

## Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão

Maura Lima Bezerra e Silva<sup>I</sup>

Magda Diniz Bezerra Dimenstein<sup>II</sup>

---

Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão

### RESUMO

A atenção à crise é estratégica na Rede de Atenção Psicossocial, sendo ainda um desafio. Nesse âmbito, discute-se, entre os recursos utilizados em um CAPS II, o encaminhamento ao Serviço de Emergência Psiquiátrica e a internação psiquiátrica, na perspectiva da Atenção Psicossocial. O estudo, caracterizado como Pesquisa Intervenção e inspirado na Análise Institucional, utilizou entrevistas e rodas de conversas com trabalhadores do Serviço. Identificou-se uma utilização implicada, mas com dificuldades no manejo dos casos de crise grave. Algumas fragilidades da Rede, como a não garantia de acolhimento noturno e a falta de leitos integrais, impõem um estreitamento da atenção à crise nos CAPS II. A conexão entre crise e risco de periculosidade surge como fator que reforça a construção dessa resposta à crise. Nesse contexto, destaca-se a dificuldade da Rede em construir uma resposta à crise, integral e contínua, aspecto que problematiza as diretrizes e o funcionamento do modelo psicossocial.

**Palavras-chave:** Atenção à crise; CAPS; Atenção Psicossocial.

---

Crisis management: referral and psychiatric hospitalization in question

### ABSTRACT

Attention to crisis is strategic in the Psychosocial Attention Network, being still challenging. Among resources used in a CAPS II in this field, referral to Psychiatric Emergency Service and admission in psychiatric hospital are discussed under the perspective of Psychosocial Care. An Intervention Research took place, relied on Institutional Analysis, using interviews and conversation groups with workers of the center. An implicated use of these resources was identified but also difficulties in the management of severe crisis. Weaknesses of the Network, as the lack of guarantee of night shelter and integral care couches, impose a narrowing of attention to crisis in the CAPS II. Connection between crisis and risk of danger emerges as a factor enhancing the construction of this response to the crisis. In this way, the difficulty of the network to build an integral and ongoing response to the crisis is highlighted, which problematizes guidelines and functioning of the psychosocial model.

**Keywords:** Attention to crisis; CAPS; Psychosocial Care.

---

Gestión de crisis: derivación y hospitalización psiquiátrica en cuestión

## **RESUMEN**

La atención a la crisis es estratégica en la red de Atención Psicosocial sigue siendo un desafío. En este contexto, se discute, entre los recursos utilizados en CAPS II, la derivación al Servicio de Urgencias de Psiquiatría y la internación en hospital psiquiátrico, en vista de Atención Psicosocial. El estudio, que se caracteriza como una Intervención de Investigación e inspirado en el Análisis Institucional, utilizó entrevistas y conversaciones con los trabajadores. Se identificó un uso implícito, pero con dificultades en el manejo de casos de crisis grave. Algunos puntos débiles de la red, como el refugio nocturno y la falta de camas, imponen una mayor atención a la crisis en CAPS II. La conexión entre la crisis y el riesgo de peligro surge como un factor que refuerza la construcción de esta respuesta a la crisis. En este contexto, se enfatiza la dificultad de la red de dar una respuesta integral y continua a la crisis, aspecto que problematiza las directrices y el funcionamiento del modelo psicosocial.

**Palabras clave:** Atención a la crisis; CAPS; Atención Psicosocial.

---

## **Introdução**

Este artigo traz um recorte da nossa pesquisa de doutorado intitulada **Atenção à crise e matriciamento: analisadores da Estratégia Atenção Psicossocial**. Nesta condição, discute, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial, especialmente, duas dentre as estratégias utilizadas na atenção à crise por uma equipe de CAPS II de uma capital do Nordeste brasileiro: o encaminhamento ao serviço de emergência e a internação psiquiátrica.

A luta pela superação do aparato manicomial, disparada pela Reforma Psiquiátrica, implica, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a transformação efetiva da assistência às pessoas em situação de sofrimento psíquico. De acordo com Costa-Rosa (2000), funcionar numa lógica autenticamente substitutiva ao modo manicomial configura as ações em saúde mental como práticas de atenção psicossocial.

Um aspecto crucial para a concretização da função de substitutividade dos serviços se refere ao modo como as equipes operam nos componentes da RAPS. A qualificação das práticas e dos serviços é um elemento imprescindível à sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a atenção à crise se revela como um eixo estratégico do cuidado da RAPS, vez que sua viabilização, fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos, garante a permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o circuito de internações, segregações e cronificações tão conhecido. Desse modo operada, a atenção à crise garante a função substitutiva dos serviços e ações na RAPS.

Na lógica da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o CAPS é um serviço estratégico, funcionando como compositor e (re)organizador da rede de saúde mental do território de sua abrangência e como articulador de outros recursos sócio-comu-

nitários, através de parcerias intersetoriais (Brasil, 2004). Ademais, como componente especializado de referência no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico e em dificuldades para o exercício integral de suas vidas, cabe-lhe o cuidado-acompanhamento à crise. Na RAPS, esse serviço é uma referência de hospedagem à crise, a partir do modelo de atenção e suporte psicossocial dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito e, como indica o Ministério da Saúde – MS (Brasil, 2004), à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos: nos espaços de contratualidade e cidadania.

O quadro de referência da PNSM nos orienta a compreender os CAPS como ferramenta que ocupa função estratégica na missão de substituição da lógica manicomial e no horizonte da reinserção (Brasil, 2004). Quando guiada pela bússola da desinstitucionalização e da reinserção, a atenção à crise, com outras ações estratégicas, é fundamental ao êxito dessa missão. “O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (Brasil, 2004, p. 17).

