginário da pessoa. Então, às vezes, coisas da história ali daquela crise acabam se perdendo no meio daquela urgência pelo remédio. Então a gente percebeu que, bom, primeiro também a gente não tem médico o tempo inteiro, então nem conseguiria (GL12).

A gente acha que, por exemplo, o médico é uma pessoa a ser convocada em determinados momentos, mas a gente entende hoje, que quanto mais a miniequipe, ela é diversa menos isso vai cair na mão de que é o médico quem resolve, ainda que isso ainda aconteça muito. Se a equipe multi entende que naquele caso, ela tem um trabalho a fazer, seja de ouvir o paciente, seja de organizar e entender como esse caso chega, seja na construção do caso clínico, na pactuação de um PPS, seja na construção de uma rede de cuidados que possa oferecer a esse paciente em crise, um suporte mais consistente, então quanto mais recursos multiprofissionais eu tenho, menos a gente entende que é o médico, o sujeito que cuida da crise (GL6).

Para Moreira, Torrenté e Jucá (2018) na atenção à crise em saúde mental, o acolhimento deve ser ofertado de modo a garantir atenção integral e escuta qualificada ao sujeito, reconhecendo seu sofrimento psíquico enquanto experiência subjetiva, compreendendo-a

quando e como surgiu e colaborando na análise e oferta de cuidados baseados na singularidade do sujeito, suas potencialidades e modo de vida.

Na atenção à saúde mental a equipe se constitui pela multi e interdisciplinariedade em que as relações de saber são, ou pelo menos deveriam ser, mais horizontais, trazendo muitos benefícios para quem está sendo assistido. As ações desenvolvidas devem ser parametrizadas no processo de trabalho vivo em ato, por tecnologias leves que perpassam as relações e asseguram a produção de saúde centradas nas necessidades do sujeito. De outra forma, 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).

O médico e a prescrição medicamentosa são partes constitutivas da equipe e das ações de intervenção nos CAPS III e, portanto, precisam estar ao acesso do usuário que chega ao serviço. A prescrição torna-se medicalização quando é usada para reproduzir medidas de controle e tutela, quando não há contratualidade, apenas silenciando o sofrimento psíquico e dificultando que o sujeito construa estratégias de respostas (ZEFERINO, 2015).

As emergências psiquiátricas na maior parte das vezes demandam uma contenção química e quem vai fazer isso é o médico, pois é uma função circunscrita a ele (BOLAND; VERDUIN, 2007; MELZER-RIBEIRO, 2014). O que acontece muitas vezes é que em nome da resistência à medicalização, que é sempre bem-vinda, acabam deixando de lado intervenções que poderiam inclusive auxiliar o sujeito em crise a se organizar minimamente para que pudesse acessar a dimensão simbólica.

De qualquer modo, nem todos os serviços contam com profissional médico todos os dias. 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.

Entrou para o acolhimento, não tem médico, regula a ambulância e vai para o Pinel. Pode até voltar. Pinel avaliou, a gente já pede para entrar em contato. Fulano, está indo para aí. Ciclano com um quadro assim, a gente teve que conter na ambulância e tal. Avalia para a gente, se for necessário, mas eu preciso que tenha a prescrição atualizada, o médico já vai avaliar (GL1).

O CAPS daria conta de acolher só que, por exemplo, às vezes a enfermagem avalia, vamos supor que é um sábado, fica com essa pessoa lá o dia inteiro e aí não tem mais leito e não tem condições de ficar a noite. Essa pessoa teria que ir embora e avalia que pessoa não está em condições de ir para casa, ela não tem suporte familiar e precisa de um cuidado por mais alguns dias e a gente não tem como dar. Então essa é uma situação de risco. Porque quando você avalia, avalia se tem a indicação de um acolhimento noturno ou a indicação de: “vamos fazer um ambulatório de crise, então a pessoa vem todo dia”(GL13).

De um modo geral, todos os profissionais do 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).

Todo mundo se envolve com essa atividade. Então todo mundo avalia o paciente que está em crise, todo mundo participa da porta de entrada. A equipe, é uma equipe de atenção psicossocial. É óbvio que cada um tem o seu saber. Não sei se eu falei terapeuta ocupacional, mas também tem. Cada um tem o seu saber, a sua formação, mas todo mundo está apto a avaliar as situações... é uma tomada de decisão coletiva, da equipe, por isso é muito importante esses momentos que a gente pode discutir nas reuniões de início e de final de turno que a gente vai avaliando coletivamente a partir dos elementos do caso, quais são as decisões então, os rumos desse projeto terapêutico que a gente precisou construir, de crise (GL3).

São todos porque a crise está posta para todos, todos temos que nos a ver com a crise. Inclusive, o pessoal da limpeza já precisou intervir em algumas situações. Mas a crise é, todos têm que se a ver com a crise. A gente determina, diariamente, uma dupla para acolhimento pela manhã e uma dupla a tarde para receber novos. Mas na crise, qualquer um que chega, qualquer situação de crise que chega convoca a equipe (GL6).

A gente tem um fluxo: atenção à crise. Chegou no portão do CAPS, é de todo mundo. A gente entende que a atenção à crise não é de um profissional específico e não é só da referência do caso, assim, porque senão, inclusive, fica muito pesado uma única pessoa dar conta de um sujeito em crise, a gente entende que é para todo mundo, mas vamos pensar num fluxo.... (GL4).

A atenção à crise nos CAPS III no período noturno possui contornos bem diferentes daquela que é prestada em horário comercial, 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 e sendo um paciente conhecido do médico, as orientações medicamentosas podem ser dadas mesmo na ausência do profissional, que pode ser acessado à distância.

A noite só fica a enfermagem, então se chegar um usuário em crise à noite, vai ser apenas a enfermagem mesmo que vai fazer esse acolhimento à crise (GL1).

, a noite fica um enfermeiro, dois técnicos e a equipe de apoio. Um vigilante e uma menina da limpeza. Ficam cinco pessoas a noite (GL11).

Num afã de evitar o que se convencionou chamar de medicalização, percebe-se nas equipes dos serviços uma ausência de discussão sobre interdisciplinaridade, diálogo, troca de conhecimento. Frequentemente pessoas em crise precisam de alguma contenção para além

daquela viabilizada pela palavra ou pelo lugar simbólico que o serviço ocupa na vida do sujeito. Contudo, na tentativa de não medicalizar acabam não tendo como medicar o sujeito, sendo necessário recorrer a rede de saúde.

O modo como se organizam para receber o usuário no serviço está relacionada à maneira como o serviço se organiza de um modo 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. - Olha, precisa ter alguém mais próximo desse paciente porque ele está querendo fugir. Então a gente coloca alguém ali com aquele paciente 24h ali para tentar conversar, tentar amenizar essa questão de ele querer ir embora, de querer fugir. E aí a gente vai vendo. No final do dia a gente tem a reunião de final de turno 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 a 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. A gente vai depender assim, 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, por exemplo, a gente atende situações de crise no próprio território, crises que não, necessariamente, precisam chegar no CAPS (GL12).

E quando são nossos, a gente procura, se por um acaso algum nosso, alguém que a gente já conheça vai para a emergência, a gente também procura se disponibilizar para estar lá para receber o usuário na emergência (GL6)

Os excertos acima reiteram a falta de direcionamento minimamente normativo para atenção à crise que impacte menos a variabilidade do acolhimento, mas que ainda assim seja uma clínica que coloque a doença entre parêntesis. Para Onocko Campos (2001) colocar a doença entre parêntesis é trazer para o centro do foco o usuário do serviço e não negar a doença, negligenciá-la.

Para Lancetti (2014), um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmo e sua pouca abertura para o território. Isso pode ser traduzido em exigências rígidas de perfis para ingresso em tratamento no serviço ou rotinas engessadas tornando muito difícil o acesso das pessoas.

Talvez o desafio para a RAPS do município em questão seja estruturar uma política de acolhimento que contemple as idiossincrasias (do usuário, do território, das próprias manifestações da crise) sem ser meramente conduzido por elas. Nesse sentido a perspectiva da linha de cuidado, enquanto uma estratégia de responsabilização territorial pode ser uma

estratégia de recolocar novas respostas. Assim, o conceito de linha de cuidado poderia ser uma perspectiva que orientasse um cuidado pautado na integralidade, ou seja: acompanhamentos contínuos, 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.

Quando acontece de a gente não ter vaga, a gente pede ao vizinho. Porque aqui na área da 4.0, os três CAPS de adulto são III. Então a gente tem o CAPS Bispo do Rosário que é um CAPS III também e a gente tem o CAPSAD Antônio Carlos Mussum, embora seja AD, também é um CAPS III e eles dão suporte à gente, quando a gente precisa de vaga... Todos os equipamentos de saúde mental de CAPS, internação estão todos na Colônia. Os CAPS da 4.0 estão na Colônia (GL3).

Eu sempre falo que a gente tem que avaliar se é possível. Que tipo de suporte essa pessoa tem? Porque se é possível que ela venha todo dia é muito melhor do que a gente mandar para algum lugar. Aí quando não é possível a pessoa vir todo dia, quando não tem suporte familiar, aí a gente tenta outro CAPS vizinho, porque a gente tem mais dois CAPS III na área que é o Manoel de Barros e o Mussum. Então a gente tenta com um e com outro (GL13).

No que diz respeito à natureza da intervenção que os técnicos operam nos serviços, segundo os entrevistados, viu-se que elas podem ser muito variadas. Contudo, de um modo geral, a marca do caráter territorial e coletivo se evidencia. Nesse sentido, 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 possibilidades de articulação para o cuidado.

Muito diversas porque é sempre a partir do caso, então é de uma disponibilidade. A gente precisa se disponibilizar. Estar junto, circular, por vezes, sair no entorno do CAPS, porque, às vezes, a rua é muito organizadora do usuário. A gente pode lançar mão de música, lançar mão de desenho, de escrita. São muitos recursos utilizados, obviamente, do medicamento também da avaliação médica. É muito importante, mas não é só isso. A gente entende que é só mais um elemento desse Projeto Terapêutico (GL3).

...alguma intervenção vai ter que ser no coletivo, chamar ele para estar com os outros, aí fazer um grupo, às vezes, a música é uma coisa que agrega muito. Outros a gente vai precisar ficar mais perto, estimulando. Alguns a gente vai precisar de atendimentos individuais mais separados porque estar com ele naquela loucura, um monte de gente falando, um monte de gente circulando é em excesso. Então, acho que vai depender muito de cada caso (GL4).

Os CAPS III também podem realizar atendimentos individuais, como conta o gestor:

Vai desde o atendimento individual para poder reconhecer ali o que que a pessoa está precisando naquela hora... (GL12).

Porém, os casos são vistos a partir da singularidade de cada sujeito:

Se o sujeito não conseguir ancorar na palavra alguma coisa do seu sofrimento, se não é pela palavra, talvez ele precise da medicação, precise da contenção em alguma medida, mas assim, como direção a gente toma o que o sujeito diz e a possibilidade de que ele, a gente marque alguma responsabilidade por essa palavra, mas à medida que não se sustente pela palavra, a gente vai lançar mão ou da medicação, ou da contenção, ou da, às vezes, a ida para o Pintel (GL6)

E justamente por considerarem a singularidade dos usuários, por não terem um protocolo definido, as intervenções são desenhadas a partir da necessidade daquele momento da crise do sujeito, implicando a mudança do projeto terapêutico.

Uma das intervenções mais importante é a mudança do PTS... Então o que a gente faz nessas situações de crise, é sempre a alteração do PTS de modo a compor nessa crise. Se o paciente não almoça, a gente coloca ele para almoçar, para passar o dia. Então assim, a gente vai jogando daqui e dali, e se a gente entender que é uma situação que precise do leito, a gente também vê os usuários que estão nos leitos de crise. Se é possível a gente antecipar alguma alta, que não fique esperando o momento ideal, mas que a gente tire só essas pessoas ali de uma situação mais aguda para poder dar a vez para o outro que está precisando mais. A gente vai fazendo dessa forma (GL13).

Essas modalidades de intervenção operadas pelos CAPS III encontram consonância com o que afirma Tranquilli (2017) entende por um manejo da crise que considere e inclua toda a sua complexidade, pois apostará 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.

Intervenções com tecnologias duras também são usadas nos CAPS III.

Tem as intervenções de remédio, as injeções, o que a gente chama de contenção física que é: química e mecânica. E acontece assim também (GL14).

Paciente mais agitado que precisa de uma medicação mais pesada, às vezes, pode precisar de uma contenção física (GL11).

Se for uma situação de crise de agitação psicomotora, todo mundo da equipe que está ali na hora e que se dispõe a estar, porque tem um ou outro profissional que, às vezes, tem medo, que não consegue estar na hora que precisa segurar, que precisa pegar a força e tal. Isso acontece também...então, enfim é o psicólogo, enfermeiro, técnico, médico, administrativo, já aconteceu de tudo assim, então, entra todo mundo, T.O., assistente social. É quem está na hora e disponível para estar no manejo direto com a situação de violência ou de agitação. E o restante acaba, as outras pessoas que não se sentem tão disponíveis para estarem diretamente na situação ali da agitação ou de violência, acabam manejando o restante dos usuários que estão no CAPS também. Então a gente tenta sempre se dividir um pouco, mas vai todo mundo. Todo mundo que está na hora (GL12)

Os novos serviços, sobretudo os CAPS III necessitam de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias. O processamento de mudanças em nível de reformulação do modelo de assistência não se dará somente através de medidas de cunho normativo, mas fundamentalmente pelas rupturas realizadas nos microespaços e através 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.

7.2.4 Especificidades do manejo da crise na pandemia

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (BARBOSA *et al.*, 2020). No Brasil, o primeiro caso foi notificado no dia 25 de fevereiro de 2020 e o número de casos seguiu em curva ascendente. Na terceira semana de abril do mesmo ano, o país havia ultrapassado trinta mil casos confirmados, com mais de mil e quinhentas mortes e taxa de mortalidade em torno de 5,5% (FARO *et al.*, 2020).

O país vivia uma fase de escassez de testes, desconhecimento sobre a evolução da doença e esgotamento do sistema de saúde em função do número crescente de casos contaminados graves que demandavam internação. Além da falta de imunização frente ao vírus e sua elevada capacidade de propagação que fizeram com que uma série de medidas de prevenção se fizessem necessárias.

Dentre as orientações para prevenção contra disseminação e contágio, destacaram-se o distanciamento social ou físico de cerca de dois metros entre indivíduos, não se reunir em grupos, evitar lugares cheios e aglomerações, além do uso de máscara e higienização constante das mãos (DUARTE *et al.*, 2020). De um modo geral, a população foi orientada a permanecer em ambiente domiciliar, deixando-o apenas em caso de necessidade.

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 (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Sendo assim, a superintendência de saúde mental do município 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 vem elencar algumas condições para o funcionamento das unidades.

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 como limpeza de mobiliário e manutenção de janelas abertas, mas sobretudo sobre a organização da assistência.

