

Atenção à Crise em Saúde Mental: Narrando Itinerários de Cuidados

Attention to the Mental Health Crisis: Narrating Care Itineraries

Marinês Santos de Oliveira¹; Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Introdução: Na Rede de Atenção Psicossocial, recomenda-se, em substituição às instituições manicomiais, serviços específicos e ações de cuidados para apoiar sujeitos em crise, apesar do asseguração jurídica da internação psiquiátrica. **Métodos:** Abordagem qualitativa, em que utilizamos a narrativa como estratégia de pesquisa, com base em vivências profissionais na Atenção à Crise em Saúde Mental. **Resultados e Discussão:** Constatamos a necessidade de investimento intenso nas equipes, de envolvimento do domicílio como locus de cuidado e como suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais, e da efetivação do cuidado em saúde mental na AB. **Conclusão:** Os itinerários desvelam que a clínica psicossocial dispõe de tecnologias de cuidado sofisticadas, alinhadas à proposta do modelo psicossocial e potentes na atenção à crise.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Pesquisa Qualitativa

Abstract

Introduction: In the Psychosocial Care Network, it is recommended, instead of asylum institutions, specific services and care actions to support individuals in crisis, despite the legal guarantee of psychiatric hospitalization. **Methods:** qualitative approach, in which we use narrative as a research strategy, based on professional experiences in Mental Health Crisis Care. **Results and Discussion:** We verified the need for intense investment in the teams, for the involvement of the home as a locus of care and as a support for strengthening family relationships and social networks and the effectiveness of mental health care in AB. **Conclusion:** The itineraries reveal that the psychosocial clinic has sophisticated care technologies, aligned with the proposal of the psychosocial model and potent in crisis care.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Rehabilitation, Qualitative Research

Introdução

No âmbito da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serviços específicos e ações de cuidados foram recomendados para apoiar os sujeitos em crise, seguindo os fundamentos do modo de operar no modelo de atenção psicossocial, como proposta substitutiva às instituições manicomiais. A estrutura de apoio e a estratégia de cuidado que se destacam na organização da RAPS para atenção à crise são, respectivamente, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

tipo III e a Hospitalidade Noturna (HN), embora nem todos os municípios do país estejam contemplados por esta modalidade de serviço.¹

A HN foi proposta com o objetivo de minimizar o uso dos leitos psiquiátricos, passando, inclusive, a fazer parte dos procedimentos de cuidados (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde no Boletim de Produção Ambulatorial – RAAS/BPA) do CAPS, e estando prevista na tabela SUS de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos.²

O CAPS tipo III tem como recurso a hospitalidade noturna, com possibilidades de receber e cuidar de alguém, de modo intensivo, 24 horas, em momentos de rupturas, após avaliação pela equipe como um processo de crise. Esse recurso de HN abrange ofertas terapêuticas individuais e coletivas, avaliação médica,

¹ Marinês Santos de Oliveira (maoliveira1900@gmail.com) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e coordenadora de Saúde Mental do município de Santo André.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP do Instituto de Saúde/SES/SP

de enfermagem e da referência terapêutica. Todavia, do ponto de vista legislativo, a internação psiquiátrica ainda segue prevista na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.^{3,4}

A política de governo, quando opta pelo financiamento da internação psiquiátrica, tem consequências deletérias para os usuários da RAPS, na medida em que essa conduta retira o sujeito do circuito de cuidado psicossocial na Atenção à Crise, estabelecido no processo de desinstitucionalização e de substitutividade ao manicômio.

A implantação das práticas substitutivas que prescindem do leito em hospital psiquiátrico cria uma tensão no jogo de forças entre o modelo psicossocial e o manicomial. Nos momentos de crise de um paciente, nos quais as ações rápidas e urgentes são requisitadas, é comum emergir o imaginário social encarnado no modelo hospitalocêntrico. A ausência de ofertas de ações como a HN nos CAPS III também contribui para o protagonismo do campo biomédico, cujo registro da crise coloca em evidência os sinais, a agudização dos sintomas e o rompimento com a suposta normalidade. Exige-se o diagnóstico, a psicofarmacologia e a supressão das manifestações patológicas, favorecendo a internação psiquiátrica como intervenção prioritária.⁵

Nesses casos, a incapacidade para atender à crise coloca em suspeição a oferta de resposta, resolutividade, organização, fluxos, qualificação da equipe e gestão. O pronto-socorro passa a ocupar lugar central da rede e transforma-se em importante analisador dos entraves, dos pontos críticos e das fragilidades dos serviços psicossociais.^{6,7}

Crise e a Rede de Atenção Psicossocial: Tecendo um conceito relacional

Operar as vertentes teóricas de crise em saúde mental no cotidiano dos serviços e promover tecnologias de cuidado psicossociais são desafios complexos, que exigem dos profissionais um referencial que produza orientação, racionalidade clínica e manejo técnico.