### **A atenção à crise como desafio estratégico da Reforma**

Quando efetivamente viabilizada no cotidiano desses serviços, defendemos que a atenção à crise representa um ponto de amarração de diversas estratégias propostas pela PNSM. Ou seja, a garantia do manejo satisfatório da crise nos moldes psicossociais atua como fator que colabora para a mudança de itinerário dos usuários, dos hospitais psiquiátricos para os serviços territoriais, fortalecendo a política de desospitalização vigente. Fortalecendo-a, esse modo de atenção à crise potencializa o processo de desativação de leitos psiquiátricos, reforçando a premência de amplificar a incorporação de egressos ao Programa De Volta Para Casa, bem como de expandir os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Leitos de Atenção Integral nos Hospitais Gerais. No limite, um modo psicossocial de atender à crise poderá clarear, ainda, o fluxo da relação dos serviços territoriais com os de urgência e emergência psiquiátrica, com efeitos reordenadores da Rede.

Após uma década de aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, o cenário do campo da saúde mental no Brasil se apresenta em ritmo de mudanças, sendo inegáveis seus avanços. Aqui, destacamos a política de desospitalização em vigor, através da qual se obtém a diminuição progressiva de leitos, o descredenciamento e o fechamento de alguns dos principais parques manicomiais do país. A inversão dos gastos públicos, antes focados na assistência hospitalar, e a significativa ampliação da rede de CAPS configuram-se também como indicadores dos avanços nesse cenário. Ao mesmo tempo, pela complexificação inerente ao processo de avanços, um leque de desafios se põe para enfrentamento. Dentre eles, o eixo da atenção à crise se revela como desafio em todo o território nacional.

Como tal, a atenção à crise desponta como um dos problemas mais evidentes e de difícil manejo para as equipes nos diversos pontos da RAPS (Dimenstein et al., 2012). De acordo com Lima, Jucá, Nunes e Ottoni (2012), “Dar conta de usuários em crise [...] tornou-se o principal desafio desse modelo substitutivo” (p. 424). Atualmente, trabalhadores dos CAPS sinalizam uma mudança importante no perfil das pessoas que os buscam. Sob a vigência da política de desospitalização, indicam que, cada vez mais, as situações de crise têm aparecido, apontando a necessidade de um novo modo de organização para, com qualidade, recebê-las, cuidar delas e acompanhá-las.

Com esse reconhecimento, o MS sinaliza que a qualificação dos dispositivos de atenção à crise, como um eixo-desafio, demanda diversas frentes de investimento no campo da Atenção Psicossocial. Pelo Ministério, evidencia-se a relevância de garantir

processos de educação permanente para o manejo da crise; a importância de viabilizar a expansão dos CAPS III e dos Leitos de Atenção Integral, em hospitais gerais; e a necessidade de enfrentar problemas referentes aos atendimentos de urgências e emergências (Brasil, 2011b).

Sabendo estar em curso, no país, um largo processo de expansão da rede de CAPS; reconhecendo sua missão de prestar atendimento à crise; compartilhando da visão que reconhece os problemas e o lugar de desafio que a atenção à crise ocupa, atualmente, no campo da atenção psicossocial; e implicados com o fortalecimento desse eixo-desafio, em tal cenário, discutimos recursos e estratégias utilizados, na atenção à crise, por uma equipe de CAPS II, a partir da perspectiva dos seus trabalhadores, analisando-os à luz da Atenção Psicossocial.

### **Aspectos metodológicos**

Inspirados em pressupostos da Análise Institucional, apresentamos o trabalho como uma Pesquisa Intervenção, assumindo a posição de que o pesquisador, no campo de sua tarefa, transforma e é transformado pelo seu objeto de estudo. Nessa ótica, o "objeto" deixa de ser apenas um elemento de estudo, constituindo-se cenário de intervenção. Isso faz do pesquisador um agente de mudanças (Rodrigues, 2002) e do método de investigação um artifício de intervenção.

Como recurso metodológico, realizamos entrevistas semiestruturadas, com 27 trabalhadores de todas as categorias profissionais e níveis de escolaridade de um CAPS II de uma capital do Nordeste brasileiro, disparando reflexões sobre a atenção à crise. Além das entrevistas, foram realizadas três rodas de conversa, contando com a participação de 25 trabalhadores, aproximadamente, em cada roda. Como critério de participação nas entrevistas, estabelecemos a disponibilidade dos trabalhadores. Já nas rodas, condicionou-se a presença deles ao espaço destinado às reuniões de equipe. Com sua permissão, as entrevistas e as rodas foram gravadas e registradas em diário de campo.

O Serviço pesquisado, à época, ano de 2012, tinha 12 anos de funcionamento e uma equipe de 40 profissionais, sendo referência para 18 bairros do Distrito Sanitário ao qual pertence, bem como para seis Serviços Residenciais Terapêuticos.

Caminhando sob a perspectiva da Pesquisa Interventiva, por meio das entrevistas e das rodas, pretendeu-se ofertar aos trabalhadores um espaço de reflexão sobre a atenção à crise, no modelo da Atenção Psicossocial. Nesse espaço, buscou-se impulsionar, pela via da implicação, a construção de compreensões do modo como operam na crise, a finalidade de suas ações, seus horizontes éticos, bem como os desdobramentos dessas ações nos usuários. De acordo com Lourau (1993), a análise que produzimos acerca dos lugares que ocupamos nas instituições, nas relações, na vida e no mundo configura a análise de implicação. Nesse sentido, a análise de implicação é compreendida como "[...] um instrumento por excelência do pesquisador-interventor" (Paulon, 2005, p. 23), na medida em que opera revelando "[...] as contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de um grupo" (Paulon, 2005, p. 24). Em absoluta concordância com o pensamento dessa autora, afirmamos na ideia de que é preciso "implicar-se para conhecer" (Paulon, 2005, p. 22).