Foi uma Nota Técnica, criando uma série de condições. Isso é difícil porque a clínica da atenção psicossocial envolve muitos coletivos, atividades grupais, construção. O primeiro movimento foi...suspender. Sugerir atividades ao ar livre, sugerir alternativas, chamando a atenção para a limpeza da superfície, limpeza de telefone, protocolo de cuidados, uso de máscara, álcool em gel, tapetes sanitizantes, rotinas de funcionamento, equipamentos de proteção individual para situações específicas, por exemplo, o cuidador que dá banho em uma paciente na residência terapêutica, todo o cuidado que precisa ter: touca, máscara, *face shield*, o roupão mínimo, alguns treinamentos de como tirar a luva, de como colocar a máscara, de como usar esses equipamentos. (GC1)

As atividades coletivas foram suspensas e os projetos terapêuticos revisitados com 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 prescrição eletrônica e da entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial. Essa recomendação encontrou ancoragem em importante modificação na legislação brasileira, mais especificamente na Resolução da Diretoria Colegiada nº 357, de 24 de março de 2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial. Ademais, permite, também temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da emergência de saúde pública de importância internacional.

Visando à garantia do cuidado, ao acompanhamento e ao 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 acompanhamento medicamentoso, além da busca ativa daqueles usuários que estavam afastados do serviço, utilizando para isso não somente os profissionais de referência que estavam nos serviços, como aqueles que haviam sido afastados por serem mais suscetíveis a apresentar quadros mais graves de Covid-19.

Porém, a gente foi construindo com os CAPS que eles pudessem aproveitar, inclusive, os profissionais do grupo de risco que precisaram ficar em casa, para realizar um trabalho remoto de monitoramento dos usuários, inclusive daqueles que estavam sumidos, fazendo uma busca ativa daqueles usuários que estavam distantes do CAPS, mas que, eventualmente, batiam numa emergência. (GC3)

Que a gente pudesse ter uma escala de profissionais com uma agenda remota já com os seus pacientes de referência que eles ficassem voltados para esse acompanhamento remoto. Ligar, perguntar como o usuário está, porque ele não está indo ao CAPS. Médicos, de também poder fazer um acompanhamento do uso da medicação. (GC3)

Quem consegue ficar em casa, a gente mantém um acompanhamento por telefone ou por vídeo chamada, mas, hoje, a gente percebe um aumento de demanda assim, de trabalho bem maior, está bem grande. (GL3)

Porque se intensificou a busca ativa de usuários, principalmente, aqueles que, às vezes, ficam um pouco esquecidos, não são aqueles que estão diariamente no CAPS, que toda hora tem uma situação complexa, que só aparecem quando realmente tem uma situação difícil. (GC3)

A supervisão de equipe e o matriciamento também assumiram um caráter remoto.

Então, em relação à crise, a gente foi orientando o tempo inteiro de poder intensificar tanto o acompanhamento presencial como remotamente, inclusive, com o matriciamento às emergências, dessa certa aproximação. E as supervisões de território, porque eu não sei se você sabe, mas as supervisões dos CAPS, os supervisores não são supervisores dos CAPS apenas, são supervisores que a gente chama de clínico-territoriais. Eles fazem o turno de supervisão do CAPS, o turno de supervisão do território, que significa mensalmente fazer a supervisão com todos os dispositivos do território, então se discute os casos de maneira bem compartilhada, em rede; as supervisões das RTs. Então as supervisões de território, a gente tem enfatizado para o acompanhamento dessas situações, elas estão sendo de forma remota. Então, a crise está presente em todas as discussões, em todos os dispositivos, todas as estratégias prioritárias dos CAPS e na Atenção Primária também. A gente vai intensificando essa conversa com eles a partir do matriciamento, mas não é fácil, né? (CG3)

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

Para Barbosa *et al.* (2020), o uso destas tecnologias 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 por meio do contato telefônico, chamada de vídeo ou mensagem de Whatsapp[®], e colocando o usuário no lugar de protagonista no seu cuidado em saúde mental.

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

E isso tem dado muito certo, mesmo com a retomada, porque os profissionais de grupo de risco, a maioria já voltou para uma escala presencial também, mas ainda assim, se mantém o acompanhamento remoto como ferramenta de trabalho, independente da pandemia ou não. (GC3)

A Resolução SMS nº 4333 ainda previa que atendimentos necessitariam ser realizados no serviço. Contudo, os mesmos 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, deveria ser avaliada, conjuntamente com a Atenção Primária, a realização de visita domiciliar.

A gente criou um protocolo interno de cuidado mesmo de quem chegava de emergência, de uma avaliação dentro da ambulância, de checagem de sinais vitais. Porque se tiver alguma febre, algum parâmetro alterado, a gente fica atento, já pede uma avaliação pela clínica médica, nem entra no CAPS, já volta na ambulância mesmo para a emergência de onde veio para poder fazer uma avaliação para descartar a possibilidade de ser Covid. E a gente mantém essas pessoas nesses três primeiros quartos que eles são individuais, então fica uma certa observação ali. A gente também encurtou o tempo do monitoramento da checagem de sinal vital, a gente checa de menos em menos tempo, quando chega da emergência tem a troca de roupa porque está vindo da emergência, tem um banho. Tem todo um protocolo que a enfermagem é quem executa. O enfermeiro é sempre o responsável. (GL4)

A gente tentava sempre também o máximo possível encaminhar para tomar um banho, trocar de roupa, fazer aquela higiene assim mais básica para poder estar ali no serviço. A gente parou de fazer os atendimentos dentro do CAPS, então a gente tem uma área externa que possibilita que a gente faça os atendimentos fora, então dentro só quem estava no acolhimento noturno. Diminuímos muito a convivência durante, principalmente, durante os primeiros meses que estavam mais... (GL5)

A gente foi tentando minimizar os riscos também. Então ficava muito atento a questão da máscara. Quando algum profissional ia fazer alguma intervenção com esse usuário também, usar o kit de proteção, e alguns a gente encaminhou, porque o Pinel também fez uma enfermaria só de quarentena. (GL5)

Evidentemente que 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.

Uma delas refere-se justamente à realização de atendimentos presenciais em espaço aberto. Um CAPS III chama atenção no que diz respeito ao espaço físico, a saber, o João Ferreira, já que funciona dentro de *containers*, sem janelas e nem sempre com ar condicionado funcionando plenamente. Portanto, a equipe não dispunha de espaços abertos para a realização desses atendimentos, o que demandou por parte da mesma um cuidado maior tanto na aferição dos sintomas gripais na chegada do usuário, quanto no uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) por parte dos trabalhadores do serviço.

Avançando nas prescrições da Norma Técnica, era recomendado que se desenvolvesse um trabalho com os usuários acerca das medidas protetivas e de isolamento que vinham sendo prescritas à população geral, tais como higiene das mãos, uso de máscara e distanciamento social.

É um desafio trabalhar com transtorno mental, né. Porque 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)

Alguns usam, outros botam no queixo, botam na testa e aí a gente é o tempo inteiro educando. Fazendo um trabalho educativo para a lavagem das mãos, tem muitos *dispensers* de álcool pelo CAPS, então para passar o álcool, para lavar as mãos, para usar a máscara, para manter distante, o novo cumprimento, não é mais abraço, beijo. Então é o tempo inteiro. A gente passa o dia falando “Olha, cumprimento é aqui”, “Bota essa máscara...lava a mão”. O tempo todo. (GL3)

Esse achado corrobora as afirmações de Minervino (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 de uso de máscara e higiene das mãos. Aspecto este que se acentua que se intensifica por aspectos ligados ao próprio quadro sintomatológico dos transtornos mentais.

Portanto, a realização desse protocolo depende do estado psíquico do paciente:

Como que a gente ia acolher esse usuário ali naquele CAPS que não tem janela, o ar-condicionado funciona de uma maneira precária: o usuário chegava e fazia higienização das mãos, verificação de temperatura, os procedimentos...como a gente funciona ali, do lado tem a UPA, embaixo a clínica da família e em cima o CAPS. Ali, no início, ficou a triagem do Covid pela clínica da família... mais à frente ficou os

médicos do Covid. Então para entrar ali as pessoas já passavam pelo protocolo que era da clínica da família. Quando chegava no CAPS, a gente higienizava as mãos dos usuários e quando foi possível, começou a verificar a temperatura também. Ultimamente, a gente tem feito só a circulação dentro da unidade dos usuários que estão em acolhimento e quando chega usuário em crise, a gente às vezes consegue fazer esse protocolo, às vezes, não. Dependendo da maneira como chega o usuário. Se o usuário chega numa agitação muito grande, a gente não vai conseguir fazer protocolo nenhum. (GL2)

Tenho muitos usuários que não tem casa, que moram na rua, que estão em situação de rua. Então explicar para eles que não é para vir, não faz o menor sentido para eles porque eles estão na rua o tempo inteiro, sem máscara, catando coisas para vender. Então, eles vêm. Tipo, esquizofrênicos assim muito graves não conseguem entender isso. Então, as possibilidades ficam menores para essas pessoas e também dizer para elas: “Não, você não pode entrar.” Não tem como. Se não entrar aqui, vai entrar aonde. Não tem muitas possibilidades fora. (GL11)

Ainda que as atividades coletivas e a maioria dos atendimentos presenciais tivessem sido interrompidas, a atenção às situações de crise se mantiveram desde o início da pandemia, pois era esperado que a pandemia impactasse mais severamente pessoas acometidas por transtornos mentais e a assistência não poderia parar.

A atenção à crise, a gente nunca parou. Teve um período que a gente, no acolhimento de primeira vez que a gente faz todos os dias, a gente só estava fazendo para as situações de crise. Agora a gente já voltou para todos os usuários que tem chegado no portão, a gente atende. A gente fechou mais o portão para poder ter um controle de quem entra e de quem sai. (GL4)

Na verdade, o que teve nesse momento de pandemia foi: olha, atenção à crise. O que vocês têm que fazer é atenção à crise. Então a primeira coisa foi poder interromper, claro, que foram interrompidas as atividades cotidianas, as atividades coletivas e o trabalho territorial num primeiro momento e se ficou com o quê? Com a atenção à crise. Esse que está mal, ele vai ter que vir. (GC4)

Alguns ajustes institucionais precisaram ser feitos:

Teve um protocolo de mudança nos processos lá dos CAPS. A continuidade do acolhimento noturno, mas também com todos os cuidados, então algumas coisas a gente teve que mudar. Alguns serviços tiveram que diminuir leito, não dava. João Ferreira ficou sem leito nenhum, na verdade, porque não tinha como...as pessoas não iam deixar de ficar doidas, a gente não ia deixar de ter crise, então a atenção à crise precisava continuar no serviço e precisava continuar na CRAS e com todo paramentado, todos os cuidados. Claro, que em último caso, se visse a necessidade, mas não foi totalmente interrompido. (GC4)

Foi necessário criar, provisoriamente, uma enfermaria de Covid para atenção à crise.

E aí a coisa, o que eu estava dizendo, o que se faz com o cara que está doido, que está com Covid, mas não é um Covid para internação hospitalar, mas que não tem como ficar em casa porque está numa crise brutal. Ele vai ficar aonde? Ai os CAPS

III diziam: “Isso não é aqui. Aqui não dá para a gente fazer, aqui não dá para ficar.”. Aí você pega e fala: “Está bom, mas então ele vai ficar aonde? A gente vai criar.”. Aí pensava assim: “Não, mas então a gente tem que criar em algum lugar.”. A gente também pensou isso. A gente vai criar em algum lugar, um lugar que seja enfermaria de Covid para atenção à crise. Mas olha que maluquice, porque a gente nunca ia conseguir confirmar, ainda mais naquela época que não tinha exame, saia dali 300 anos o resultado. Então eu tinha um cara com Síndrome Gripal que tinha que juntar com outro que tinha Síndrome Gripal num lugar onde um que tivesse Covid, aí todos iam ter. Então assim, uma coisa difícil, de fato, de se pensar. A gente acabou precisando ter sim alguma enfermaria de isolamento que é no Pinel, que a gente ainda tem hoje, que eles fazem, porque assim... Porque o próprio Pinel falou assim: “Bom, estou com um cara lá e começou uma Síndrome Gripal, tinha que isolar.”. Então, naturalmente, isso acabou acontecendo. Então, hoje, o Pinel tem uma estrutura. (GC4)

Diferentes organizações internacionais se manifestaram quanto à premência dos cuidados em saúde mental na pandemia da Covid-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2020), cabendo ressaltar o Ministério de Saúde brasileiro também enfatizou a relevância dessa questão (BRASIL, 2020a). Portanto, fica patente a importância da manutenção da assistência à saúde mental e sobretudo às situações de crise em saúde mental.

Mas, à medida que a pandemia avançou, os serviços foram entendendo como manejar essas situações de crise e Covid, criando alternativas para que o paciente permanecesse no CAPS III.

Mas os CAPS III também, aos poucos, foram entendendo que não dava para o cara ter uma febre, espirrar e eu dizer que ele não podia ficar ali porque não tinha para onde ele ir, tinha que cuidar, sabe. Então, ficaram. Ficaram e aí com protocolo, uns mais avançados do que outros. O Paulo da Portela fez isso muito também. O Manoel de Barros, acho que fez isso muito bem também. E, de fato, ficaram com os pacientes com Covid, às vezes, até confirmado, cuidando dessa crise por um tempo menor possível, de modo que a pessoa retornasse para casa para fazer o isolamento em casa, mas segurando ali no serviço. Não tinha jeito. Não tinha outra possibilidade do que fazer. Foi isso. (GC4)

Cada serviço precisou criar estratégias para lidar com usuários em crise que estivessem no acolhimento noturno e que apresentassem sintomas gripais. 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 (por exemplo, afastando camas quando possível, promovendo a circulação de ar, procurando isolar pacientes com síndrome gripal que estejam precisando do acolhimento ao leito); e monitoramento dos casos em acolhimento noturno com sintomas respiratórios, quanto ao agravamento do quadro e com os devidos cuidados relativos à exposição da equipe e dos outros usuários.

Então, os casos mais graves, sim, a gente coloca para dentro, tem todas essas checagens. Ai, mês retrasado, teve suspeita de três casos que estavam já em acolhimento e começaram a apresentar sintomas gripais durante o acolhimento. Putz, aí foi um caos...chama a clínica da família, faz o teste lá dentro. Deu negativo. (GL1)

a gente faz a saturação toda hora. Verifica a pressão, saturação, sinais para ver se tem algum sinal diferente. E aí, a gente vai, se o paciente está um pouco resfriado, a gente já leva na clínica da família, a gente já pensa no que que vai fazer, qual a estratégia? A gente já teve casos de Covid no acolhimento e aí a gente teve que regular a ambulância para a pessoa ir para um outro lugar. (GL11)

Então a organização que houve foi de um isolamento em uma das salas de atendimento, ele utilizou somente o banheiro feminino. A gente colocou uma longarina para ele não ultrapassar ali do espaço que ele estava e até sair o resultado do PCR foi um sufoco muito grande... a não ser que ele ficasse sedado o tempo inteiro. Imagina, ele já tem uma agitação psicomotora, ele estava em crise. Foi impossível fazer. (GL9)

A atenção à crise ficou aberta normal, porta aberta. Os CAPS só reorganizaram o funcionamento, tipo não vai ficar fazendo oficina nem grupos, mas a atenção à crise continuou a mesma coisa, porta aberta e com os protocolos de higiene e tudo isso, sanitários. (GC3)

Passados os noventa 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.