Entre os repertórios teóricos existentes, este trabalho faz predileção pela psicanálise e pelos conceitos

que fundamentam a Clínica Psicossocial das Psicoses e o Modelo de Atenção Psicossocial. Opta-se pelo conceito de crise em saúde mental como algo produzido nas relações, no contexto de vida, entre as pessoas, em momentos de conflitos, rompantes, apresentando sintomas e sinais que não necessariamente serão suprimidos, mas suportados e acolhidos pelos profissionais. Um episódio de crise pode provocar uma desestabilização passageira ou permanecer prejudicando o estado de equilíbrio da pessoa com relação ao seu corpo e ao meio ambiente. Abrange o campo das relações vinculares, dos determinantes sociais em saúde, do cuidado no território de vida e na preservação dos direitos dos sujeitos.^{8,9}

Os autores¹⁰ trazem o tema para uma vertente psicossocial, denotando que a crise se desenvolve no âmbito coletivo, e que o usuário deve poder atravessá-la conservando, na medida do possível, sua continuidade existencial e histórica, sendo garantida a ele a manutenção dos vínculos com seu ambiente e com pessoas significativas em sua vida, e a formação de novos vínculos no próprio serviço. Nesse sentido, Knobloch¹¹ é elucidativo:

“A crise pode ser designada 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.”¹¹

Com subsídios da clínica psicossocial, Silva⁹ conceitua o fenômeno da crise psíquica como manifestações relacionais e sociais indissociáveis, que provocam ressonâncias e perturbações nos ordenamentos e normas coletivas. Segundo o autor, a emergência psiquiátrica, apresentada a partir dos comportamentos violentos, disruptivos e bizarros,

“é fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. Se a psicose não se apresentar sob esse formato disfuncional, ela não é problema para ninguém, a não ser talvez para o sujeito que vive essa estranha experiência.”⁹

Considerando os entendimentos expostos sobre a Atenção à Crise na Saúde Mental, este artigo tem o objetivo de promover uma reflexão teórica e técnica acerca do tema e das tecnologias de cuidado disponíveis, bem como abrir perspectivas para os modos de atenção inovadores no modelo de atenção psicossocial.

Os caminhos metodológicos

As narrativas nas Ciências Sociais em Saúde vêm despontando, nas últimas décadas, como importante estratégia de pesquisa, desconstruindo a solidez positivista e de neutralidade entre pesquisador e objeto pesquisado no campo epistemológico. Segundo os autores Onocko-Campos e Furtado¹², no cenário de pesquisas sanitárias, “abordagens metodológicas tradicionais não têm sido suficientes para compreender os dilemas e impasses dessas novas práticas de saúde”. Ao inserir em sua análise a cultura, a ação social e a experiência pessoal, as narrativas alinham-se aos princípios da saúde coletiva e promovem espaços de críticas e reflexões relativas ao modelo hegemônico biomédico de cuidado, à patologização e à medicalização das questões sociais e da vida¹³. Exigem despir-se de um academicismo culturalmente rígido em seus números e análises, ao mesmo tempo que expõem, sem quaisquer filtros, o autor dessa narrativa. O autor é, ao mesmo tempo, quem escreve e quem analisa, sob luz da ciência, a si próprio, sua trajetória e seu caminho. Seu experimento pessoal está posto à prova desde a primeira linha, vírgula, sem margem para erro ou lapso de algum fato, observação, revisão ou reconhecimento dos atos. Não se trata de uma simples descrição de histórias. A narrativa exige vivência, implicação e subjetividade.

As narrativas preservam a capacidade de identificar transformações, continuidades, hegemonias e rupturas sociais, nomeando os limites impostos por alguns estilos de pensamentos e racionalidades (clínica, modelo biomédico, positivismo, etc.), e de buscar a integralidade no cuidado e na formação em saúde de modo mais abrangente.¹⁴

A partir das narrativas de itinerários profissionais vivenciados na Atenção à Crise em Saúde Mental, em distintos cenários sócio-político-culturais do Brasil, compreendeu-se que os estudos narrativos contribuiriam para melhor investigar, entender, interpretar e (res) significar o tema da crise e das tecnologias de cuidado disponíveis no modelo psicossocial.