A oferta desse espaço, a análise e a troca de experiências – entre os trabalhadores e a pesquisadora –, proporcionadas nos momentos individuais das entrevistas e nos coletivos das rodas, configurou-se como uma ferramenta microinterventiva relevante aos propósitos ético-políticos da pesquisa, em sua intencionalidade de operar para o fortalecimento da lógica estratégica substitutiva do Serviço. Relevân-

cia acentuada no cotidiano dos CAPS, em que parar o que se faz e refletir tem sido tarefa pouco exitosa.

O questionamento do sentido da ação da pesquisa e do pesquisador é considerado um mote da Pesquisa Intervenção (Barros & Passos, 2000). Desse modo, importa dizer que o sentido da ação de intervenção proposta busca movimentos e metamorfoses nas relações dos atores e do próprio pesquisador. Tudo isso sem que se defina um ponto de origem e um alvo claro e preciso a ser atingido. O que importa são os processos de diferenciação (Barros & Passos, 2000).

Pela implicação mútua aberta entre os participantes, entende-se ter sido possível colaborar para impulsionar uma cultura de análise das práticas dentro do Serviço, imprescindível à perspectiva do modelo de Atenção Psicossocial. A identificação e a análise dos aspectos que emergiram nesses espaços operaram pelo fortalecimento do propósito substitutivo do Serviço.

### **Estratégias e recursos utilizados no manejo das crises**

Nas entrevistas e nas rodas, os trabalhadores indicaram um conjunto amplo de estratégias e recursos utilizados no manejo das situações de crise: horário estendido; acolhimento; encaminhamento; internação psiquiátrica; intervenção medicamentosa; contenção física; cuidado intensivo; reinserção e reabilitação psicossocial; assistência domiciliar; busca ativa; ações territoriais com a Atenção Básica; suporte à família. Desse conjunto, o encaminhamento ao Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) e a internação psiquiátrica, duas categorias que emergiram da produção dos dados, são propositivas de um debate que traz à tona o desafio da atenção à crise na Atenção Psicossocial. Por isso, elegemo-las, neste artigo, para discuti-las como categorias determinantes que constituem o núcleo de análise da atenção à crise no campo da Atenção Psicossocial.

O encaminhamento: por quê?, para quê?, quais são seus móveis?

Diante de um usuário que chega em crise, no CAPS pesquisado, um aspecto considerado importante pela equipe na estratégia de avaliação, realizada no acolhimento inicial da triagem, é o fator de risco que o usuário pode correr e/ou provocar. Desse acolhimento, a equipe pode utilizar o recurso do encaminhamento para outros pontos da Rede. Seja à unidade de desintoxicação – em casos de complicações decorrentes do uso de álcool e outras drogas; para hidratação intravenosa – em caso de desidratação extrema; ao SEP; à enfermaria psiquiátrica de um hospital universitário; ou, ainda, à internação nos hospitais psiquiátricos.

Destacando os encaminhamentos do CAPS ao SEP, identificamos que, a partir deles, há dois destinos possíveis: no primeiro, o usuário é atendido na emergência e retorna ao CAPS para ser admitido e cuidado; no outro, do SEP, o usuário é conduzido à internação psiquiátrica. A esse respeito, a equipe sinaliza que os encaminhamentos ao SEP acontecem geralmente nos casos considerados mais graves em termos de sintomatologia – agitação psicomotora e agressividade que represente risco a si e/ou a outrem – e chegando ao Serviço pela primeira vez. Assim, encaminham-se os usuários que apresentam sintomatologia aguda e grave e os até então desconhecidos e sem vinculação com a equipe, sem histórico no Serviço, inclusive de medicações.

Pensando com Rolnik (1997), isso sinaliza que os encaminhamentos realizados àquele serviço de emergência seguem certa configuração de subjetividade, perfil ou modo de ser do usuário. A dificuldade de lidar com estes perfis, de casos novos e graves, também, é identificada em outros CAPS, como revelam Lima et al. (2012) e

Fontenelle (2010), em pesquisas desenvolvidas na Bahia e Sergipe e no interior de Pernambuco, respectivamente.

Além do obstáculo que representa a falta de vinculação, psiquiatras do Serviço avaliam dificuldades em atender às situações classificadas como de urgência e emergência, pela ausência, no CAPS, de alguns equipamentos de suporte clínico – desfibrilador, oxímetro, glicosímetro –, sob pena de expor os usuários a riscos clínicos. Acerca deles, indicam efeitos extremos que medicações injetáveis de urgência podem causar aos usuários, como parada cardiorrespiratória. Baseados nesse argumento, defendem a necessidade do instrumental de suporte clínico. Assim comenta uma trabalhadora do serviço pesquisado:

[...] existem usuários que vêm pra cá e que seriam admitidos aqui, em crise. Mas, a depender do grau de agitação, de comprometimento da gravidade, **a gente não tem o suporte de urgência, de emergência hospitalar**. Então, **por segurança, a gente encaminha** [...] pra fazer a intervenção [...].

Segundo a equipe, outro fator que influencia o encaminhamento ao SEP é a ausência de psiquiatra no momento necessário ao procedimento de urgência. Ou seja, ao SEP são encaminhados usuários novos – considerados graves – e também as situações nas quais, passíveis de procedimento de urgência, o Serviço não dispõe de psiquiatra, naquela circunstância, e de equipamento de suporte clínico.

Refletindo analiticamente sobre os aspectos sinalizados, consideraremos um a um, iniciando pelos casos graves e desconhecidos da equipe. Reconhece-se como fator de extrema importância a composição de bons vínculos no cuidado ao usuário em crise, por via do acolhimento. Este, inclusive, é indicado pelo MS como ação fundamental no atendimento à crise (Brasil, 2004). De acordo com Merhy (2006), o encontro relacional entre trabalhador e usuário por onde se compõem as vinculações oferece “[...] um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado” (p. 5).