E a gente restringiu muito os grupos. Um grupo ou outro que funciona, mas com muito menos usuários, mas isso mais para agora porque foi ficando muito difícil não ter grupo nenhum. Ai a gente voltou, por exemplo, com um que é uma oficina que se chama Caminhada, que o pessoal caminha aqui pela Colônia e é um grupo bem menor e é ao ar livre. Então isso aconteceu. (GL13)

Gente precisou restringir as nossas idas ao território até porque a própria Clínica da Família não estava fazendo essa ida ao território. E aí a gente precisou fazer umas modificações. Só que de um tempo para cá a gente já voltou. A Clínica já voltou a fazer as VDs, a gente já voltou a fazer as visitas domiciliares, a gente precisou suspender tudo isso no período de pandemia. (GL4)

Contudo, alguns serviços conseguiram manter as visitas domiciliares, conforme demonstrado na fala do gestor entrevistado:

As atividades coletivas ainda estão suspensas, mas a gente continua fazendo a visita domiciliar. A gente tem feito visita domiciliar nas situações de crise, na verdade. Situações mais graves quando os familiares chegam e comunicam a gente, olha, a gente está precisando que vocês venham aqui. Então a gente faz as visitas domiciliares a partir de situações de crise. E o acolhimento inicial e o acolhimento à crise. (GL2)

No primeiro bimestre de 2021, quando a maior parte do campo de pesquisa estava acontecendo, o Brasil já vivia um ano desse processo pandêmico de restrições e cuidados

preventivos ao contágio. A vacinação estava começando e as pessoas não suportavam mais o afastamento social e o isolamento. Com isso, os usuários dos serviços começam a retornar ao CAPS III, conforme aponta relatos.

Então, a gente já passou por várias fases, agora a gente está num momento que o serviço tem ficado com bastante usuário frequentando porque as pessoas não estão dando conta mais de ficar em casa, então muitas situações de crise o tempo todo, a porta de entrada voltou a ficar muito movimentada

E as visitas domiciliares que voltaram tem três meses que a gente conseguiu voltar com as visitas domiciliares, as visitas junto com as clínicas da família.

Um gestor entrevistado entende que as mudanças realizadas na organização e funcionamento dos CAPS III em função da pandemia fez com que esses serviços fossem descaracterizados como serviços territoriais.

Atendimento, ele ficou quase num nível ambulatorial e da assistência à crise, e um trabalho mais longitudinal do cuidado, fica muito comprometido com a ausência das oficinas, das atividades coletivas, das atividades territoriais...isso dá uma descaracterizada no tipo de assistência que a gente produz no CAPS....A convivência no CAPS hoje, na verdade, é uma convivência para os pacientes em crise. Nesse momento da pandemia. O que seria um dispositivo mais geral do serviço que é a convivência, que é a permanência dele aqui no dia a dia, a gente tem usado esse espaço para a crise. (GL8)

Embora os argumentos apresentados pelo entrevistado acima de fato façam sentido à medida que os elementos que compõem o CAPS estejam ausentes nesse processo de ajuste à assistência nesse período da pandemia, não há como ignorar que todas elas ocorreram em função de um elemento absolutamente territorial, a saber, a Covid-19.

De um modo geral evidencia-se nos serviços uma falta de homogeneidade na atenção durante a pandemia e que esteve relacionada com o aparato físico e pessoal de cada serviço, que esteve relacionado a insuficiências estruturais já existentes. Contudo, todos os CAPS III tiveram acesso ao material de EPI tanto para a equipe técnica quanto para os usuários. Já do ponto de vista da lógica assistencial, praticamente não houve nenhuma mudança significativa.

É justamente esse período de afastamento que torna tão clara a potência da convivência física entre os profissionais e usuários e também entre os próprios usuários no cotidiano do CAPS. Além disso, fica 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, e que pode ser constatada na manutenção dos laços através do cuidado remoto.

8 CAPS III COMO SUBSTITUTO DOS RECURSOS MANICOMIAIS: ASPECTOS RESTRITIVOS E FACILITADORES

Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visam a superação do modelo manicomial, se ancoram na instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade e, portanto, se pretendem a intervenções a nível do cuidado ancoradas em uma clínica que privilegia o sujeito e não a supressão mera e simples de sintomas. Mas, é justamente a partir do surgimento desses novos serviços, que deveriam “substituir” o manicômio, que a crítica quanto a institucionalização retorna, trazendo reflexões sobre a possibilidade desses serviços serem responsáveis por novas formas de cronificação ou mesmo manicomialização (PANDE; AMARANTE, 2011; MIELKE *et al.*, 2009).

A implantação dos CAPS no município do Rio de Janeiro tem como característica a coexistência com ambulatórios e hospitais psiquiátricos de grande porte e bastante radicados na cultura e funcionamento da cidade. Essa característica possivelmente interfere no desempenho desses serviços ditos substitutivos, mesmo porque alguns deles resultam de serviços que existiam dentro de instituições psiquiátricas, e traz como questão se os mesmos, efetivamente, cumprem a função de substituição, no sentido da reversão do aparato manicomial, sobretudo na interface com a pergunta dessa tese que é, justamente, na atenção à crise, uma vez que os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

Esse capítulo trará duas sessões acerca do CAPS III na interface com a crise e com a Reforma psiquiátrica no que respeito a sua *performance*. A primeira parte aborda tanto a viabilidade de resolução da crise nos CAPS III e, por conseguinte, se os mesmos atuam de modo a fazer com que se possa prescindir de recursos manicomiais para a atenção às experiências de sofrimento psíquico intenso. Já na segunda seção os avanços, e desafios dos CAPS III para o manejo da crise será trazido desde a perspectivas dos gestores.

Por fim, o leitor acessará sob a luz da Teoria da Estruturação de Giddens (GIDDENS, 1984), aspectos que se evidenciaram nos resultados acerca da atenção à crise no município do Rio de Janeiro

8.1 RESOLUTIVIDADE DA CRISE NOS CAPS III

Sinalizado e discutido em vários momentos dessa tese, o CAPS III é um serviço privilegiado para acolhimento da crise em saúde mental e potente para substituir as internações

psiquiátricas em função da estrutura que o mantém como pela lógica do cuidado, que supostamente, seria radicalmente distinta daquela que opera nos manicômios.

Contudo, esses serviços podem produzir a partir de um modo de funcionamento e da relação que os técnicos desenvolvem com os usuários a lógica manicomial. Essa controvérsia do que é proposto enquanto equipamento da atenção especializada em saúde mental no modelo comunitário e do que de fato é realizado é discutido por alguns autores expressivos no campo da saúde mental, e é nomeada como a nova cronicidade (SILVA *et al.*, 2021a; PANDE; AMARANTE, 2011).

Pande e Amarante (2011) trazem essa discussão da nova cronicidade, a partir das interpretações de Rotelli e Desviat acerca desse fenômeno. Para Desviat (1999) a despeito da mudança ocorrida na atenção à saúde mental, em que o conceito de cura foi substituído pela noção de cuidado, visando aumentar autonomia e qualidade de vida dos pacientes, é fundamental que se aceite o limite da eficácia reabilitadora, no sentido das idiosincrasias e recursos inerentes a cada sujeito sob a qual as intervenções acontecem. Para Rotelli *et al* (2001) a nova cronicidade está relacionada com as características do circuito psiquiátrico, que não rompeu com o paradigma tradicional.

Para que os CAPS sejam novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar, é necessário que o atendimento ali ofertado seja radicalmente diferente daquela atenção prestada nos hospitais psiquiátricos do ponto de vista ético, epistemológico resultando em um dado modo de lidar com a loucura (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

Via de regra os entrevistados fazem menção à redução do número de internações como analisador para atenção à crise e para a avaliação acerca da substituição do modelo manicomial.

A gente tem feito uma média de 18 a 19 mil acolhimentos noturnos por ano nos CAPS. São 18 ou 19 mil, não pessoas, né...têm pessoas que ficam muitos dias, 10 dias. Várias vezes ao ano passam por ali, mas são acolhimentos que seriam, na verdade, demandas de institucionalização, de hospitalização que ficaram ali e muitos deles não foram hospitalizados. Os números de internação são muito pequenos. A gente, hoje, faz alguma coisa próximo de 2 mil internações/ ano. Algo baixo, porque o número de leitos é pequeno (GC1)

Quase 100%...ele (usuário) demora, às vezes, mais do que deveria para chegar no CAPS III, mas depois que ele chega, é muito, muito, muito difícil ele voltar para uma internação. Isso é muito difícil. O que acontece é vaga zero por questão clínica. Ai ele, às vezes, ele acaba sendo regulado para um leito de saúde mental porque não pode ficar sem suporte clínico (GC4).

O fato da unanimidade acerca do que foi apontado acima, não acontece sem ressalvas. De um modo geral, os dados revelam necessidade de avanço nesse processo a partir de aspectos variados.

Então considerando o CAPS III com os seus recursos de uma forma geral. Em termos de acolhimento noturno, eu acho vem substituindo bem a internação. Se a gente comparar, inclusive, o número de leitos que a gente tem que ainda são poucos, são insuficientes, de CAPS III na cidade...mas se a gente pensar também nos outros recursos que a gente também poderia utilizar como a atenção domiciliar à crise, a atenção no território prescindindo do acolhimento noturno, aí eu acho que a gente deve caminhar bastante ainda. (CG4)

Para outro entrevistado o CAPS III substitui desde que possa alterar, de fato, a lógica de assistência manicomial.

A gente trabalha a ideia de CAPS como estratégia de atenção psicossocial, estratégia em qualquer lugar...o CAPS III também vincula a atenção à crise a vaga no acolhimento. Se não tem vaga, o cara fica lá na emergência esperando para sair da observação na emergência ou esperando para sair da internação. Então é por isso que eu te digo, nesse ponto, não está sendo substitutivo totalmente. De fato, a minha tese é que o CAPS III substitui a lógica manicomial. Se ele for potente, se ele conseguir construir, de fato, uma organização, um desenho de trabalho que favoreça isso. Agora se o CAPS funcionar como um manicômio, não (GC3).

A potência do CAPS III, amplamente discutida nessa tese, é inegável, mas está atrelada ao desenvolvimento de uma prática baseada na estratégia psicossocial, pois sem ela o serviço incorrerá numa mera reprodução de supressão de sintomas, que uma vez reaparecidos conduzirão o sujeito novamente ao dispositivo de saúde. Segundo Pande e Amarante (2011) é necessário justamente uma mudança de ordem epistemológica que se expresse em um modo de trabalho que viabilize a reinserção do sujeito na vida. Ou seja, é necessário um conjunto de práticas de cuidado firmado na atenção psicossocial (SILVA *et al*, 2021b).

Ainda que os resultados dessa pesquisa demonstrem que em alguns casos a internação é empregada como último recurso de atenção à crise, não sendo uma prática predominante nos serviços, em alguns serviços ainda se mantém a ideia de que há casos que não poderiam ser recebidos nos leitos de acolhimento noturno.

Sim e não. Sim, como fundação categórica. Certo? Mas, por vezes, tem problemas. Por vezes, tem resistências. Por vezes, a gente tem dificuldades de sustentar determinados desafios clínicos...quando você não tem o hospital psiquiátrico, você tem que segurar a onda. Se você tiver esse recurso, abre uma porta do inferno, sabe (GC1).

Tem. A minha resposta é sim. Só que tem questões também. A gente ainda ouve, hoje, tanto da emergência quanto do próprio do CAPS: esse não é para o acolhimento

noturno, esse precisa internar. E essa aí é uma discussão...Claro, tem questões que a gente tem sempre que discutir de estrutura, mas é isso, na prática substitui muito sim, mas a gente ainda esbarra em algumas situações que a gente estranha. Porque que um CAPS III está dizendo que esse cara tem que ficar internado e que não tem que ficar num leito de acolhimento à crise (GC5).

Realizar uma internação psiquiátrica em função da falta de vagas de acolhimento noturno, em casos de necessidade quando se esgotaram as estratégias de manutenção do usuário nos CAPS ou em suas residências, em que as redes de apoio social e territorial são insuficientes para manejar a crise de fato ocorrem e pode continuar acontecendo enquanto a estrutura da RAPS for insuficiente para acolher a crise. Nesses casos em que a internação psiquiátrica é inevitável, é desejável que a equipe do CAPS realize formas de contato e articulação dos profissionais de ambos os serviços, tanto quanto dos familiares e usuário (SILVA *et al.*, 2021b). Radicalmente diferente disso é a ideia de que há casos que precisam ser tratados em um ambiente manicomial, contrariando os preceitos da clínica na atenção psicossocial em que há a descentralização da doença e foco no sujeito em suas dimensões biológica, socioeconômica, cultural e subjetiva (ZEFERINO, 2015). Portanto, ainda que sejam serviços oriundos de práticas reformistas, os CAPS III podem produzir novas cronicidades.

Os achados dessa pesquisa apontam, como já discutido nos capítulos seis e sete, que na grande maioria os CAPS trabalham na contramão da lógica manicomial e evitam ao máximo as internações.

A RAPS do município do Rio de Janeiro, ainda que venha avançando significativamente na implantação de CAPS III e outros serviços territoriais, cenário segue marcado pela permanência dos hospitais psiquiátricos, determinando a coexistência de dois modelos de cuidado opostos e mutuamente excludentes: o tradicional modelo asilar e o modelo substitutivo. Desse modo pode-se dizer que ela se caracteriza mais por ser complementar do que substitutiva ao modelo asilar.

Os manicômios não apenas resistem, como insistem em se materializar através das práticas desenvolvidas em alguns serviços. Acolher a crise no território e construir novos arranjos para lidar com ela vai além do aumento da capacidade de acolher os usuários em leitos de acolhimento noturno. É preciso ampliar o cuidado para atender a crise de forma integral. Isso significa fazer articulações com o que há de produção de vida também fora do espaço dos serviços, isto é, na vida, na comunidade, na cidade. Persiste, desse modo, o desafio de romper não só com o manicômio, mas com toda lógica e prática de segregação da loucura.

O que fará com que o manicômio desapareça é a criação de vias de inclusão do doente mental na vida social, conforme conta gestor entrevistado.

Nós temos agora o desafio de construir o cuidado dessa pessoa entre nós e isso não é fácil. Se você tem o direito de ir ao teatro, ela também tem. Como construir que ela possa ir ao teatro e se comportar dentro de todos os códigos necessários para tornar possível que a peça de teatro aconteça. Ela não vai poder ficar gritando no meio da peça de teatro. Se ela ficar gritando no meio da peça não dá para ela ir a peça de teatro, porque esse é o enquadramento da experiência social de um espetáculo teatral. Mas a gente precisa poder construir que ela compreenda esses códigos e consiga viver nesse espaço. Mas se você não construir essa possibilidade, a sociedade vai precisar ter alguns recursos de manejo com pessoas mais vulneráveis, nas quais praticar a equidade vai ser dar um suporte maior (GC1).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2018, p. 166)

Se ainda buscam outras formas de lidar com problemas de saúde mental que prescindam do hospital psiquiátrico, torna-se necessário criar modos de enfrentar as diferentes situações de crise, mas que não deixem de priorizar o cuidado em liberdade sustentado na relação com o território e a comunidade. O entendimento mais profundo e criterioso de que uma crise não se define apenas por sintomas psicopatológicos, mas que leva em consideração os demais nexos que articulam a vida subjetiva e o campo social que a cerca, compreende também que o seu cuidado só ocorrerá se a intervenção também atingir esses aspectos.