Os três itinerários de cuidado narrados a seguir dizem respeito às experiências biográficas da primeira autora na assistência e na gestão em saúde mental: 1) Psicóloga da Saúde Mental na Atenção Básica no sertão baiano; 2) Apoio Técnico em Saúde Mental e 3) Coordenadora da Saúde Mental; estas duas, desenvolvidas nas cidades da Região Metropolitana de São Paulo.

Neste trabalho, os itinerários caminhados e narrados estão carregados de experiências que trouxeram dúvidas, angústias, incertezas sobre como operar tecnologias de cuidado estabelecidas nos manuais, guias e compêndios. Muitas vezes, esses episódios eram acalmados com a luz da teoria. Em outras ocasiões, eram embaralhados por uma literatura distante da realidade das pessoas, das suas comunidades, dos modos peculiares que operam suas vidas. Como lembra a autora Zygoris¹⁵: “os mapas não são os territórios”. Muitos caminhos alicerçados no empirismo fizeram nascer novas reflexões, novas invenções e novas costuras teóricas entre Psicanálise, Sociologia, Psicologia, Filosofia e tantos outros saberes. As linhas entre o que se lê e o que se faz ora se sobrepõem, ora correm separadas no trabalho vivo em ato, um processo de infinita retroalimentação.

A construção das narrativas, em itinerários teórico-metodológicos, possibilitou apreender conceitos e práticas que expressam diferentes lógicas no campo do cuidado em saúde mental, por meio das quais os

princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do Modelo de Atenção Psicossocial puderam ser questionados. Como resultado, produziu um estudo avaliativo dos conceitos, tecnologias de cuidados e das respostas ofertadas pelos municípios na atenção à crise.

A narrativa dos itinerários: Um brevíário

Os itinerários descritos desvelam que a clínica psicossocial dispõe de tecnologias de cuidado sofisticadas e potentes na atenção à crise. As tecnologias que atuam na relação, como intensificação de cuidados, manejos vinculares, alteridade, posição orientada, atendimento domiciliar, filiação social e cuidado às famílias alinham-se com a proposta do modelo psicossocial e podem ser acionadas no cotidiano dos serviços substitutivos, no território, nas práticas comunitárias e no domicílio dos usuários.

No começo, tudo era sertão

Em cidades marcadas pela insuficiência nas redes de serviços de saúde e pela falta de profissionais especializados, os processos e arranjos de trabalhos devem focar-se, além do domicílio, nos recursos disponíveis no território e na comunidade.

No primeiro município no sertão baiano em que atuei, um grande fator positivo era a existência do distrito sanitário com 100% de cobertura pelo Programa Saúde da Família (PSF). A organização contemplava sete PSF, com dois postos de saúde satélite^{III} e uma UBS. Segundo os autores Martins e outros¹⁶, do ponto de vista da gestão e da produção de saúde, um território com cobertura de Estratégia Saúde da Família apresenta melhor desempenho e serviços prestados em relação àqueles territórios que ainda estão sob o regime de UBS tradicional (sem agentes comunitários de saúde - ACS) ou de áreas totalmente descobertas.

^{III} O Posto de Saúde Satélite cumpria os requisitos dos antigos "postinhos de saúde". Localizava-se na comunidade mais distante ou de difícil acesso do PSF. Em um dia da semana, o médico e a enfermeira estavam presentes. Nos demais, apenas um profissional técnico de enfermagem era o responsável.

Era preciso propor uma reestruturação produtiva no campo da saúde mental que pudesse garantir a desinstitucionalização do fazer saúde mental, corresponsabilização, integralidade e continuidade do cuidado, fortalecimento dos vínculos, empoderamento profissional de outras categorias, apoio matricial às equipes, parcerias intersetoriais, a discussão do *setting* terapêutico, propondo o território e a comunidade como centrais nesse processo e, principalmente, na Atenção à Crise.

Inicialmente, havia uma agenda da área de Psicologia na Unidade Básica de Saúde do centro da cidade, organizada exclusivamente com foco na psicoterapia individual. Com o passar das semanas, fui me apropriando desse processo para ocupar e estar no território, o que resultou em uma agenda enxuta, apenas com casos que exclusivamente necessitavam de um cuidado individual mais intensivo e pontual.