O encaminhamento ao SEP se dá em um contexto repleto de dificuldades em seu funcionamento e merece ser comentado. Sendo o único serviço de emergência psiquiátrica do Estado onde a pesquisa foi realizada, segundo a equipe do CAPS, vem operando com capacidade reduzida de vagas e promovendo longo tempo de espera por atendimento. Além dessa especificidade, reflete-se que os serviços de urgência e emergência no país têm fortes limitações para lidar com a crise, senão pelo viés exclusivo da remissão de sintomas. Condutas pontuais e apressadas, ignorando a complexidade do sofrimento da crise e reproduzindo a mesma lógica manicomial herdada dos asilos (Jardim & Dimenstein, 2007), operaram o silenciamento do sujeito, inviabilizando a formação de vínculos e outros elementos produtores de cuidado psicossocial. Em vez disso, tais condutas facilitam a (re)entrada dos usuários no circuito de internações psiquiátricas, quando se identifica que “incontáveis pacientes que chegam às urgências acabam novamente internados” (Jardim & Dimenstein, 2007, p. 170).

Frente a esse contexto, e apostando na potência do vínculo e do acolhimento – não como tecnologias de cuidado ou modos de produzir cuidado (Merhy, 1999) exclusivos, mas privilegiados pela proposta de cuidar da crise em liberdade –, urge indagar: em uma atitude de tomada de responsabilidade (Dell’Acqua & Mezzina, 2005), o que fazer para potencializar a responsabilização pela demanda da crise de um território – tornando-se presente, conhecido, abrindo vinculações com os usuários e ocupando um espaço de referência à crise na Rede local –, evitando os encaminhamentos?

Com esse questionamento, não desconsideramos as unidades de urgência e emergência psiquiátrica como pontos de assistência à crise legítimos da RAPS. Frente aos problemas, esforçamo-nos a pensar o que nos conduziria ao princípio da tomada de responsabilidade. Abrindo questão tão complexa, pensamos que o

exercício efetivo do matriciamento – como recurso promotor de ligação entre as equipes do CAPS, da Atenção Básica e com os usuários que serão acompanhados em seus territórios – seria um dos possíveis apontamentos para a questão levantada. Isso porque, em território de matriciamento efetivo, intensificam-se as vinculações e o acolhimento, produzindo-se novos acompanhamentos, com ampliação e potencialização do cuidado.

Quanto ao determinante da ausência de recursos de suporte clínico – inviabilizador dos atendimentos de urgência no CAPS pesquisado –, analisa-se que a equipe apela ao que Merhy (1999) chama de tecnologias duras. Um apelo por instrumentos materiais na forma de equipamentos e insumos, como também necessários ao atendimento seguro de urgência às crises no CAPS. Isso nos conduz a compartilhar algumas inquietações: afinal, compete ao serviço CAPS atender a situações de urgência? Em caso afirmativo, quais seriam elas? Precisar-se-á hospitalizar os CAPS para realização dessa competência, instrumentando-os com os recursos mais duros? Ou, em vez disso, pensar em atendê-las, suportá-las sem eles? Há serviços que conseguem esse manejo prescindindo deles?

Como um equipamento estratégico substitutivo, os CAPS não se assemelhariam à arquitetura, nem disporiam do instrumental da lógica hospitalocêntrica manicomial, não havendo previsão para disporem desses recursos. Não sendo unidade hospitalar, funcionariam como um serviço territorializado e integrado aos outros pontos de atenção à saúde da Rede, acionando-os quando necessário. É isso que vislumbramos como resposta à crise, nas situações de urgência e emergência, quando se enxerga a impossibilidade de viabilizá-las nos CAPS, por atuar nelas, indesejadamente, como responsável exclusivo. Um tipo de resposta que, orientada pelo princípio da tomada de responsabilidade, se construa na parceria e corresponsabilização dos diversos pontos de atenção da RAPS.

O modelo que prevê a responsabilização pela demanda dos sujeitos enquanto existências-sofrimento, tendo o compromisso com o cuidado em liberdade, convoca a interação máxima possível entre trabalhadores e usuários. Inspirados em Merhy (1999), entendemos, assim, que o CAPS é espaço privilegiado das tecnologias leves relacionais que se dão nos encontros, em ato. Assim reforçamos: as tecnologias privilegiadas dos CAPS, que possibilitam oferecer espaço continente aos sofrimentos de seus usuários, são as leves.

Retomando o pensamento da resposta à crise, pelo princípio de responsabilidade, a Portaria 3.088/11 estabelece que os CAPS são responsáveis pelo cuidado à crise, devendo acolher as demandas de urgência e emergência (Brasil, 2011a). Orientados pela lógica territorial comunitária adotada pela PNSM, compreendemos que tal acolhimento se daria, quando necessário, pela articulação com os outros pontos da RAPS responsáveis pelas urgências e emergências, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e as portas hospitalares de atenção às urgências.

Quanto aos serviços de emergência psiquiátrica, já sinalizamos algumas problemáticas que colocam sob alvo de preocupação o encaminhamento a eles. A respeito da atuação do SAMU, na RAPS, também se observam dificuldades em cumprir seu papel. Esse é um aspecto sinalizado por Dimenstein et al. (2012), na realidade de Natal, que se aproxima do que os participantes da nossa pesquisa indicaram como resistência do SAMU em comparecer, quando acionado para prestar suporte aos CAPS, nas situações de crise envolvendo agressividade.