Portanto, os CAPS III do município do Rio de Janeiro, representam em sua maioria, casos de sucesso na atenção à crise. Cabe um destaque especial aos CAPS III localizados na RAPS da zona Oeste, particularmente o Manoel de Barros e o Arthur Bispo do Rosário, que desenvolvem um trabalho importante de articulação com as emergências psiquiátricas, com os CERs, com outros CAPS de modalidades variadas, além da AP, de modo que conseguem efetivamente acolher e suportar a crise em serviços territoriais. Ainda assim, há problemas a serem enfrentados em todos os serviços, com graus diversos de dificuldades. Avanços e desafios sempre devem ser revistos até mesmo para os CAPS III considerados relativamente bem-sucedidos, pontos esses que serão discutidos na seção seguinte.

8.2 AVANÇOS E DESAFIOS DOS CAPS III PARA ATENÇÃO À CRISE

De um modo geral os serviços de saúde mental ainda encontram muitas dificuldades e entraves para a garantia de um atendimento pautado na clínica da atenção psicossocial em todas as modalidades. Na atenção à crise, tal situação também se apresenta sendo agravada pelo

momento político de franco desmonte do SUS e ataques severos sobre o processo de RP e sobre a RAPS. Problemas de diversas naturezas, tanto relacionados aos serviços de saúde, à própria rede e também às limitações dos profissionais de saúde interferem na concretização de uma assistência de qualidade, em consonância com o que é preconizado pelas políticas de saúde mental.

Gestores apontam avanços e os principais desafios dos CAPS III para atenção a crise no município do Rio de Janeiro. Os principais avanços alcançados elencados pelos gestores entrevistados, de um modo geral, estão relacionados à ampliação dos dispositivos da RAPS e articulação do trabalho em rede. Apesar de serem reconhecidos como avanço, ainda se constituem como desafios para a atenção à crise no município.

No que se refere a ampliação dos serviços da RAPS, os gestores afirmam que:

Um avanço, primeiro, é que hoje a gente tem uma rede maior. Ainda é incipiente, mas é uma rede muito maior do que já tivemos. Então isso é um avanço e eu acho que é uma tendência (GC6).

A gente avançou no número de residências terapêuticas. A gente hoje, é que são muitos dados, depois eu confirmo para você, mas nós temos hoje, talvez, 95 residências terapêuticas (GC3).

Há um destaque para a ampliação do número de CAPS III no município do Rio de Janeiro:

A gente tem 10 anos de CAPS III na cidade, e a partir da chegada do João Ferreira e do Maria do Socorro, a gente vem experimentando uma lógica totalmente diferente de acompanhamento às crises. Antes de 2010, antes da chegada desses dois CAPS, o destino das crises era o hospital psiquiátrico, eram as internações. Então eu acho que o segundo avanço é em relação a atenção à crise com a chegada do CAPS III. A gente tem avançado demais, diminuiu sim as internações, embora ainda seja alta. Diminuiu (GC3).

Os avanços eu acho que são, a própria ideia do CAPS III, o fato da gente ter hoje mais CAPS III com essas equipes mais robustas, acho que isso é, com certeza, um avanço e o próprio leito de acolhimento noturno é um avanço grande (GC4)

Ficou evidente a essa pesquisadora, desde as entrevistas iniciais, que havia um esforço importante por parte da superintendência de saúde mental, em ampliar os serviços territoriais para que o município pudesse avançar no processo de desinstitucionalização, de desmonte do hospital psiquiátrico e acolhimento à crise nos CAPS III. Os números que reafirmam tal avanço pode ser visto no capítulo 6 dessa tese, quando o leitor pôde constatar a redução do número de internações em hospitais psiquiátricos.

Contudo, aspectos relacionados à insuficiência de CAPS III e às fragilidades estruturais desses serviços também foram destacadas. Há um inegável subfinanciamento federal do SUS, gerando distorções e desvios na implementação, impactando muito a qualidade da atenção prestada à população (PAIM, 2018).

Na saúde mental, apesar dos avanços obtidos a partir da inversão dos gastos com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos, desde 2011 sofre com os constrangimentos pelo financiamento inadequado (ONOCKO CAMPOS, 2019). Esse aspecto se evidenciou como entraves para a qualidade do serviço prestado à população carioca, representando desafios importantes a serem superados.

A gente encontra um momento de subfinanciamento, então os serviços que estavam construindo uma possibilidade mais robusta de trabalho, retrocedem consideravelmente (GC5).

A falta de recursos se materializa de várias maneiras no dia a dia dos CAPS III. Faltam medicamentos, falta estrutura física adequada a um serviço de saúde, faltam meios para realização de um trabalho territorial no sentido de viabilizar meios de transporte para que a equipe técnica vá para onde está o usuário.

... Falta de medicação, às vezes, acontece; falta de recursos, por exemplo, para que a gente possa estar, minimamente, ali num certo acolhimento ao CAPS, por exemplo, é um CAPS de container que não tem janela, ai se a gente não tem o ar-condicionado funcionando, a gente fica com uma sala a menos para fazer um atendimento (GL2).

Pouca mobilidade territorial que eu acho que a gente ainda tem. Então a gente tem pouca possibilidade de transporte. Uns tem mais outros tem menos, essa confusão de contrato que a gente tem (GC4).

Você tem um carro à sua disposição? Você tem passagem custeada à sua disposição? Isso é um entrave. Grave (GC6).

O subfinanciamento também vai impactar o modelo de gestão dos CAPS, à medida que ele leva gestores, ainda que bem-intencionados, a usar das Organizações Sociais da Saúde (OSS) para prestar assistência à população.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (VIOL, 2018).

A discussão sobre vantagens e desvantagens acerca desse modelo divide profissionais de saúde. Se por um lado as OSS apresentam vantagens sobre a gestão direta, como a maior

flexibilidade no processo de aquisição de insumos e serviços, por outro lado o SUS acaba tendo um corpo técnico com vínculos trabalhistas frágeis e com formação precária. Esse contraponto acerca dos profissionais dos CAPSIII será retomado mais adiante nessa subseção.

Apesar da ampliação do número de CAPS III no município, gestores relataram insuficiência do número de unidades em função da amplitude territorial que cada um deles é responsável, gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais e impactando a assistência ao usuário.

...número de usuários muito grande, a gente tem uma cobertura territorial muito grande. Então esse eu acho que é um grande desafio. (GL13).

Outro entrevistado revela insuficiência de leitos de acolhimento noturno nos CAPS III:

Aí assim, contar com mais leitos de acolhimento seria importante, é importante. Os CAPS que não tem leito de acolhimento, eles acolhem com uma fragilidade (GC5)

Esses achados estão em consonância com Onocko Campos (2019) e Mateus *et al* (2008) que apontam para a distribuição desigual dos serviços no Brasil, combinado com uma lacuna no tratamento que pode crescer caso não haja ampliação do financiamento e expansão nos serviços territoriais.

Onocko Campos *et al* (2018) admitem um risco de retorno às práticas segregadoras que ocorriam em instituições psiquiátricas quando há uma insuficiência na disponibilidade de CAPS. “Além disso, a falta de recursos humanos e financeiros adequados às necessidades dos CAPS interfere no processo de trabalho desses serviços” (SILVA *et al*, 2021b, p. 72).

Apesar da limitação de cobertura de CAPS III e da insuficiência de leitos de acolhimento noturno para dar conta da crise, evidenciou-se a importância do dispositivo CAPS como estratégico para consolidar a saúde mental no Rio de Janeiro, mas principalmente para consolidar a atenção à crise no território, com intuito de garantir aos sujeitos em crise cuidado humanizado.

Aspectos territoriais foram destacados pelos entrevistados como desafios a serem superados no avanço da assistência ao usuário em crise.

A violência do território, já discutida nessa tese, retorna nesse ponto como entrave importante para acolhimento à crise, além de impedir o acesso do usuário fora do setting circunscrito ao prédio dos CAPS III e de atravancar a construção de rede efetiva entre os serviços.

A violência é uma coisa que dificulta porque faz com que a gente transite com mais dificuldade pelos territórios (GC5).

Em alguns momentos é isso, a gente está tentando atender a crise e não consegue entrar nos territórios por conta situação da violência (GL11).

Outro aspecto destacado pelos entrevistados acerca do território e que se configura como um desafio à atenção a crise é a vulnerabilidade social.

A questão da vulnerabilidade social. A gente, às vezes, não tem com quem contar. Famílias muito vulneráveis. A gente tem dificuldade de concretizar alta por conta dessa situação da vulnerabilidade social. ... filhos sem pai, assim sabe, sem mãe que, às vezes, não tem casa, que passa por uma vulnerabilidade social mesmo. Porque se a gente podendo contar com os familiares, com amigos, com sujeitos que possam organizar algum tipo de atenção fora do CAPS, é possível você passar para uma atenção intensiva, esse sujeito estar lá diariamente ou 3 vezes por semana, mas concretizar a alta, o que está pegando bastante é não ter com quem contar para exercer esse cuidado fora do CAPS, porque precisa (GL9).

A própria pandemia aparece como desafio que advém do território.

... a pandemia, com certeza. A gente tem algumas questões estruturais que por vezes dificultam o nosso trabalho que é: carro para fazer visita domiciliar e até acompanhar paciente. Isso, às vezes, dificulta um pouco porque a gente atende a territórios muito distantes, então seria necessário, a gente até tem um riocard que a gente consegue também a partir de algumas doações, então assim, não tem, estruturalmente falando, isso é um pouco frágil (GL3)

Semana a gente estava com uma situação de um usuário nosso que está numa situação de crise e com a mãe com suspeita de COVID dentro de casa e ele não está indo ao CAPS e a gente já estava pronto para fazer a visita. E aí o que que a gente faz agora? Bota o profissional em risco? Não bota? A gente ainda está no meio dessa discussão (GL12).

Para Oliveira Fonseca *et al* (2020) a Pandemia atacou o que se considera o “ouro” da atenção psicossocial, ou seja, o trabalho territorial, à medida que dificultava ou mesmo impedia os técnicos de estarem nos mais diversos territórios fisicamente e realizar as articulações intersetoriais.

Isolamento social preconizado e imposto a todos em função de medidas preventivas à COVID vai absolutamente na contramão da lógica do cuidado em saúde mental e exigiu por parte das equipes desenvolvimentos de estratégias para o prosseguimento do cuidado, tal qual foi abordado no capítulo 7.

Retomando com o leitor os avanços apontados pelos entrevistados, foi destacado a articulação entre os dispositivos da rede, seja na interface com os CERs e emergências psiquiátricas, seja na interface com a AP.

Nesse ponto foi destacado a descentralização da emergência como avanço na relação entre os serviços, impactando positivamente a atenção à crise:

Mas um avanço já é uma interlocução com os parceiros tanto da urgência e emergência, como da atenção primária (GC3).

o fato de ter entrado na rede de urgência e emergência nesses últimos anos, a saúde mental no CER. Isso foi um avanço grande, embora eu te diga que a atenção à crise não se resume a isso, mas ajudou a desmontar as emergências psiquiátricas que era o modelo receptivo do Rio de Janeiro. Então isso foi um alcance importante (GC1).

A própria descentralização também da entrada das emergências também é uma coisa que traz um avanço porque traz também uma proximidade dos próprios serviços, não ter uma ou duas entradas de emergência para todo mundo, mas ter isso mais diluído na cidade. Também acho que isso é um avanço. (GC4)

Outro entrevistado fala da importância e avanço na relação com a AP e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O advento da atenção primária e essa capilarização do cuidado no território muito mais potente sim. O CAPS ficava no território e as pessoas antes ficavam muito no posto de saúde. Hoje não, hoje você tem a saúde no território também com a atenção básica. Então assim, hoje você tem dispositivos no território que podem ser coparticipes desse cuidado no território do teu usuário (GC6).

A ESF atua como importante dispositivo componente da rede de saúde mental, considerado como um local excepcional na construção de um novo olhar de atendimento e de relação com os transtornos mentais, portanto essencial na atenção à crise.

Vieira *et al.* (2020) reconhece como fundamental a articulação entre os serviços para bom acolhimento à crise nos serviços. É a partir da troca de saberes, experiências e campos de atuações em saúde que os atendimentos podem ser compartilhados e as ações integradas de modo a expandir as intervenções e melhorar a qualidade de vida do sujeito. De acordo com Souza e Rivera (2010) articulando-se, poder-se-á dar maior sustentação ao campo, além de se poder trabalhar na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica ‘acontecer’. O movimento da Reforma Psiquiátrica aponta para a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos da sociedade.

Segundo Silva *et al.* (2021b), o CAPS tem a característica estratégica de articulador da rede, mas a ordenação do cuidado é compartilhada com a APS. Para os autores, a função de organizar e articular a rede de saúde mental são funções distintas, mas que se coadunam. Portanto, não cabe ao CAPS absorver todas as dimensões do cuidado, conforme já discutido em seções anteriores dessa tese. A função de estratégia é justamente articular e tecer redes para

que o trabalho seja compartilhado e inter setorial, e, assim, avançar no desafio de garantir a reinserção social e o respeito às subjetividades (ibidem). Reafirma-se a importância do CAPS para a atenção à crise, mas sob a radicalidade de uma configuração de rede poliárquica.

No entanto, ainda há muitos e novos desafios pela frente, que certamente se inter-relacionam. Entre eles se destacando a necessidade de capacitação e estruturação das ações da atenção primária nos cuidados em saúde mental; a necessidade de manutenção do ritmo histórico do crescimento da cobertura nacional de CAPS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018, p. 168).

Ao mesmo tempo que se reconhece avanços no trabalho em rede, os entrevistados apontam desafios importantes a serem transpostos, como a discussão acerca da redução expressiva da AP e das equipes de ESF no município do Rio de Janeiro, conforme já discutida anteriormente nessa tese. Esse desafio diz respeito ao fortalecimento da capacidade da atenção primária para exercer seu protagonismo no cuidado em relação à saúde mental.

A gente não conta mais, a gente conta com menos agentes comunitários de saúde que faziam uma parceria de trabalho importante com a gente, que construíam uma relação com a comunidade que era muito importante (GC5).

Acho que um outro dificultador é a organização da atenção primária da área. Acho que isso aconteceu na cidade como um todo, mas vou falar do que a gente sente aqui na 4.0(GL3).

Com o agravante de como eu te falei, da crise da atenção primária. Então tudo chega no CAPS. Muitos casos que não precisavam chegar no CAPS, chegam (GL13).

Os NASFs, acho que se a gente tivesse um NASF mais potente a gente conseguiria ter muito mais potência de territórios na clínica da família. Eu enxergo um pouco disso assim, que são os nossos principais desafios hoje (GL11).