Esse primeiro movimento foi o início de um grande processo de trabalho. A primeira parte foi dividida em algumas etapas: conhecer a rede de saúde e a rede intersetorial, os profissionais, os territórios, as comunidades; levantar e estabelecer os desafios e potencialidades de cada localidade; realizar um diagnóstico inicial; organizar um projeto de saúde mental do município.

A segunda etapa teve como marco o trabalho junto com os ACS. Iniciamos por meio de encontros semanais com as equipes do centro urbano. A princípio, alguns temas importantes em saúde mental foram apresentados: psicopatologias e sofrimento psíquico, atenção psicossocial, intensificação de cuidados, Atenção Domiciliar, Atenção à Crise, vínculo, acolhimento, escuta ativa, projeto terapêutico, matriciamento, entre outros pontos. Posteriormente, alguns casos emblemáticos eram discutidos e repensados para elaborar as estratégias de cuidados.

A parte mais importante foi o fazer junto, consolidando a segunda etapa. Passei a realizar visitas e atendimentos compartilhados, desbravando os territórios, caminhando pela comunidade, adentrando os domicílios, tudo pela óptica de um profissional-guia. Realizávamos atendimentos aos usuários, suporte

às famílias, mediações das tensões e dos conflitos, grupos e encontros coletivos nas escolas, igrejas, associações. Dar visibilidade e validar o potencial e o saber desse profissional fez toda a diferença para a entrada da saúde mental no Programa Saúde da Família.

Apostar no cuidado comunitário foi imprescindível para a construção e o fortalecimento desse projeto no sertão baiano. Entretanto, a grande aposta foi apresentar o domicílio como o lugar da atenção à crise. Não se tratava de uma visita domiciliar, mas de atenção domiciliar. Apostar em uma intensificação de cuidado a partir desse lugar, com frequência e regularidade no encontro com o sujeito, no seu momento de ruptura com a realidade, com as relações, com a comunidade.

A cidade grande e seus duros arranjos psicossociais

Três anos depois da experiência no sertão baiano, em 2015, dou início a uma jornada no campo da saúde mental no Grande ABC, em São Paulo. A minha inserção no Grande ABC começa no município que chamarei de “*Cidade I*” (de 2015 a 2017), em um momento bem profícuo da RAPS local e da saúde mental no Brasil.

Tratava-se da época de ouro do Modelo Psicossocial. Entre 2003 e 2014, o governo federal realizou os maiores investimentos no campo da saúde mental antimanicomial.¹⁷ Momento ímpar, sem precedentes na sanção de portarias, normativos técnicos e editais que promulgavam o Programa de Volta pra Casa (PVC); a ampliação das equipes do Consultório na Rua; a instituição da RAPS e o papel de cada equipamento; o financiamento fixo via Fundo Nacional de Saúde para os CAPS, independentemente do boletim de produção ambulatorial (BPA); a implantação da RAAS, com procedimentos específicos do campo psicossocial; portaria de implantação, habilitação e financiamento para Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, CAPS, residências terapêuticas; editais de financiamento para projetos de reabilitação psicossocial, trabalho, cultura e inclusão social na RAPS; projetos de educação permanente como os Percursos Formativos e Caminhos

do Cuidado; portaria de financiamento de supervisão clínico-institucional, entre outros.

Embora não fosse uma mudança em todo o país de forma congruente, com distribuição de recursos igualitários, eram notórios os impactos e as mudanças no campo da saúde mental. Quando o foco de todo o projeto em saúde mental é realizado com e a partir do sujeito, constata-se a “*reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social*”¹⁸. A Cidade I era o exemplo da consolidação desse processo nacional, apesar de alguns desafios pertinentes à sua gestão, tais como: fortalecimento das equipes nos territórios e nos domicílios dos usuários; infraestrutura física de alguns serviços; Atenção Básica e Saúde Mental; transporte e equipes insuficientes em alguns equipamentos.

Por mudanças na gestão, deixo a *Cidade I* no início de 2017. No mesmo ano, chego a fazer parte como Apoio Técnico da Coordenação de Saúde Mental de uma segunda cidade dessa mesma região, na qual fico apenas até agosto de 2018. Optei por não relatar essa experiência, dado o panorama crítico de cunho político-partidário que a cidade atravessava. O cenário proporcionou retrocessos sem precedentes na cidade, afetando diretamente os municípios no campo das políticas públicas de saúde, assistência social e educação.