Ao apresentar o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) de Belo Horizonte, Souza (2012) cita os recursos de suporte clínico já indicados pela equipe e considerados necessários ao atendimento de urgência, integrando a estrutura do serviço

que descreve. Ademais, indica-nos que os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) têm o apoio efetivo do SUP. Este, nas situações mais graves, indo aos CERSAMs, presta atendimentos de urgência. Revela-se que os CERSAMs contam, ainda, com o apoio do SAMU, que também assume as demandas de urgência e emergência, como avalia o autor, “[...] de forma entusiástica e pró-ativa [...] com resultados promissores nos planos quantitativos e de melhoria da qualidade da assistência” (Souza, 2012, pp. 7 e 13). Assim, a capacidade de resposta à crise dos CERSAMs amplia-se, podendo, nas situações de urgência e emergência, sustentar o usuário em crise, evitando o seu encaminhamento. Em um cenário de franca articulação e integração da Rede, assim constituído, vê-se possível sustentar a crise nos serviços substitutivos.

Nossos entrevistados indicaram que a realidade de integração da rede no atendimento à crise, descrita pelo autor, distancia-se daquela do cenário local. Em outro cenário, Dimenstein et al. (2012) refere que há “[...] pontos de estrangulamento na RAPS que impactam no atendimento da crise e indicam problemas na sua capacidade de resposta” (p. 122). Portanto, ante a conjuntura de fragilidade da Rede à qual o serviço pesquisado se vê submetido, enfraquece-se sua atuação nas situações de urgência citadas, despotencializando sua capacidade de resposta à crise.

Apesar do pensamento de alguns entrevistados sobre a necessidade de o Serviço dispor daquele instrumental, não defendemos a sua imprescindibilidade, sob pena de hospitalizarmos o CAPS, contribuindo para seu “**encapsulamento**”. Isso o fecharia à Rede, à comunidade e à recomposição dos laços sociais. Em vez disso, acreditamos que, assim como sinalizado no cenário de Belo Horizonte, tais recursos devem estar presentes por meio do suporte efetivo dos outros pontos de atenção às urgências e emergências da RAPS. Difícil parece-nos, porém, sustentar essa defesa em um cenário de maior dificuldade de corresponsabilidade e integração, como o apontado pelos trabalhadores. Nesse contexto, emerge na equipe uma fala, tomada por nós como um analizador: “A gente tá em colapso!”, indicando, como reflete Dimenstein et al. (2012), os “pontos de estrangulamento” na Rede que dificultam a atenção à crise.

O terceiro determinante – a ausência, circunstancial, de psiquiatra – é um fator que, pela falta do instrumental, tornar-se-ia secundário. Pois, ainda que ele estivesse presente, a falta do instrumental impediria o atendimento considerado, pela equipe, devido e seguro. Ao mesmo tempo, revelou-se que a sua presença, nas situações de urgência, tranquiliza a equipe. Uma trabalhadora assim analisa: “[...] pra mim é tranquilo lidar com a crise, na situação de urgência, quando a gente tem um suporte aqui, quando tem psiquiatra [...]”.

Poderíamos nos ocupar em problematizar o lugar dado ao psiquiatra, que, reproduzindo uma herança cultural, seria considerado possuidor do saber-fazer autorizado, legítimo e seguro – por isso tranquilizador – para lidar com a crise e com as urgências. Porém, no Serviço pesquisado, não nos pareceu que a assistência à crise ou às situações de urgência estivessem condicionadas à presença dele, como indica ocorrer Dimenstein et al. (2012) em um CAPS II de Natal/RN.

Importa dizer que não é toda situação de urgência que o Serviço encaminha. E, quando o faz, não atua em uma resposta imediata e protocolar. Mesmo sem as condições para a administração segura dos injetáveis, indicam-se tentativas, permeadas pelas tecnologias leves, de manejo da situação, antes de esgotá-la e encaminhar ao SEP. Nesse sentido, o Serviço não expressa um modo desimplicado de se livrar de uma demanda grave a ele dirigida.

Apesar do discurso da insegurança e do risco, quanto ao uso dos injetáveis sem a retaguarda do instrumental de suporte, a equipe investe no vínculo e sustenta riscos pelo usuário. Com isso, indica que tem sido possível manejar situações de urgência



sem o “kit completo” das tecnologias duras. Esse dado revela a potência das tecnologias leves-relacionais para, quando não evitarem o encaminhamento, postergá-lo, obtendo-se tempo para vínculo, produção de cuidado e de sentido para o usuário. Afinal, há que se perguntar: quais são as urgências da crise?

A internação psiquiátrica: “quando chega à conclusão de que **não tá dando conta**” Como outro recurso da atenção à crise, a equipe recorre às internações psiquiátricas, em casos específicos, como revela um trabalhador: “[...] não é qualquer um que a gente interna”. Assim, as internações são consideradas procedimento de exceção. Como pontua uma trabalhadora, “a proposta do CAPS é que o último recurso seja o **hospital**”, porém, reconhecendo nele e no internamento, apesar de “último recurso”, um **aliado estratégico** utilizado”. Segundo os trabalhadores, esse recurso é acionado quando, após diversas tentativas, considera-se que “[...] as coisas que fizeram para o usuário **não tão surtindo efeito**”; “[...] quando vê que **não tem condição nenhuma de segurar no serviço** [...] e chega à conclusão de que **não tá dando conta**”; a **equipe está sem conseguir dar suporte**”.

Os usuários encaminhados à internação, assim como nos encaminhamentos ao SEP, são dos casos considerados mais graves. Embora nesse procedimento haja uma diferenciação: não apenas usuários novos e sem vinculação com o Serviço são destinados; também recebem a conduta outros já vinculados. Estes apresentam a seguinte caracterização: quadro mais acentuado de auto e heteroagressividade, com risco para si e para terceiros; não resposta aos esquemas medicamentosos; comprometimento clínico demandando intervenções hospitalares; ausência de suporte familiar; impossibilidade de ficarem sozinhos no período noturno e correndo riscos na comunidade; usuários “[...] inadequados e com dificuldades de pactuações [...] **ameaçando a equipe**”, complementa a trabalhadora do serviço pesquisado.