Pode-se dizer que a responsabilidade sanitária específica da APS é realizada no cuidado efetivo e eficaz relativo aos quadros de alta prevalência, como os transtornos depressivos–ansiosos, os transtornos mentais comuns e os problemas referentes ao uso nocivo de álcool (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018, p. 169). Para tanto resolver esse problema o SUS utilizou de uma estratégia bastante conhecida, internacionalmente, que visa fomentar a participação conjunta entre profissionais de Atenção Primária e especialista, além de ampliar as possibilidades de um cuidado integral, chamada no Brasil de Apoio Matricial (ROQUETTE, 2019).

Para Treichel, Onocko Campos e Campos (2019, p. 2) definem apoio matricial como:

Um modelo de intervenção pedagógico-terapêutica que visa produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação da corresponsabilização pelo usuário. Destaca-se ainda a atuação das equipes de apoio matricial como uma retaguarda especializada de assistência, evitando, dessa forma, os encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atendimento e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe de referência.

O apoio matricial pode se dar via CAPS ou via NASF, contribuindo para ampliar a resolutividade da Atenção Básica favorecendo a prevenção dos casos de crise e diluindo a centralidade do CAPS nos casos de saúde mental (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

No que diz respeito aos CAPS III estudados o apoio matricial acontece quando há APS na área programática, sobretudo quando está articulada à ESF. Há alguns serviços como o CAPS João Ferreira que, por ter grande proximidade geográfica com a clínica da família, tem mais facilidade de executar essa função de matriciamento e também de acionar a APS quando se faz necessário.

Considerando sua proximidade com o território, a ESF é um importante recurso na identificação dos casos de crise que não chegam aos serviços, podendo oferecer através do apoio matricial em saúde mental o suporte e o encaminhamento para serviços mais complexos, quando necessário. Nesse sentido, uma forma de supervisão para acolhimento à crise, com eventos que agreguem os principais dispositivos da RAPS envolvidos nessa atenção, talvez possa impactar positivamente a articulação entre os serviços.

Os vínculos precários, a falta de profissionais que contemple o número e a diversidade¹⁹ mínimo para constituição de uma equipe multidisciplinar também apareceu nos relatos dos gestores como entrave para o sucesso da articulação na rede.

¹⁹ A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Gente, por exemplo, tem mudanças de contrato, a gente tem mudanças de empresas, de gestão compartilhada dos serviços. Então, na medida, que muda o parceiro, muda todo o processo de trabalho (GC3).

Porque muda convênio, muda as equipes, muda a seleção. Então os CAPS vão atribuindo também isso tudo ao RH. Pouca equipe ou a equipe que chegou ainda não tem expertise, não tem nenhuma formação em saúde mental (GC3).

Os dois casos exemplificam os problemas que a efemeridade dos contratos e a precariedade dos vínculos laborais, que conduzem ao rompimento ou fragilização dos vínculos entre profissionais e usuários e do vínculo entre os próprios membros da equipe (LIMA *et al.*, 2012), já que se cria uma distinção entre concursados e contratados e/ou a impossibilidade temporal de desenvolvimento dos vínculos afetivos e pessoais entre os trabalhadores.

Cabe lembrar que um técnico de referência se torna uma pessoa íntima, que compartilha informações extremamente pessoais do paciente e acolhe-o em momentos de profunda fragilidade. A relação entre o técnico/clínico (não necessariamente médico) e o usuário, como mostram diversos autores ligados à psicanálise como Freud, Winnicott e Balint, está no cerne da terapêutica e não deve ser considerada um elemento menor ou acessório (SALGADO, 2017).

Não se trata de alongar a discussão acerca dos mecanismos transferenciais e demais fatores envolvidos na relação terapêutica, mas é importante destacar seu papel na elaboração do cuidado em saúde mental pensado nos termos da integralidade.

Portanto, assim como Campos *et al.* (2009) este trabalho compreende que é importante definir planos de cargos e salários, processos seletivos e normas de estabilidade que permitam qualificar e retomar a necessária isonomia no trabalho nos CAPS.

Outro ponto elencado como desafio para a assistência à crise nos CAPS III é a desqualificação dos profissionais.

O processo de formação também precisa ser revisto. Você não pode ter um médico num CAPS que não tenha algumas noções fundamentais de urgência e emergência, de manejo de situações, que não saiba, minimamente, realizar alguns procedimentos de suporte e fazer um diagnóstico rápido, e conseguir assim, rapidamente, desenhar e não é só médico não, enfermeiro também. De respostas, que são respostas que são importantes de qualificação do acompanhamento (GC1).

Eu acho que o desafio agora para a gente, a gente está com uma equipe muito nova e é um desafio para a gente da gestão. A gente também está conhecendo um pouco o perfil de quem está chegando. A gente tem trabalhado de portas abertas, no sentido, vem cá, está com dúvida, vamos conversar. (GL1).

Portanto, além da necessidade de investimento em vínculos profissionais estáveis, é fundamental uma qualificação que viabilize a construção de um projeto terapêutico e de trabalho conforme as pautas da RPB.

Em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde apresentou a Educação Permanente em Saúde, através da portaria Nº 198/GM, “como uma ação estratégica, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004c).

A OMS, em 2017, revelou que embora alguns países tivessem feito progressos na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental, ainda havia uma escassez em todo o mundo de profissionais de saúde treinados nessa área e faltava investimento em instalações de saúde mental baseadas na comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

É importante ressaltar que o campo da Saúde Mental foi considerado como prioritário na política de educação permanente. No entanto, a maioria dos municípios não incluiu em seus projetos as equipes de saúde mental como público alvo desse processo de educação.

A importância da educação permanente torna-se manifesta nessa pesquisa não apenas em relação à capacidade técnica, mas também em relação as concepções que os profissionais de saúde têm acerca da crise em saúde mental.

Eu acho que a primeira coisa na minha avaliação, é essa concepção de crise ainda, eu posso dizer assim, restrita. Eu acho que a gente precisa, de fato, tentar ter uma direção comum do que é crise. A gente tem serviços muito, assim, diferentes. Tanto de lógica de trabalho, de conceitos. Do que entende como clínica, do que entende como processos de trabalho, então isso impacta muito... nos processos de trabalho, nos efeitos disso, especialmente, na diminuição do número de internações psiquiátricas (GC3)

A discussão do capítulo anterior acerca das concepções de crise retorna nesse ponto ao leitor. Evidencia-se o quanto a falta de formação técnica afinada com os preceitos da RP e com a clínica da atenção psicossocial impactam o cuidado clínico dos usuários.

Almeida *et al.* (2014, p. 713) entende que a formação precisa ser vista como um “processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, pautado no diálogo, em que todos os atores assumam papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítica e reflexiva da realidade”. Portanto, é através dela as concepções de crise, o imaginário social da loucura e os conceitos de risco e periculosidade podem ser revisitados e

problematizados, fornecendo subsídios para uma prática orientada para a escuta das necessidades do sujeito, do vínculo e do cuidado em liberdade.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (2018) os serviços de saúde mental precisam estar abertos e aptos a transformações de suas práticas, de suas táticas clínicas em função das características do território que ocupam, do tipo de demanda que recebem e da rede que dispõem. Para que isso aconteça é fundamental processos de supervisão clínico-institucional; a participação em eventos coletivos, como assembleias, reuniões comunitárias e fóruns de saúde mental; a incorporação da educação permanente, além da presença de instituições de ensino e pesquisa e de estudantes nos serviços.

E por fim, alguns entrevistados elencam como desafio o redirecionamento da demanda dos usuários em crise das emergências psiquiátricas para serviços territoriais. Segundo alguns entrevistados:

Ainda tem uma cultura muito forte da zona sul das pessoas que procuram o hospital. Acho que isso já mudou bastante ao longo dos anos, mas ainda é uma cultura muito forte, a procura pelo hospital, acho que se a emergência saísse dali seria um ganho para o território (GL6).

Uma cultura muito forte pela procura da emergência psiquiátrica (GL11).

A cultura manicomial é um mal entranhado na sociedade brasileira, que traz em seu bojo uma marca histórica da existência de grandes manicômios, do reconhecimento destes lócus como lugar existencial para os loucos.

O desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais (BEZARRA JUNIOR., 2007, p. 246).

Para Bezerra Junior (2007) o desafio maior é a produção de uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico, no sentido de desconstruir estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental. Trata-se de uma concepção que considere as idiosincrasias inerente a experiência humana, de respeito e tolerância capaz de dar ao louco e sua loucura um lugar possível de existir em sociedade.

Para tanto uma APS eficiente e alinhada com princípios reformistas, além do matriciamento são fundamentais para essa mudança na cultura, que se inicia a partir da desconstrução do imaginário da loucura nos técnicos que prestam assistência a pessoas com

transtorno mental. Também a comunicação, ao assumir um papel cada vez mais central e estratégico no processo de construção de uma sociedade democrática e da construção do próprio SUS, faz uma inegável e importante contribuição para o Movimento de Luta Antimanicomial na construção de uma nova imagem da loucura. Nesse sentido tanto o uso de *podcasts*, vídeos de informação a população quanto a produção sociocultural antimanicomial emergente no contexto da reforma psiquiátrica e que tem há alguns anos expressão no cenário carioca, tais como o bloco de carnaval “Loucura Suburbana” e a TV Pinel dentre outros, revelam-se muito importantes a medida que articulam arte, comunicação e saúde mental. Essas modalidades de iniciativas têm como “horizonte ético” o respeito à diversidade, à diferença e à liberdade, ampliando as possibilidades de participação e intervenção na cultura e, por conseguinte, a produção de novos sentidos sobre a loucura, facilitando sua reinserção na rede complexa e dinâmica de trocas sociais, políticas, econômicas e simbólicas (PITTA, 1995).

De um modo geral os desafios encontrados por essa pesquisa estão em conformidade com aqueles apresentados por Sampaio e Bispo Junior, (2021) e listados pela OMS, ou seja: melhorar a distribuição regional dos serviços comunitários e serviços em geral; melhorar os mecanismos de coordenação do cuidado entre a APS e os serviços comunitários especializados; expandir a cobertura de serviços que visam a recuperação e reabilitação; buscar estratégias ativas de combate ao estigma, além de estratégias de capacitação de equipes; qualificar e avaliar permanentemente a RAPS.

8.3 DIÁLOGANDO COM A TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS

Nessa última subseção de apresentação e discussão dos resultados da pesquisa pretende-se oferecer ao leitor a análise da conduta estratégica amparada pela Teoria da Estruturação, de Giddens. É a partir desse referencial analítico que será possível compreender como os gestores de nível central e local, acessados pelas entrevistas em suas consciências discursivas, interagem com as estruturas que compõem a atenção voltada à crise em saúde mental, no município do Rio de Janeiro. Portanto,

O foco incide sobre os modos como os atores sociais se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais (...). A análise da conduta estratégica significa dar primazia às consciências discursivas e práticas e às estratégias de controle dentro de limites contextuais definidos. (GIDDENS, 1984, p. 339).

A análise estratégica é feita a partir de grupos de atores definidos e incide sobre atividades contextualmente situadas. Nesse sentido, o leitor encontrará nessa seção uma síntese dos elementos estruturais (regras, recursos, fatores restritivos e facilitadores) e das ações dos gestores, por meio da monitoração reflexiva, observadas no contexto da atenção a crise nos CAPS III do município do Rio de Janeiro. Além disso serão apresentadas as três modalidades de estruturação (significação, legitimação e dominação), entendidas como as interações entre agente e estrutura, cujas ações realizadas, ao longo do tempo e do espaço, intencionalmente ou não, geram mudanças estruturais, serão abordadas.

Segundo a metodologia proposta por Giddens essas três modalidades da estruturação servem para esclarecer as principais dimensões da dualidade da estrutura em interação, relacionando as capacidades cognitivas dos agentes e características estruturais: significação, que a partir de um esquema interpretativo é possibilitada pela comunicação; dominação, que depende da mobilização de recursos alocativos e autoritativos; e legitimação, exercida a partir da sanção de normas (GIDDENS, 1984).

Para Giddens (1984) todo contexto terá elementos que nem sempre serão gerados pelos atores sociais, mas que produzirão efeitos sobre eles. Tais elementos apresentam características facilitadoras e coercitivas dos contextos de ação que incluem fenômenos materiais e sociais. No que se refere a essa tese pode-se dizer que há variáveis existentes na RAPS e no território que podem ser facilitadoras ou restritivas ao sucesso do cuidado às pessoas em crise, e que impactarão os serviços, gestores e especialmente os usuários.

Nesse sentido é possível compreender as circunstâncias da ação como formas, através das quais esses fenômenos sociais e materiais influenciam, exemplificando o que Giddens chama de dualidade da estrutura. Essas circunstâncias seriam simultaneamente meio e resultado da ação.

No contexto das práticas rotineiras, em que se reproduz cotidianamente ações, existe a influência da estrutura como “meio” e “resultado” nos sistemas sociais, como Giddens explica, há um monitoramento e uma consciência prática, mas há também uma intenção. Essa intenção, que move as ações dos humanos, é produzida pela racionalidade do ator, por seus valores, por suas subjetividades.