Em 2018, iniciei uma nova jornada como Apoio Técnico em Saúde Mental na Secretaria de Saúde da *Cidade II*. Logo no início de 2019, assumo a Coordenação de Saúde Mental e um desafio ímpar, devido ao panorama nacional que o país enfrentava com a suspensão de importantes investimentos no campo da RAPS, desde 2017, e a pandemia da covid-19, logo no início de 2020.

Em um momento anterior, em meados de 2016, logo após a mudança política no cenário nacional, as cidades viram seus processos ameaçados e abruptamente interrompidos com a suspensão de editais, de recursos e com alterações importantes na direção da política de saúde mental do país. Ao final de 2017, o governo federal promulgava em portaria a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação

de recursos para as comunidades terapêuticas (CT) e os cortes e limites de financiamento em serviços da rede extra-hospitalar existentes ou em processo de habilitação.

Todos os anos que custaram a implementação e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e do Modelo de Atenção Psicossocial estavam agora ameaçados em sua ampliação e manutenção por um projeto que declaradamente vinha para favorecer, novamente, as instituições totais: hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas.

Por sua vez, quaisquer avaliações das RAPS nesses dois últimos anos não podem desconsiderar como a pandemia da covid-19 provocou impactos sanitários significativos e perenes, exigindo (re)inventar a gestão dos serviços de saúde, fluxos, processo de trabalho, arranjos de rede e qualificação dos trabalhadores, sem quaisquer novos investimentos financeiros.

De todo modo, o cotidiano do meu trabalho prosseguia. De início, já era possível verificar, com o mapeamento da RAPS empreendida, a defasagem da cobertura de serviços de CAPS e UBS com ESF na maior área de vulnerabilidade e desigualdade social do município. Tal fato comprometia o projeto terapêutico singular de cuidado integral e longitudinal dos usuários, resumindo-se em ações pontuais, essencialmente na crise, além de uma rotina marcada por um “cessar fogo” ininterrupto.

Outra verificação: de todos os casos que chegavam ao PS de psiquiatria, 75% dos usuários atendidos, seguindo o fluxo estabelecido, ocupavam os leitos de saúde mental em hospital geral e em hospitais psiquiátricos, não retornando aos CAPS. Ao filtrar os dados desses usuários, boa parte havia passado ao menos duas vezes por mês no PS, mesmo tendo sido encaminhado ao CAPS. A lista deixava claro que se tratava dos usuários mais complexos, de maior exigência técnica e intensificação de cuidado no serviço CAPS. A proposta para mudar essa situação foi a criação e o compartilhamento de um censo diário no PS de psiquiatria com informações sobre os usuários que estivessem na observação psiquiátrica. Considerando a necessidade de priorização desses casos nos CAPS,

essas informações deveriam ser enviadas para a Coordenação de Saúde Mental e para a gerência de todos os centros, servindo para acompanhar e monitorar os casos que estivessem no PS de psiquiatria.

Do ponto de vista qualitativo, esse mecanismo aproximou as equipes do PS de psiquiatria e dos CAPS, ampliou as discussões acerca do conceito, manejo e da inserção dos usuários com necessidades de cuidados intensivos 24 horas, qualificou o acolhimento noturno, promoveu critérios técnicos para uso dessa tecnologia de cuidado e provocou as ofertas de atendimento às famílias quando seus entes estão em acolhimento noturno nos serviços.

Nesse mesmo percurso da (des)construção, um trabalho árduo vem sendo realizado, desde 2019, no CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e no CAPS infantojuvenil (IJ) da *Cidade II*. Sair de um *modus operandi* sintomático de ambulatório e essencialmente de ofertas de grupos para uma perspectiva de clínica ampliada no território invoca uma (des)construção de conceitos, processos, fluxos, (in)compreensão da “Clínica AD” e da Clínica da Infância e Juventude, (des)entendimento da Política de Redução de Danos *versus* Abstinência, bem como a crescente patologização do processo de ser criança. É um processo em curso perene, minucioso, costurado fio a fio, que prescinde da negociação sutil na vida cotidiana dos profissionais, usuários, família, rede e gestão participativa.

Houve ampliação de recursos humanos, melhorias na estrutura física, supervisão clínico-institucional, bem como a promoção de educação permanente para os profissionais. Nesse sentido, é importante salientar que todo o trabalho tem o apoio da gestão central e é construído e compartilhado com e entre gestores alinhados com diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Esse fortalecimento da Política Pública de Saúde Mental da *Cidade II* manifesta-se na obtenção de premiações em eventos que destacam projetos exitosos e potentes no SUS, da esfera estadual e nacional.