Assim como aparece como um dos elementos de destaque para a conduta do encaminhamento ao SEP, o fator de risco também se sobressai na decisão de encaminhar à internação. Como expressa uma trabalhadora: “[...] **o foco principal é o risco** [...] num caso que oferece **risco, até pra equipe, é o caso de internação** [...]”.

Outro fator que determina a internação como recurso é a dificuldade de contar com o suporte noturno dos CAPS III, bem como com Leitos de Atenção Integral em hospitais gerais da Rede do município. Na condição de CAPS II, de acordo com Ferigato, Onocko-Campos e Ballarin (2007), a retaguarda noturna nos equipamentos substitutivos 24 horas da Rede evitaria a utilização de leitos nas enfermarias psiquiátricas ou internações nos hospitais psiquiátricos.

Essa fragilidade do CAPS III – para prestar suporte a um serviço que, na condição de CAPS II, não dispõe da oferta do pernoite – merece atenção. Como assinala Souza (2012), “[...] os CAPS, independente de seu tamanho e área de atuação, só conseguem dar uma resposta aos casos mais graves se oferecerem atenção contínua e integral, o que significa incorporar a função Hospitalidade Noturna como elemento estratégico” (p. 15).

Nessa conjuntura – mesclando fatores de risco, ausência de suporte familiar e/ou comunitário, dificuldades de pactuação e sentimento de ameaça, fragilidade nos equipamentos de suporte à crise da RAPS local –, trabalhadores do Serviço entendem que os usuários precisam de “[...] um tipo de suporte além do que estava sendo oferecido no CAPS”, com necessidade de **vigilância maior e monitoramento mais criterioso**”. Com essa compreensão, consideram que **“O hospital tem uma estrutura melhor”** de resposta à crise e o utilizam como recurso. Defendem, porém, que a internação deve ser breve: “[...] não internação de cronificar”. A orientação dessa conduta é que, atenuado o quadro que tenha provocado a internação, o usuário

volte ao CAPS e continue seu acompanhamento: “[...] passa uns dias internado e aí, **quando melhora, retorna ao CAPS**”.

No modo de agir no encaminhamento do usuário à internação, a equipe relata tentativas de pactuação, buscando, como expõe uma trabalhadora, “[...] assegurar que a gente não tá abandonando, que a gente vai realizar visitas, vai dar suporte à família. A gente tenta dar essa garantia [...] **e parte pra tentativa de um acordo de pactuação**”. No período de internação, a fim de monitorar o caso, apontam-se formas de contato e articulação da equipe do CAPS com a do hospital, com a família e com o usuário, na perspectiva de que ele retorne ao CAPS e dê continuidade ao Projeto Terapêutico Singular.

Percebe-se então que, ainda que se empregue esse recurso, a internação não é utilizada como prática predominante. Sinalizou-se que representa exceção. Nota-se, ainda, que não se opera com esse recurso de forma desimplicada, pois são realizadas tentativas de manejo e sustentação do usuário no CAPS, anteriores à decisão de internar, e, durante a internação, formas de contato e articulação, tanto com o usuário e familiares quanto com as equipes de alguns hospitais.

Um sentimento de mal-estar em muitos trabalhadores, por recorrerem à internação, agrega-se à análise de que tal conduta é operada em um contexto de implicação. Esse contexto, expresso no modo de utilizá-la, pode ser lido na tentativa de afastamento das práticas do modelo asilar. Porém, ainda assim, importa indagar: o que representa no cenário da Atenção Psicossocial encaminhar um usuário em acompanhamento no CAPS à internação? O que isso nos indica?

Conforme sinalizado, os casos remetidos à internação são os que, mesmo com investimentos, não se conseguem resolver com o que se dispõe, a saber: recursos humanos, estrutura física e de equipamentos, elementos de suporte familiar, comunitário ou equipamentos da RAPS. Assim, pensando com Costa (2007), o perfil do usuário encaminhado à internação reflete o que a autora referencia como “fracassos” dos serviços substitutivos.

Em sintonia com a análise dessa autora, a partir da experiência do Núcleo de Atenção à Crise (NAC) de Campinas-SP, Ramos, Guimarães, Nogueira, Minatogawa e Ippolito (2007) consideram que os CAPS atuam nas crises, porém insuficientemente. Assim frisam: “Nossa experiência no NAC tem tornado isso bem evidente” (Ramos et al., 2007, p. 312). Os autores entendem que há um conjunto de situações clínicas e/ou sociais que “[...] não encontram capacidade de cuidado protegido suficientemente intenso para dar conta da necessidade que está em foco” (Ramos et al., 2007, p. 303). Assim como sinalizado pelos nossos entrevistados, indicam as situações de violência, de descontinuidade de projetos terapêuticos e casos de riscos, como situações que “[...] os CAPS não têm conseguido resolver, encontrando-se como em encruzilhadas” (Ramos et al., 2007, p. 303).

Ainda que os casos dirigidos ao hospital psiquiátrico sejam minoria e se vislumbre a brevidade da internação, faz-se dela e do hospital um “**aliado estratégico**” e, mesmo com pesar, legitima-se tal conduta ou, como assinala Costa (2007), mantém-se sua “[...] sustentação prática, técnica e ideológica [...]” (p. 98). Desse ponto, abrimos outra questão: por que a legitimação é autorizada a partir de um equipamento desenhado para, em vez de contar com o hospital psiquiátrico, substituí-lo? O que estaria nutrindo esse paradoxo? Após três décadas de Reforma, teríamos que reconhecer que o CAPS é lugar de crises menores, menos graves, e, desconfortavelmente, concluir que há sentido de existência daquele hospital na Atenção Psicossocial?

Buscando responder a questionamentos, discutimos três aspectos: primeiro, acerca do que o hospital psiquiátrico dispõe para se configurar como espaço de escoamento de “fracassos” da atenção à crise nos serviços substitutivos; segundo, que demanda efetivamente é dirigida ao hospital; e o terceiro refere-se ao internamento frente a

alguns aspectos de ordem macro – que envolvem a PNSM – e da micropolítica do cotidiano do trabalho.