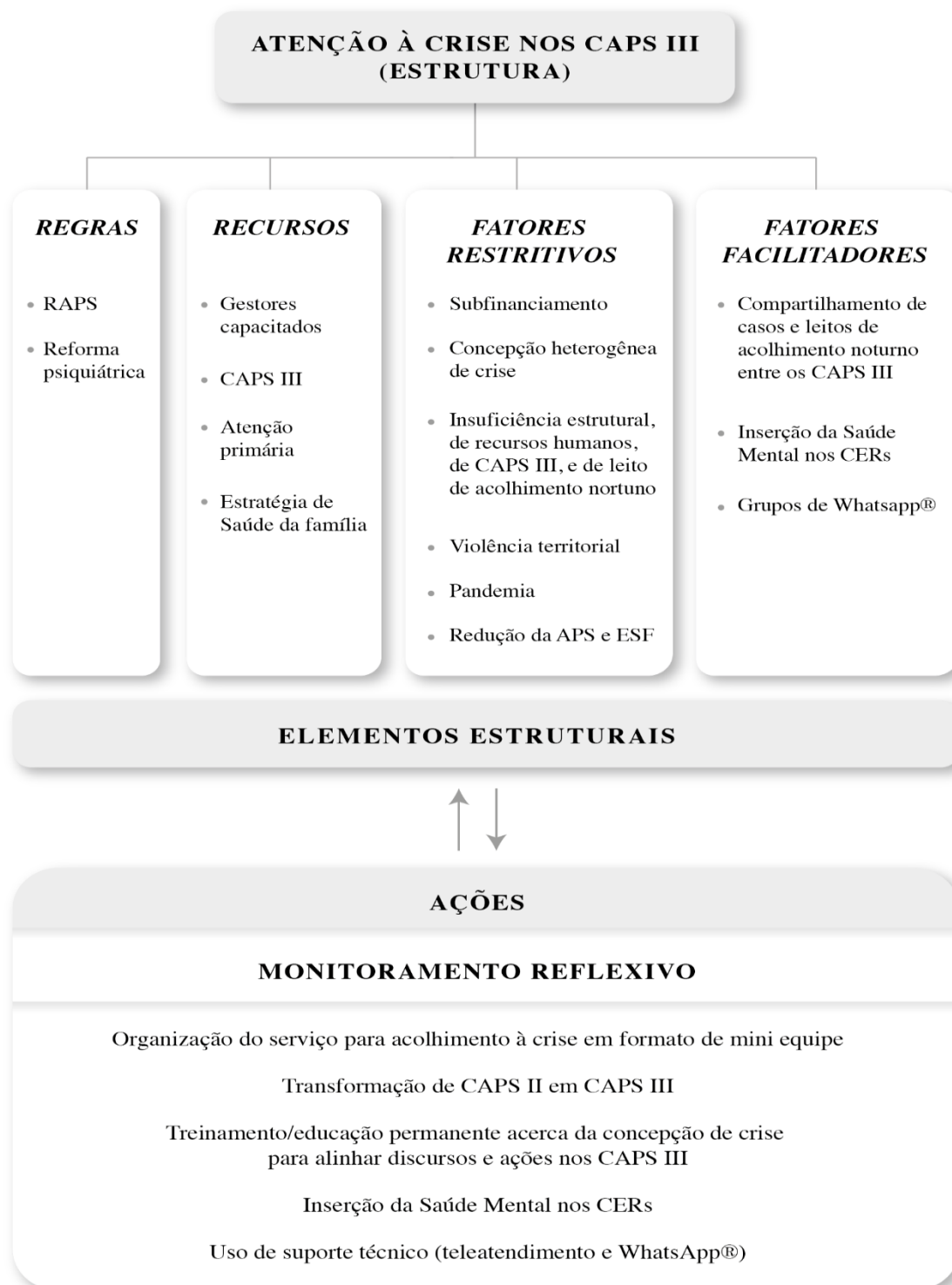
O'Dwyer (2015) define a “rotinização” como um mecanismo psicológico vital, em que se sustenta um senso de confiança nas atividades cotidianas da vida social e destaca que: “todos os sistemas sociais se expressam nas rotinas sociais ao mesmo tempo que são conformados por elas” (O'DWYER, 2015, p. 177).

Conforme já apresentado na parte metodológica dessa tese, o SUS pode ser considerado um sistema social, e as unidades, os recursos humanos e materiais, que a compõem em diversos pontos da Atenção Psicossocial, por exemplo, como integrantes da estrutura de serviços de saúde regulamentados pelas regras, que são constituídas por toda parte normativa e legal, além da própria Reforma Psiquiátrica, a partir de seus preceitos, os quais orientam toda a construção e configuração da Rede. Os principais recursos que compõem a RAPS são (Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades). As regras são executadas por meio dos recursos disponíveis, tais como os profissionais de saúde mental; superintendência de saúde mental e unidades de serviços territoriais como os CAPS III.

Com vistas a explicitar os aspectos centrais dessa análise decidiu-se por agrupar os elementos estruturais (regras, recursos, fatores restritivos e facilitadores) e das ações dos gestores por meio da monitoração reflexiva, observadas no contexto do cuidado e das interações entre agente e estrutura. Portanto, a Figura 3, a seguir, permite visualizar o tema dessa pesquisa a partir dos elementos estruturais e as das ações dos gestores, por meio da Teoria da Estruturação.

Antes de mais nada cabe ressaltar que a estrutura nunca é apenas coercitiva, no sentido de restrição. Ela é sempre, simultaneamente restritiva e facilitadora.

Figura 3 - Atenção à crise em saúde mental no município do Rio de Janeiro, conforme elementos estruturais e as ações dos gestores, por meio da Teoria da Estruturação, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

A análise da atenção à crise nos CAPS III foi realizada a partir do que foi discursivamente expresso pelos participantes do estudo durante as entrevistas. Pode-se destacar como fatores facilitadores o compartilhamento de casos e de leitos de acolhimento noturno entre os CAPS III, a inserção da Saúde Mental nos CERs e os grupos de Whatsapp®.

Conforme o que já foi apresentado em capítulos anteriores dessa tese, verificou-se na RAPS do Rio de Janeiro, um crescimento na implantação do número de CAPS III, além da transformação de alguns CAPS da modalidade II para a III. Esses serviços, enquanto recursos alocativos, possibilitaram que houvesse uma redução expressiva no número de internações. Os CAPS III garantiram a consolidação da RAPS e da atenção à crise no território.

Segundo a TE, o momento da ação é também o momento de expressão dos contextos sociais em que se vive. Dessa forma ao reproduzirem uma ação, os agentes também reproduzem as condições que tornam possível tal ação, tornando visível a indissociabilidade entre a estrutura e o conhecimento que os agentes possuem em relação ao que fazem em suas atividades rotineiras (O'DWYER, 2015).

Nesse sentido, ao implantar outras unidades de CAPS III, com recursos alocativos (leitos de acolhimento noturno) que dessem conta da atenção à crise, a superintendência de saúde mental do município mobilizou recursos autoritativos (capacidades que geram o comando entre as pessoas) gerando mudanças sociais, que costumam ocorrer, seja pela liberdade da ação, seja pelo constrangimento estrutural (O'DWYER, 2015).

Uma outra ação da superintendência de saúde mental foi decisiva para a mudança dos rumos da atenção à crise no município, a saber, a inclusão da saúde mental nos CERs, que nesse contexto representam elementos facilitadores no manejo das crises.

Como fatores restritivos destacaram-se o subfinanciamento a insuficiência estrutural, revelada na falta de recursos humanos, sobretudo de médicos, falta de CAPS III e de leito de acolhimento noturno. Aspectos contextuais e territoriais como a Pandemia e a violência em função de poderes paralelos em vários bairros do Rio de Janeiro também foram compreendidos como fatores restritivos, além da redução da APS, da ESF e a concepção heterogênea da crise. Cada uma dessas restrições exigiu dos gestores a elaboração de estratégias de enfrentamento com vistas a solucionar ou driblar os problemas enfrentados.

O financiamento, enquanto recurso alocativo, esteve parcialmente em falta, provocando impactos nos serviços.

No que diz respeito aos profissionais que compõe as equipes dos CAPS III, verificou-se que o subfinanciamento provocou a falta de profissionais nos serviços, sobretudo médicos,

rotatividade de técnicos nos serviços e qualificação insuficiente ou incompatível com a clínica da atenção psicossocial.

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 município do Rio. Giddens enfatiza essa capacidade do “agente”, que por meio da sua cognoscitividade faz reflexões sobre o contexto em que vive. Para isso, o autor traz o conceito de “monitoramento reflexivo”:

O monitoramento reflexivo da atividade é uma característica crônica da ação cotidiana e envolve a conduta não apenas do indivíduo, mas também de outros. Quer dizer, os atores não só controlam e regulam continuamente o fluxo de suas atividades e esperam que os outros façam o mesmo por sua própria conta, mas também monitoram rotineiramente aspectos, sociais e físicos, dos contextos em que se movem (GIDDENS, 1984, p. 6).

Como monitoramento reflexivo verificou-se a organização do trabalho no formato miniequipe (ainda que a argumentação seja fundamentada na clínica inter e multidisciplinar e na preocupação em evitar a medicalização do sofrimento), que acontece mesmo na ausência do médico.

A ausência da categoria médica nos CAPS III provocou um direcionamento de usuários em crise para as emergências psiquiátricas, mas principalmente para os CERs. Isso porque, usuários em crise que não tem prescrição médica atualizada nos serviços ou que não tenham um médico de referência no serviço que possa ser acionado eventualmente por telefone, ou ainda aqueles que não são usuários dos CAPS III, todos eles não são recebidos em acolhimento sem que antes passem por uma avaliação médica. Portanto, os próprios CAPS III, conforme já apontado em capítulos anteriores, direcionam os usuários para uma primeira avaliação médica nos serviços emergenciais.

Além disso, os CERs acabam sendo espaço reconhecido e potente de atenção à crise pela população em geral. A medida que esses serviços não foram pensados para servir de lugar para acolhimento de crise em saúde mental, pode-se dizer que ele representa consequência impremeditada da ação.

Para Giddens as ações dos agentes podem apresentar consequências intencionais ou não. Estas são nomeadas por ele como consequências impremeditadas das ações.

Os agentes humanos sempre sabem o que estão fazendo no nível da consciência discursiva, sob alguma forma de descrição. Entretanto, o que eles fazem pode ser-lhes inteiramente desconhecido sob outras descrições, e talvez conheçam muito pouco

sobre as consequências ramificadas das atividades em que estão empenhados. [...] O fluxo da ação produz continuamente consequências que não estavam nas intenções dos atores [...] (GIDDENS, 1984, p. 31-32).

Os agentes na TE por mais que tenham conhecimento de suas práticas não conseguem controlar todas as consequências de suas ações. As consequências 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 fazer, eles precisam recorrer a outros serviços.

Outros recursos alocativos estão ausentes a partir da análise estratégica, como a falta de meios de transporte que inviabiliza o serviço territorial. Como monitoramento reflexivo a partir da falta desse recurso alocativo, tem-se os profissionais dos CAPS III fazendo deslocamento a pé entre os serviços e utilizando de seus próprios meios de transporte.

Em relação ao equipamento de saúde propriamente dito, verificou-se impacto do subfinanciamento para aquisição de estrutura predial que comporte efetivamente um serviço como o CAPS, que demanda espaços abertos e suficientes para que atividades coletivas possam ser realizadas. Esse aspecto toma destaque quando a pandemia enquanto fator territorial, se manifesta à população carioca, tornando ainda mais grave as condições físicas dos serviços. Enquanto monitoramento reflexivo tem-se a estratégia da telemedicina para que a assistência não fosse interrompida.

Pandemia também impactou negativamente a qualidade da assistência, à medida que impediu que os técnicos exercessem de fato um trabalho territorial, como trabalho extramuros dos CAPS.

Outro aspecto territorial que se revelou como fator restritivo foi a violência do poder paralelo. Como consequência tem-se a dificuldade de acesso dos profissionais aos usuários em seus territórios, mas também se apresentam como fator desencadeante de crises.

A redução expressiva da APS e da ESF no município provocou uma ação reflexiva dos usuários que acabarem indo às emergências e aos CERs, muitas vezes sem necessidade.

Já os recursos autoritativos definiram o modo de funcionamento do apoio matricial realizado pelos CAPS III, assim como da relação que se estabelece com outros serviços, sobretudo com as equipes dos CERs e das emergências psiquiátricas via grupos de whatsapp®.

A mobilização dos recursos alocativos e autoritativos mostrou o quanto o subfinanciamento ainda é um grave problema na saúde mental e, mais especificamente nesta pesquisa. Uma fragilidade dos recursos autoritativos apontada foi a governabilidade dos

gestores dos CAPS III para operar sobre os modos de organização da equipe de recebimento dos usuários em crise. Claramente o funcionamento por miniequipe apresenta melhores resultados sobre a qualidade da assistência do que as escalas de plantão. Outra grande fragilidade foi a qualificação dos profissionais e sua precária vinculação nos serviços, compatível com o sucateamento da função pública no serviço público. Há um esforço da gestão em capacitar os profissionais para entender a crise em saúde mental como uma questão territorial mais ampla, sendo a educação permanente, a partir da TE, reconhecida outro recurso autoritativo.

Observou-se que essas falhas de estrutura na RAPS e nos CAPS III produziram o que Giddens nomeou como rotinização das práticas sociais, pois apresentam um caráter repetitivo e previsível. A medida que a população ainda recorre às emergências psiquiátricas e internação, em situações de crise, em uma manutenção da cultura manicomial, compreendendo que o lugar para a crise é no hospital psiquiátrico, pode-se dizer que há a rotinização dessa prática. A mesma interpretação cabe ao fato de, ainda se encontrar em alguns serviços, concepções de crise que envolvam a necessidade de internação em hospitais psiquiátricos.

Já a modalidade de dominação foi prejudicada uma vez que a implantação dos CAPS III, como serviço adequado a realidade carioca ainda não aconteceu a contento. Além disso, os CAPS III que são oriundos de antigos serviços hospitalares não se mostraram tão potentes na atenção à crise quanto aqueles que já foram implantados na modalidade III, por dificuldades estruturais.

As dimensões da significação foram acessadas nas entrevistas. A crise é significada pela maioria dos entrevistados a partir da clínica da atenção psicossocial, como um fenômeno biopsicossocial ou território dependente. Além disso, as entrevistas revelaram, de modo unanime por parte dos gestores, que os CAPS III cumprem sua função de reverter o aparato manicomial.

O CER enquanto ferramenta de qualificação do atendimento de urgência foi substancialmente reconhecido. A significação da missão de cada serviço em relação a sua atuação na área de urgência precisa ser investida para haver melhor integração da rede.

A consistência do conteúdo dos documentos das PNSM pode ser considerada a vertente “facilitadora” do recurso estrutural. Pelo analisado nos documentos, as políticas são inovadoras e comprometidas como uma boa assistência. Contudo, desde a “nova política de saúde mental” o governo federal vem tentando legitimar um modo de assistir o paciente psiquiátrico, indo na contramão da RP.

Apesar do CAPS ser reconhecido nesses documentos como porta de entrada e como ordenador dos fluxos assistenciais possibilitando a integração do sistema, as práticas desses serviços no município do Rio de Janeiro ainda dependem muito dos serviços de emergência, incluindo as emergências psiquiátricas. Uma condicionante estrutural dessas práticas foi a insuficiência de recursos técnicos e humanos e estruturais.

A legitimação esteve presente nas falas dos entrevistados e no trabalho dos profissionais pertencentes aos CAPS III responsáveis pelos casos, que compuseram os CAPS III compreendido como bem-sucedidos. A responsabilidade pública e a responsabilidade com o direito à saúde são fundamentais para a legitimação dos CAPS, assim como do SUS.

A experiência de implantação dos serviços no RJ levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental e a melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área.

Apesar de todos os progressos alcançados, subsistem desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com instrumentos internacionais de direitos humanos. É necessário envolver em sua implementação todos os atores relevantes no campo da saúde mental. Nesse contexto, todos os esforços deverão ser empreendidos para a construção de um consenso alargado, que permita dar continuidade aos progressos já alcançados com base Reforma Psiquiátrica e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa matéria.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese buscou discutir como se dá o acolhimento à crise em saúde mental nos CAPS III do município do Rio de Janeiro, propondo uma reflexão sobre como esses espaços podem, quando operam em rede e a partir da lógica do cuidado territorial, substituir o aparato hospitalar psiquiátrico.

A construção do campo e escrita da tese foi atravessada pela pandemia de COVID-19, o que dificultou o acesso ao campo e demandou por parte da pesquisadora um ajuste dos métodos adotados, implicando em um outro caminho de pesquisa, uma vez que o contexto inviabilizou a realização de grupos focais com usuários e com gestores. Apesar disso, a realização de pesquisa bibliográfica, estudo documental e a realização das entrevistas semiestruturadas forneceram uma série de achados para se pensar a importância dos CAPS III na atenção à crise e como recurso fundamental para a reversão do modelo manicomial.