Postos todos esses avanços no CAPS AD da *Cidade II*, alguns pontos continuam intrincados como novos desafios a serem percorridos: matriciamento,

cuidado dos casos com menores complexidades no campo AD e o tema da dependência química dos opioides e benzodiazepínicos.

Considerações, apontamentos e conclusões

As cidades metropolitanas que oferecem uma abundância de serviços de saúde para as situações de crise, especialmente os hospitais psiquiátricos, precisam dispor do enfrentamento ao modelo biomédico, que concentra a atenção à crise essencialmente no profissional médico e nas instituições, abdicando das práticas psicossociais. Em ambos os cenários, foi constatada a necessidade de investimento intenso nas equipes, de envolvimento do domicílio como *locus* de cuidado e como suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais, e da efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

Nem sempre o contexto é favorável à desconstrução do fluxo de direção única CAPS -pronto atendimento - hospital psiquiátrico, que ocorre na maioria dos arranjos de atenção à crise. Esse cenário é típico e coloca em risco o projeto de Modelo Psicossocial e as bases de sustentação da Reforma Psiquiátrica. Nessa configuração, o principal desafio é suprimir do imaginário social a ideia da instituição fechada como locus único possível de intervenção na crise e a figura do médico e da psicofarmacologia como agentes exclusivos do cuidado. O diferencial marcante desse arranjo de dispositivos diz respeito às decisões do coletivo (equipe, gestor da unidade, apoio técnico e coordenação) sobre as possibilidades terapêuticas e de intervenções ou cuidados imediatos nos momentos de crise de usuários. Para os resultados conquistados, de redução de 50% a 75% na ocupação de leitos do PS-HP por meses seguidos, como os observados em um dos municípios, foram decisivos os grandes investimentos na ampliação e fortalecimento da rede, mudanças nos processos de trabalho, construção de fluxos e protocolos, e instrumentos de monitoramento de indicadores por parte da gestão.

Apesar dos avanços significativos, as práticas manicomiais persistem nos cotidianos dos serviços

e das equipes, onde impera a busca da retaguarda hospitalar e dos cuidados exclusivamente médicos nos momentos da assistência à crise. O financiamento à RAPS não alcançou patamares suficientes para sua implantação e seu fortalecimento, sendo comum encontrar equipes escassas e exaustas, presas aos muros dos serviços, com agendas lotadas e modos cristalizados de trabalho na clínica da saúde mental. No entanto, observou-se, também, que o quantitativo de serviços não necessariamente se traduz em melhor atenção à crise. A efetividade da atenção à crise está relacionada com o estabelecimento de fluxos, com a interlocução positiva entre os serviços que compõem a RAPS, com as equipes atuando no território a partir dos recursos comunitários, da atenção domiciliar, do apoio às famílias, da intensificação de cuidado, entre outros. Tais práticas constituem-se em tecnologias de cuidado potentes e promotoras de atenção psicossocial, alinhadas aos princípios do SUS e da RPB, sobretudo nos momentos de maiores fragilidades psíquicas dos sujeitos e dos seus núcleos familiares.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências [internet]. 2017 [acesso em 15 set 2021] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
2. Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Acessar a tabela unificada [internet]. 2022 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em 10 set 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [acesso em 11 set 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

5. Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa; 2015.
6. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, Brito C, Medeiros I, Bezerril MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Revista Polis e Psique*. 2012;2 (3):95-127.
7. Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*. 2007; 13(1): 169-190.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília (DF); 2014. (Série Técnica navegador SUS; 9)
9. Silva MVO. A clínica psicossocial das psicoses. [Editorial] *Rev Extensa Intensa*. 2007; Vol. n. 1:11-13.
10. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, coordenador. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor; 1991. p. 53-79.
11. Knobloch F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ; 1998.
12. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42:1090-6.
13. Onocko-Campos, RT. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis [internet]*. 2011 [acesso em 10 jan 2023]; 21(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-
14. Ceccon RF, Garcia-JR CAS, Dallman JMA, Portes VM. *Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2022.
15. Zygouris R. *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta; 2003.
16. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]*. 2017 [acesso em 21 ago 2023];11(38):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252>
17. Desinstitute; Weber, Renata (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021
18. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. São Paulo: TeCorá; 2001.