Para alguns trabalhadores entrevistados, a reflexão em torno do primeiro aspecto expressa que, além do funcionamento em horário contínuo, atribui-se ao hospital: melhor estrutura de equipamentos; “vigilância maior”; “monitoramento mais criterioso”; mais “observação”. Para eles, esses fatores configuram maior capacidade de atender a usuários em crises graves.

Apesar dos elementos historicamente apontados para a desqualificação do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado, entrevemos alguma idealização da sua capacidade resolutive e sua defesa como espaço de cuidado legítimo. Ao mesmo tempo, trabalhadores identificam sinais de insucesso do tratamento nos hospitais, conforme relato sobre um usuário que retornou de uma internação: “[...] foi e voltou do mesmo jeito”.

Partindo dessas considerações, avançamos nos questionamentos: ainda hoje é legítimo atribuir ao hospital psiquiátrico o manto da resolutiveidade? Por que os usuários, como sinaliza um trabalhador, “fazem pedidos suplicantes” para não serem internados e aceitam, bem mais, serem acompanhados nos CAPS? Desmitificando a ideia de que esse hospital daria conta da crise, Dimenstein et al. (2012), a partir de relatos de trabalhadores de hospital psiquiátrico, apontam: a manutenção das condições insalubres do espaço; a utilização de “leitos-chão”; o uso de lençóis rasgados como instrumento de contenção física; leitos sem aparelhagem específica para atendimentos de urgência. Somando-se a esses indicativos, psiquiatras do CAPS pesquisado trazem memórias de suas experiências recentes de residência. Nelas, aquilo que – referindo-se a melhor estrutura de equipamentos e monitoramento mais criterioso – foi associado e atribuído ao hospital psiquiátrico não correspondia ao vivenciado em suas formações.

Em vez da estrutura de suporte adequada, reconhecemos, nas práticas de atenção à crise dos hospitais psiquiátricos, a marca da contenção – química ou física – como recurso por excelência para “dar conta” das crises. Ou seja, aquilo a que se atribui a mais adequada condição de sustentar a crise reconfirma-se como práticas silenciadoras de sofrimentos e inviabilizadoras da produção de cuidado psicossocial. Nessa perspectiva, esse hospital perde a legitimidade como espaço de cuidado. Ainda assim, se utilizado, não caberia defender seu manto de resolutiveidade; no máximo, como um arranjo incômodo possível. Condição imposta por uma conjuntura institucional e política que, em níveis macro e micro, não tem conseguido se sustentar sem sua interferência.

Assim, incrementamos nossa questão: por que insistir em lhe atribuir aquele manto? Para discuti-la, entramos no segundo aspecto pensando sobre que demanda é dirigida ao hospital. A esse respeito, chama-nos atenção a equipe indicar o fator de risco como um dos elementos decisivos para o encaminhamento à internação. Entendendo crise como “[...] uma situação onde **existem riscos para o sujeito**” e a associando ao risco de periculosidade, trabalhadores referiram sentimentos de ameaça e medo, aliados ao da falta de preparo técnico-relacional para manejar as situações mais tensas, associadas à presença de comportamentos de agressividade dos usuários. O fator periculosidade se revela como algo que, não sendo possível desconstruir e/ou manejar, sugere a internação. Assim, o pressuposto da periculosidade e a resposta do medo, a ele associada, atravessam a demanda dirigida ao hospital.

A associação entre crise e riscos é refletida por Dell’Acqua e Mezzina (2005), revelando uma tradição do pensamento psiquiátrico clássico, que a compreende como desequilíbrio e desadaptação, saída da homeostase (Ferigato et al., 2007). Problematizando a suposição da periculosidade associada à doença mental, Nicácio (1990), retomando Foucault (1975), fala-nos de uma cadeia estabelecida: doença mental

-periculosidade-internação. Aponta que essa cadeia “[...] está profundamente enraizada nos técnicos como cultura, como forma de agir e pensar a loucura e que não se dilui simplesmente, mas precisa ser constantemente confrontada e trazida à tona para discussão” (p. 6).

Assim, refletindo no modelo psicossocial de cuidar em liberdade, é fundamental debater a capacidade de continência dos serviços. Ferigato et al. (2007) lembram a importância da sustentação da face destrutiva da crise como atributo colaborador da abertura de outros destinos para ela, quiçá mais criativos. Essa postura de suporte e sustentação da crise, de forma continente, difere da que opera pela via da contenção e do silenciamento, tipicamente manicomial.

Adentrando no terceiro aspecto, que envolve a PNSM e a micropolítica do cotidiano de trabalho, perguntamos: há como não fazer do internamento e do hospital um “aliado” ou não legitimá-lo sem o suporte da Rede? Embora tendenciosos a responder na negativa, entendemos que o raciocínio que conduz a uma resposta mais ampla não seria, assim, tão linear. Sim, com clareza defendemos que, sem a retaguarda de uma rede suficiente e integrada, fica difícil os CAPS II, sem escoamentos, bancarem o atendimento aos casos de crises mais graves. Aqui, destacamos aspectos de ordem macropolítica<sup>1</sup>: a não garantia do acolhimento noturno nos CAPS III, pelo número reduzido desses serviços, e a insuficiência de Leitos de Atenção Integral em hospital geral. Tais aspectos, ainda que contemplados na normatização que rege a RAPS, revelam fragilidades na retaguarda de seus equipamentos, colocando em questão a resolutividade da PNSM.

Acerca da insuficiência da rede de CAPS III no país, o próprio MS reconhece morosidade no processo (Brasil, 2011b), impondo os impasses à atenção à crise no cenário da Atenção Psicossocial. Pensando com Lancetti (2006), considera-se equivocada a priorização da Política às outras modalidades de CAPS, em detrimento dos CAPS III, que – funcionando 24 horas, com hospitalidade diurna e noturna, agindo na complexidade do território – seriam substitutivos dos hospícios.