Cabe alertar ao leitor, que nenhum avanço constatado por essa pesquisa é tomado como totalidade, ou seja, os avanços não impedem que tragam mais desafios para o cuidado ao usuário em crise psicossocial.

Primeiramente, ainda que se constate uma expansão da RAPS e significativa redução de leitos psiquiátricos, sobretudo a partir de 2010, com os leitos de acolhimento noturno nos CAPS III, a procura por serviços de urgência/emergência psiquiátrica se mantém significativa, tornando maior o desafio de integrar a saúde mental à saúde geral. Esse fato pode estar relacionado à insuficiência na distribuição e oferta de CAPS III no território do Rio de Janeiro, apesar da cobertura ser considerada boa pelos parâmetros do MS, sendo esses serviços concentrados em áreas programáticas específicas. Além disso, o fato de alguns CAPS III estarem muito próximos a emergências psiquiátricas/ hospitais psiquiátricos amplamente conhecidos pela população, muitas vezes, faz com que as pessoas recorram a essas emergências em detrimento aos CAPS III, ainda pouco conhecidos pela população geral como lugar de chegada das crises psíquicas.

Mostrou-se evidente que os CAPS III que surgem a partir da reformulação e desdobramento de serviços hospitalares não conseguem ser tão efetivos quanto aqueles que são implantados originalmente na modalidade II ou III. Os CAPS II foram implantados no Rio de Janeiro como contenção de recursos, uma vez que o município do Rio de Janeiro tem uma população muito acima dos setenta mil habitantes previstos para esse tipo de CAPS, e mostraram-se insuficientes para acolher situações mais agudas.

Nesse sentido, torna-se importante a implantação de mais CAPS III, sobretudo em regiões totalmente devastadas de serviços que acolham a crise, como é o caso de algumas áreas programáticas situadas na zona oeste da cidade. Essa ampliação de serviços com capacidade de acolher o usuário 24 horas pelos sete dias da semana, é fundamental porque a atenção à crise extra-hospitalar continuará a ser insuficiente enquanto os serviços fecharem às cinco horas da tarde.

A ESF tem sido pouco acionada pelos CAPS III, de maneira que ela procura mais o CAPS para enfrentar situações difíceis do que é procurada por este como recurso potente. Ainda que haja redução das equipes de ESF no município, cabe ao CAPS estreitar as relações com as equipes remanescentes e se articular melhor com outros dispositivos da rede avançando no matriciamento.

Há uma possibilidade de uso da emergência psiquiátrica como recurso do CAPS para a crise. Há, é claro, vicissitudes nesta relação. Existe sempre a necessidade de negociações com a emergência, assim como o risco de um acolhimento breve se tornar uma internação. Mas o mais importante é que foi possível observar como os CAPS têm tido suas atribuições exercidas por estes serviços. A emergência psiquiátrica tem cada vez mais recebido pacientes em crise, pacientes de primeira vez e feito a organização da demanda no território junto com os CAPS III, de modo que se estabelece como importante porta de entrada no sistema de saúde.

Já a integração entre os CAPS III demonstrou-se assimétrica, já que nem todos os serviços obtém êxito no cuidado compartilhado. A articulação entre os CAPS III e de outras modalidades, como o tipo II e AD III e com as unidades de acolhimento foram compreendidas como essenciais para que os usuários que já são cadastrados nos serviços, em momentos de crise e na ausência de leitos de acolhimento noturno nos CAPS de origem, possam prescindir de internações em hospitais psiquiátricos. Essa análise se pauta na comparação de serviços situados na RAPS da zona Oeste (Manoel de Barros e Bispo do Rosário) que funcionam em uma parceria bem-sucedida versus unidades RAPS zona norte (EAT Severino dos Santos e Clarice Lispector), que apesar da proximidade territorial, não partilham leitos nem projetos terapêuticos, recorrendo quando necessário aos leitos psiquiátricos.

A acessibilidade dos usuários em crise aos CAPS III avançou junto com a implantação de outras unidades e com a mudança de compreensão que houve nos gestores dos CAPS a partir de um trabalho de sensibilização desenvolvido pela superintendência de saúde mental. Mas para que a acessibilidade possa se consolidar como costume dos serviços, é importante a expansão

dos serviços, qualificação profissional e dos serviços e intensificação das ações de saúde mental na atenção básica.

Foi possível reconhecer a existência de dois modelos de acolhimento vigentes de organização das equipes dos CAPS III, implicando em dois fluxos de cuidado. De um modo geral, as equipes dos CAPS III se organizam em miniequipes ou em escala individual de plantão para fazer acolhimento de primeira vez ou para recebimento da crise. Constatou-se que o modelo de miniequipe funciona de maneira a promover melhor articulação entre os técnicos dos CAPS III e entre técnicos e usuários. Na possibilidade de o usuário desenvolver vínculo terapêutico com mais de um profissional, ainda que haja sempre um técnico privilegiado nessa escolha transferencial, é que reside a importância da miniequipe, sobretudo porque há mais chances de acolhimento pelo serviço, sem ser necessário recorrer a emergência psiquiátrica. Usuários que estão adentrando a porta de entrada na saúde mental dependem muito da articulação que os técnicos mantêm entre os profissionais dos CAPS III, dos CERs e das emergências psiquiátricas, sobretudo a partir dos grupos de crise que acontecem por whatsapp®, para não serem encaminhados para internações psiquiátricas.

Ambas estratégias usadas pela superintendência de saúde mental para otimizar o acolhimento à crise no Rio, a inserção das emergências psiquiátricas nos CERs e os grupos de crise no whatsapp® foram absolutamente importantes para o sucesso desse acolhimento fora do ambiente manicomial, à medida que viabilizam uma boa integração com a rede de urgência e segurança aos profissionais que estão nos CAPS III de receber um usuário clinicamente “estável”. Sugere-se que tentativas de replicação desse modelo em outros municípios pode auxiliar para a integração com a rede de urgências.

Os gestores entrevistados relataram decidir por intervenções que se orientam pelos trabalhos coletivo, territorial e sobretudo pela relação terapêutica que se estabelece com os usuários cadastrados nos serviços. Intervenções relacionadas a contenção física e química também foram relatadas, mas não se superpõem as intervenções relacionadas a clínica no território.

Uma perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nestas complexas situações, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Cuidar de pessoas em crise demanda uma ampliação dos horizontes de liberdade, transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social e articulação de distintos setores.

Constata-se a partir dessa pesquisa que o município do RJ 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 para atendimento à crise. Nesse sentido, os CERs 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 encaminhamento para os serviços territoriais. Desse modo, foi possível mudar significativamente a rota dos usuários em crise dos manicômios para os serviços territoriais.

O panorama atual da saúde mental no Rio de Janeiro revela uma rede razoavelmente consolidada, mas ainda repleta de fragilidades. Mas, não cabe apenas aos gestores, trabalhadores e usuários de saúde mental elaborar estratégias que visem à superação das dificuldades, à ampliação do acesso e à qualificação do cuidado. Faz-se importante que usuários e familiares também se envolvam de modo a estabelecer formas de resistência local neste período de desmonte das políticas sociais em todos os níveis de governo.

Quanto a concepções de crise, constatou-se uma diversidade de sentidos atribuídos à experiência de crise e que permeiam a ação dos técnicos. Duas grandes concepções se evidenciaram: uma delas está ligada a uma certa concepção da psiquiatria, na qual a crise se define por sintomas psicopatológicos, como delírios, alucinações, embotamento afetivo e outros, associados ao risco e à periculosidade. O outro modo de compreender a crise é marcado pela influência dos preceitos reformistas de que a crise deve ser entendida em seu contexto histórico e social, no qual há um descompasso entre as formas de expressão do sofrimento e o que a sociedade tolera em seu convívio. A essa modalidade de concepção da crise optou-se por nomeá-la nessa tese como território dependente ou psicossocial, remetendo a processos biopsicossociais. Essa concepção de crise mostrou-se vigente na maioria dos CAPS III e está alinhada com a clínica psicossocial e com preceitos reformistas. Contudo, a diversidade de concepções evidencia-se no manejo variado da crise nos serviços.

Ainda que a superintendência tenha dado a equipe uma direção de trabalho, na prática as condutas são heterogêneas e estão relacionadas tanto com concepções variadas acerca do fenômeno, questões territoriais, composição técnica e estrutural dos serviços e dos dispositivos disponíveis em cada área programática, quanto com a falta de orientação mais sistematizada.

Ainda que se considere toda a complexidade da experiência da crise e na aposta de utilização de recursos variados, não invasivos, não há diretrizes mais específicas que ordene os fluxos.

Para os CAPS III e superintendência do município do Rio de Janeiro o lugar da atenção à crise é no CAPS. Contudo, para que isso avance no município de maneira mais homogênea e igualitária, por mais que se considere as idiossincrasias dos CAPS, é preciso estabelecer um direcionamento normativo para atenção à crise, harmônico com a clínica ampliada e que contemple a noção de crise psicossocial ou território dependente.

As entrevistas realizadas no âmbito dessa pesquisa forneceram relatos riquíssimos a esse respeito, cuja análise não se esgota nessa tese. Além disso, estudos ulteriores que incluam usuários talvez possam enriquecer essa discussão e elucidar caminhos e linhas de cuidado para otimização do atendimento à crise no Rio de Janeiro.

Verificou-se que a educação permanente foi importante para que houvesse mudança na prática dos CAPS III. Mas também é importante que essa educação seja efetivamente permanente, pois a equipe técnica nem sempre tem formação que contemple a clínica baseada na RP.

Além disso faz-se necessário que a política de saúde mental se preocupe em construir serviços comunitários fortes, com estrutura e boas condições de trabalho. Nesse sentido, a RAPS do Rio de Janeiro, e conseqüentemente os CAPS III há muito que se avançar, pois são profundamente impactados pelo subfinanciamento. É preciso fortalecer sobretudo a capacidade de intervenção no território, fornecendo recursos materiais para acesso aos usuários. O CAPS deve ser uma instituição sem limites prediais, no sentido de ter articulações com a comunidade de modo a sustentar a possibilidade de inclusão da loucura como forma particular de expressão subjetiva e para tanto precisam de recursos para exercer sua competência.

De um modo geral a internação em hospital psiquiátrico tem sido uma prática pouco usual dos serviços estudados, mas ainda pôde-se constatar a existência de preceitos manicomiais quando técnicos consideram que há casos para CAPS III e casos para internação prolongada. A questão da falta de equipe técnica e de infraestrutura suficiente se coadunam e demandam investimentos constantes nos serviços e nos profissionais, promovendo vínculos trabalhistas mais estáveis e educação permanente.

Achados dessa pesquisa permitem constatar que a RAPS do município está na via de reverter o modelo manicomial, mas ainda tem uma rede mais complementar do que substituta. Por isso precisa avançar para que se possa prescindir do hospital psiquiátrico. A implantação de outras unidades de CAPS III, sobretudo nas áreas programáticas que não tem serviços que

possam ofertar leitos de acolhimento é uma ação extremamente importante para o sucesso dessa empreitada e felizmente a superintendência está avançando nessa direção.

Esse estudo aponta desafios para a rede de saúde mental do município, sendo a insuficiência de CAPS III e falta de normatividade para a atenção à crise dignas de atenção de gestores e pesquisadores.

Espera-se que essa pesquisa tenha contribuído para pensar as práticas e políticas de saúde mental no que se refere as pessoas em crise, incentivando gestores a criar estratégias e metodologias para otimizar a atenção desses usuários fora do ambiente manicomial. Uma possibilidade possível é a adaptação à realidade carioca do *Open Dialogue*, como uma abordagem alinhada à clínica psicossocial e com a organização da RAPS. A forma de organização dos serviços e a qualificação insuficiente de alguns técnicos representam desafios para a implementação desta estratégia. Mas de modo algum, impedimento, visto a experiência bem-sucedida em Santa Catarina relatada anteriormente.

Alerta-se para a necessidade de desenvolver uma política de avaliação da implantação da expansão de serviços, caso contrário, esforço e dinheiro podem ser desperdiçados.

Segundo 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. A monitoração reflexiva superou alguns desafios e outros são contextuais, como a violência, porém têm sido enfrentados.

Por fim, apesar de apresentar limitações como qualquer estudo, mas também limitações impostas pela Pandemia de Covid-19, espera-se que esse estudo tenha além de elucidado questões importantes sobre o modo de operar sobre a crise no município do Rio de Janeiro e levantando pontos fracos e fortes dos CAPS III como espaço privilegiado para o acolhimento de pessoas em sofrimento intenso, traga mais inquietações a gestores e pesquisadores.

A partir dessas linhas acredita-se estar contribuindo para pensar a gestão, a organização, mas também a clínica dos serviços substitutivos, que são capazes de sustentar estratégias eficazes de atenção à crise. Sendo assim, não se trata de encerrar o assunto, mas abrir portas para que as pessoas em crise sejam cada vez mais acolhidas por serviços territoriais, fortalecendo o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, tão atacada nos últimos anos, mas que, sem dúvida alguma, está na direção correta.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, S; ALVARADO, A. Criminalidade e a governança de grandes metrópoles na América Latina: Cidade do México (México) e São Paulo (Brasil). **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, p. 79-115, 2022.
- AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F. J. G. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 889-910, 2017.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set 2013.
- ALMEIDA, A. B. *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 708-14, 2014.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out.2021.
- ALMEIDA FILHO, N. Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina. **Salud Colectiva**, v. 16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>. Acesso em: 28 abr. 2022
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- AMARAL, C. E. *et al.* Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **Int J Ment Health Syst.**, v. 12, n. 65, 2018. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-018-0237-8.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, p. 491-494, 1995.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65. Coleção Archivos.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.

ANTHONY, W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 16, n. 4, p. 11-24, 1993.

ÁVILA, C. S.; BERLINK, M. T. Reflexões sobre crise e estabilização em Psicopatologia Fundamental. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 270-286, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan./jun. 2001.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *In*: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

AYRES, J. R.; CASTELLANOS, P. M. E.; BAPTISTA, T. W. F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, P. 51-60, 2018.

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. **BJHBS – Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

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**, v. 32, Suppl. 2, p. S71-S77, 2010.

BEZARRA JUNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BIRMAN, J. O lugar do psíquico na experiência da loucura. **Ciência Hoje**, v. 1, n. 6, p. 30-36, 1983.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 41-71.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BOLAND, R.; VERDUIN, M. L. **Kaplan e Sadock**. Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOLETIM Construindo Pontes. 2020.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRANDÃO, A. T. *et al.* Impactos da pandemia de coronavírus em um caps infantojuvenil do distrito federal. **Health Residencies Journal**, Sobradinho, v. 1, n. 1, p. 1-20, abr. 2020.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-norma-pl.html>. Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 198/GM, 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; Ministério da Saúde; mar. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 2004. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. 2010; Brasília, Brasil. Brasília: CNS/MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, jan. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, nº 12. Brasília: out. 2015. 49 p. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017e. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 set. 2017b, p. 68.

BRASIL. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 236-238, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da emergência de saúde pública de importância internacional (Espii) relacionada ao novo coronavírus (Sars-CoV-2). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 57-C, p. 2, Seção 1 extra, 24 mar. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV**: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus COVID-19. 2021 [acesso em: 20 jun. 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Unidades de acolhimento**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/assistencia-social/unidade-de-acolhimento->

CAVALCANTI, M. T. *et al.* Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, Suppl 1, p. 23-28, 2009.

CHAZAN, L. F.; FORTES, S. L. C. L.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DFSS4npq8csGrZBHdfP8WkD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

CORDEIRO JUNIOR, Q. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019** - “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COUTINHO, M. F. C. **Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/AIDS atendidos na atenção primária**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

COUTINHO, M. F. C. *et al.* Articulations between the Global Mental Health project and the cultural aspects of care in the Psychosocial Care and Primary Health Care Network in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 02, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MBw7HPYKVh39cNTxWMYy4qK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre os Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocessos da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFz6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Pesquisa CNES sobre leitos em caps III. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=84&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=. Acesso em: 28 jan. 2021.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1483-1492, 2009.

DELGADO, P. G. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, UFRJ, v. 14, p. 113-122, 1999.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2021.

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. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.

DESLANDES, S. F. Revisitando as metodologias qualitativas nas pesquisas de avaliação: vertentes, contribuições e desafios. *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. 193-197.

DESLAURIERS, J.-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. *In*: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.127-53.

DIAS, M. J. F. Open dialogue: uma experiência no Brasil. **Diversitates Int J.**, v. 09, n. 3, p. 97-110, 2017.

DIAZ, A. R. M. **Atenção à crise em Saúde Mental: clínica, planejamento e gestão**. 2013. 201 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012.

DUARTE, M. Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, v. 15, p. 529-40, 2015.

ELIA, D. S. **O CAPS fora de si**: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro. 2013. p. 181. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ESTELLITA-LINS, C. *et al.* Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob o acompanhamento terapêutico. **Psicologia**, Edições Colibri, Lisboa, v. 26, n. 2, p. 41-66, 2012.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19**: second update. Stockholm: ECDC, 2020.

FAGUNDES, H. M. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos IPUB**, n. 14, p. 31-39, 1999.

FAGUNDES JÚNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R.F. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, 2016.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2019.

FERGUSON, N., *et al.* Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. **Imperial College London**, 16 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>. Acesso em 03 abr. 2020.

FERIGATO, S. H.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 03, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Acesso em: 28 abr. 2022.

FONSECA, R. P. O. Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia: relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi Asa Norte no Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 1, n. 1, p. 48-64, 2020.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva; 1972.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Seminário Internacional de Saúde Mental**. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Documento Técnico Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, Fundação Calouste Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, mar. 2015. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>. Acesso em: nov. 2021.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 458 p.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, dez. 2014.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. *In*: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GRAY, D. E. **Pesquisa o mundo real**. Porto Alegre: Penso, 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “ sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 5331-5336, 2004.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v.13, n. 1, p. 169-190, 2007.

JARDIM, K. **Habitando o paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental**. Tese de Doutorado: Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2014.

KADU, M. K.; STOLEE, P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. **BMC Family Practice**, London, v. 16, n. 1, feb. 2015. Disponível em: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-014-0219-0.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. M. Diálogo aberto: um método para enfrentamento da psicose. **Expressa Extensão**, v.22, n.1, p.13-21, 2017.

KANTORSKI, L.P.; CARDANO, M. M. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação: análise a partir da revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 229-246, 2019.

KHEL, M.R. **O tempo e o cão**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KILLASPY, H. *et al.* Providing community based mental health services position paper. 2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/system/files/2018-02/2018_compass_positionpaper_en_0.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais/Notes for the work with focus group technique. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

KIRMAYER, L. J.; SWARTZ, L. Culture and global mental health. *In*: PATEL, V. *et al.* **Global mental health: principles and practice**. Oxford: Oxford University Press, 2013. p. 44-67.

KITZINGER J. Qualitative research. Introducing focus groups. **BMJ**, n. 311, p. 299-302, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>. Acesso em: 27 ago. 2019.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: Educ., 1998.

KONDER, M. **Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez 2011.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**; v. 38, p. 593-606, 2014.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O Apoio Matricial: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-35, 2016.

LIMA, M. *et al.* Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 41, p. 423-434, 2012.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 155-70, 2017.

MACHADO, D. M. *et al.* Psychiatric emergency service in Federal District: interdisciplinarity, pioneering spirit and innovation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0519>. Acesso em: 23 abr. 2022.

MAIA, Ana Maria Quintela. **A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). –Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da Linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010.

MANSO, B. P. PCC e milícias: a busca por lucro e ordem no mercado do crime. **Relatório dos Direitos Humanos no Brasil**, NEV. USP, 13 ago. 2021.

MATEUS, M. D. *et al.* The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **Int J Ment Health Syst.**, v. 2, n. 12, 2008. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1752-4458-2-12.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

MATOS, P. V. **O CAPS e o território**: a construção de redes para o cuidado a partir da implantação de um CAPS III. 2019. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial). - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2019.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MELZER-RIBEIRO *et al.* Abordagem na emergência psiquiátrica. In: FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. (Eds.). **Clínica psiquiátrica de bolso**. Barueri, SP: Manole, 2014.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

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**, v. 52, p. 153-164, 2014.

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 Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MIELKE, F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M.C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 61-77.

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

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, 2010.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 03, p. 592-611, 2014.

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Soc.**, v. 26, p. 462-74, 2017.

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ, V Jamile dos Santos. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018.

MÜLLER, M. R. *et al.* Saúde Mental no Rio: onde estamos e para onde vamos? **Página Grená**, Centro de Ensino e Pesquisa do IMS/UERJ, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2020/03/05/saude-mental-no-rio-onde-estamos-e-para-onde-vamos/>. Acesso em: 08 jun. 2019.

MUNIZ, P. L.; NOGUEIRA, M. I.; GULJOR, A. P. O fenômeno revolving door: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Diversitates International Journal**, UFF, v. 06, n. 02, p. 29-46, dez. 2014.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004.

NUNES, M. O. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossocial do adoecimento mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 903-15, out./dez. 2012.

NUNES, M. O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, Suppl. 1, p. 101-108, 2009.

ODA, A. M. G. R. *et al.* Psicopatologia e alteridade: dimensões éticas e políticas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 4, p. 693-696, 2018.

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**, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019.

OLIVEIRA, P. R. S. *et al.* O modo Psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. *In*: LIMA, A. F. (Ed.). **(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização**. Curitiba: Appris, 2018. p. 163-84.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 15-20, 2020. Número especial 3.

OLIVEIRA FONSECA, R. P. *et al.* Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia: relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi Asa Norte no Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 1, n. 1, p. 48-64, 2020.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde e Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 16-22, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e113/pt>. Acesso em: 08 jun. 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: set.. 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12 p. 4771-4790, 2020.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha Informativa sobre Covid-19.** Brasília: OPAS, 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **Lancet**, v. 392, n. 10157, p. 1553-98, 2018.

PATEL, V., *et al.* (Orgs.). **Global mental health:** principles and practice. Oxford: Oxford University Press, 2014.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2004.

PITTA, A. R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. R. (Org.). **Saúde e comunicação**: visibilidade e silêncios. São Paulo: HUCITEC, 1995.

PORTOCARRERO, V. M. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1980.

POUPART, J. *et al.* A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 215-253.

QUINET, A. (org.). **Extravios do desejo**: depressão e melancolia. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

RAMOS, D. K. R. GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. **Equipes de consultório de/na rua**. 19 mar. 2013a. Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/994-redes-tematicas/rede-de-atencao-psicossocial/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps-2.html?showall=1>. Acesso em: 5 set. 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Leitos em Hospital Geral. 2013. Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/994-redes-tematicas/rede-de-atencao-psicossocial/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps-2.html?showall=1>. Acesso em: 5 set. 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Rio de Janeiro: Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em: 22 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura. Anexo técnico I: informações sobre a área de planejamento 3.1. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/188552/DLFE-190313.pdf/1.0>. Acesso em: 5 set. 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura. **Anexo técnico I**: informações sobre todas as áreas de planejamento coordenação operacional de atendimento em emergências (emergência presente). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>. Acesso em: 5 set. 2017a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS Nº 4333 de 18 de março de 2020. Disponível em: https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir_materia/649285/4477. Acesso em: 5 set. 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2022. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em: 5 set. 2017.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343- 352, fev. 2014.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol Soc.**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROQUETTE, R. D. **A atenção à crise em saúde mental**: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia – Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, Barcelona, v. 1, n. 2. p.1-14, dec. 2008.

ROTELLI, F. *et al.* Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SALGADO, G. A. **Transferência e contratransferência na relação médico-paciente**. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMnc4W9B4JsBvFZJ/?format=pdf&lang=pt..> Acesso em: 18 out. 2019.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 28, n. 3-4, p. 350-358, 2017.

SCARCELLI, I. R. A contrarreforma na política de saúde mental: o que temos a ver com isso? **Jornal da USP**, 06 maio 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/>. Acesso em: 18 out. 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERAPIONI, M. Pluralidade metodológica e interdisciplinaridade na pesquisa em serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 589-591, 2012.

SHARAN P. *et al.* **Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: Results of a mapping project**. Geneva: World Health Organization, Global Forum for Health Research, 2007.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção á saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes, 2013.

SILVA, S. C. Atenção à crise em saúde mental nos serviços especializados da rede comunitária: uma revisão sistemática. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental**, v. 26, p. 124-139, 2021a.

SILVA, A. P. *et al.* Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 66-80, 2021b.

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, mar., 2022.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

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**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. p. 77-116.

SUTER, E. *et al.* Ten key principles for successful health systems integration. *Health Q*, Toronto, v. 13, p. 16-23, oct 2009. Número especial.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 121-136.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 777-796, 2009.

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

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; COSTA, K. S. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018.

TREICHEL, C. A. S.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-74.

VIEGAS, S. M. F. *et al.* O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 769- 784, jul.- set. 2010.

VIEIRA, S. M. *et al.* Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020.

VIOL, P. V. A. **Avaliação de desempenho de Unidades de Saúde, sob gestão de Organização Social de Saúde**. 2018. 68 f.

WETZEL C. *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2133- 2143, 2011.

WHITAKER, R. Uma leitura crítica da medicalização em psiquiatria. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 321-322, 2017.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 47-64, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2017**. Geneva: World Health Organization; 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 78**. Geneva: WHO, 2020b.

ZEFERINO, M. T. **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.

APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS

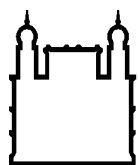
COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO E APOIADORES DE CADA ÁREA PROGRAMÁTICA- ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como se encontra estruturada a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro?
2. Você poderia falar sobre uma concepção de crise predominante nos serviços?
3. Como você concebe a crise?
4. Existe um planejamento para a rede de saúde mental específico para o tema da atenção à crise?
5. Como a rede de saúde mental do Rio de Janeiro tem atendido os pacientes em crise, ou seja, quais os circuitos (de equipamentos) possíveis durante as crises no Rio de Janeiro?
6. O CAPS III efetivamente tem funcionado como substituto ao hospital psiquiátrico?
7. Qual percentual de pacientes encontra resolutividade da crise nos CAPS III, prescindindo da rede hospitalar?
8. Quais os principais avanços e quais os principais entraves da rede para garantir uma boa atenção às situações de crise?
9. Com todo o Movimento da Reforma, você vê mudanças significativas nas práticas em Saúde Mental? Mudanças nos modos de lidar com as diferenças, com a loucura? Quais são essas mudanças?
10. Você gostaria de falar de algo que não foi perguntado?

COORDENADOR GERAL, COORDENADOR TÉCNICO - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por crise em saúde mental?
2. Qual o procedimento em casos de crise?
3. Existe algum protocolo de cuidado nessa situação?
4. Quais os circuitos (de equipamentos) possíveis durante as crises?
5. Quais profissionais são acionados em situação de crise e por quais motivos?
6. Qual o papel do profissional durante a crise do usuário, mesmo quando ele é encaminhado para outro serviço?
7. Qual a natureza das intervenções dos técnicos em situações de crise?
8. Quando e em quais situações os pacientes em situações de crise recorrem ao CAPS III?
9. Quando não recorrem, onde buscam ajuda?

10. A partir de sua experiência, quais tem sido os principais desafios deste CAPS no manejo da crise?
11. Você gostaria de falar de algo que não foi perguntado?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo CruzESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP**“A CRISE PSÍQUICA EM FOCO: uma análise da organização e funcionamento da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro.”**

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa “A CRISE PSÍQUICA EM FOCO: uma análise da organização e funcionamento da atenção à crise em saúde mental nos CAPS III da cidade do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Maria Fernanda Cruz Coutinho, aluna do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), sob orientação do Professor Dra. Gisele O’Dwyer.

O objetivo central do estudo é analisar o acolhimento à crise nos CAPS III no município do Rio de Janeiro. O convite se deve ao fato de você ser coordenador ou apoiador na rede de saúde mental no município do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você pode decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Sua recusa ou desistência de participar do estudo não trará nenhum prejuízo para o seu trabalho. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação será como entrevistado (a) através de vídeo chamada e o tempo de duração é de aproximadamente uma hora.

Os materiais produzidos durante as entrevistas ficarão sob a guarda do coordenador da pesquisa e serão usados apenas para fins de científicos. Você poderá ter acesso a esses materiais, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias. Os dados da pesquisa serão guardados em arquivo digital, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme Resolução 466/12 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP). Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da

pesquisa. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada da pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação e sem qualquer prejuízo.

Sua participação no estudo não implicará em qualquer despesa para você, e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Os riscos ou desconfortos relacionados ao estudo estão relacionados com a possibilidade, de você ser identificado, ainda que remotamente, uma vez que seus dados pessoais serão mantidos no anonimato, através de códigos de identificação em substituição ao seu nome e as informações que vier a prestar guardadas em sigilo. Você poderá encerrar a entrevista em qualquer momento que tiver interesse.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a tomada de ciência sobre o processo de Atenção à Pessoa em Crise realizado atualmente no CAPS, a possibilidade de reflexão e de transformação na rotina de cuidado. Assim como, a abertura de canais de comunicação entre os usuários, a coordenação e a equipe, e a identificação dos pontos importantes para análise do processo atual, além da criação em conjunto do processo de atenção à crise no CAPS.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado da pesquisadora. Além do mais, você poderá ter acesso ao resultado desta pesquisa por meio do relatório final que será produzido e que poderá ser solicitado ao coordenador da pesquisa a qualquer momento após a finalização da mesma.

Você terá direito a buscar uma indenização por meios legais diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

O participante deve imprimir ou arquivar o documento para ter os contatos da pesquisadora e do CEP.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

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

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Mangueiras - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do projeto de pesquisa e da solicitação de permissão para o uso das informações dadas por mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A realização da entrevista caracteriza meu aceite.

O participante deve imprimir ou arquivar o documento para ter os contatos da pesquisadora e do CEP.

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao paciente indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

Maria Fernanda Cruz Coutinho

Rio de Janeiro, _____ de 2020.

Contato com a pesquisadora responsável:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro.

Telefones: (0XX) 21-2598-2848/ e -mail: fernandacruzcoutinho@gmail.com.br