Por outro lado, distanciando-nos de uma perspectiva queixosa e desimplicada, consideramos que todos têm papéis e responsabilidades na construção da Rede. Assim, além de indicar aqueles aspectos de ordem macropolítica, questionamos: o que tem sido feito pelos trabalhadores, no plano micropolítico do trabalho, pela construção, funcionamento e sustentabilidade da Rede? Emblematicamente, diz-se que **“a Rede é rasgada”**. Porém, que artefatos relacionais e organizativos são utilizados, micropolítica e singularmente, por seus integrantes, para tecer os fios desconstruídos?

Apoiados no pensamento de Rolnik (2007), situamos a micropolítica em aspectos relacionados aos processos de subjetivação “[...] em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva [...]” (Rolnik, 2007, p. 11). Pelos processos de singularização, a micropolítica opera nos microespaços de interação social, nas relações de forças e afetos, nos encontros dos sujeitos com e dentro do mundo. A partir disso, apreendemos que essas movimentações políticas envolvem confronto e luta.

Ao pensar assim, não desconsideramos que as dificuldades apontadas pelos trabalhadores no âmbito da Rede põem em questão, no plano macro, a resolutividade da PNSM. Propor essa reflexão é uma aposta em agregar vetores de análise a um quadro complexo, que pede pensamentos da mesma ordem. **É mais: um convite-provocação, instigando a pensarmos, também, pela via do plano micropolítico**

---

<sup>1</sup> Que se refere à política de Estado, instituída, no caso em questão, a PNSM.

que, operando em confronto, nos micro espaços das relações de forças, insurgem-se como linhas de fuga, produzindo rupturas e mudanças almejadas. É a partir das micropolíticas que transformações de ordem macropolítica podem ser vislumbradas. Aqui, vale referenciar o emblemático Núcleo de Atenção Psicossocial- NAPS de Santos/SP como exemplo de força insurgente.

A esse respeito, o que dizer de um CAPS II que – frente às mesmas condições desfavorecedoras citadas e diante de uma usuária que seria enviada ao internamento – opera uma manobra estratégica e singular, organizando seu processo de trabalho e sua estrutura de suporte para funcionar como um CAPS III, nos dias mais críticos da crise dela, e evitar sua internação? Sem julgamentos categóricos, do tipo certo ou errado, do que essa ação nos fala senão do investimento maciço em sustentar o CAPS como espaço da crise, para cumprir sua promessa substitutiva e antimaniacomial por princípio?

Pelo exposto, ao passo que reafirmamos o aspecto macropolítico de estruturação da RAPS pela PNSM – como elemento essencial à compreensão, no cenário nacional, dos encaminhamentos das crises aos hospitais psiquiátricos realizados pelos CAPS, defendemos fatores micropolíticos. Operando como linhas de fuga, estes se fazem mais independentes daquele plano macro, produzindo rupturas nas teias do instituído. Essa é uma posição importante a ser reafirmada. Não sem esforços, disposição e implicação.

### **Considerações finais**

Nas reflexões feitas neste artigo, guiamo-nos pelo que a equipe do Serviço pesquisado sinalizou em torno do uso dos recursos de encaminhamento ao SEP e da internação em hospital psiquiátrico no manejo da crise. Tomando-os como categorias de análise emergentes da produção dos dados, colocamo-los a serviço da análise da atenção à crise no campo da Atenção Psicossocial.

Retomando esse núcleo de análise, vimos: ainda que o encaminhamento ao SEP aconteça de forma criteriosa e a internação não seja prescrição predominante do CAPS, há dificuldades em “dar conta” dos casos de crise grave quando são utilizados esses recursos.

Identificou-se que usuários novos em crise, aqueles sem vinculação com o CAPS, são mais comumente encaminhados ao SEP que aqueles já vinculados. Já à internação são encaminhados tanto os usuários desconhecidos do CAPS quanto os que possuem vinculação, inclusive quando em acompanhamento – ainda que seja uma medida excepcional. A associação entre crise e risco de periculosidade emergiu como fator relevante na construção dessa resposta à crise, como saída para os casos mais contestatórios e “ameaçadores”, os denominados graves. Dificuldades dos equipamentos da RAPS, sobretudo a não garantia do acolhimento noturno pelos CAPS III, a insuficiência dos Leitos de Atenção Integral nos hospitais gerais e as fragilidades do SAMU foram considerados como outros fatores impositivos do estreitamento da atenção à crise pelo CAPS.

Dialogando com alguns autores (Costa, 2007; Dimenstein et al., 2012; Ferigato et al., 2007; Lima et al., 2012; Souza, 2012), que apontaram diversas dificuldades dos serviços substitutivos no manejo da crise, pode-se dizer que o não “dar conta da crise”, ao tempo em que perpassa aspectos micropolíticos, transcende as especificidades do serviço em questão, sinalizando à RAPS no território nacional: sua fragilidade enquanto Rede articulada e integrada que pudesse se apoiar no suporte e na sustentação das crises graves, dispensando alianças com hospitais psiquiátricos, através dos encaminhamentos de internação, ou, quiçá,

com os serviços de emergência, por se revelarem uma das principais portas de acesso a esses hospitais.

Apesar de o MS, reconhecendo o problema, traçar linhas de enfrentamento – a exemplo da importância de viabilizar a expansão da rede de CAPS III –, vivenciamos um ritmo lento desse processo. Isso tem deixado os CAPS II vulneráveis e limitados a um tipo de resposta, contínua e integral, requisitada pela atenção à crise, especialmente as graves, no modelo de Atenção Psicossocial. No município do Serviço pesquisado, por exemplo, só há dois CAPS III funcionando como referência para aproximadamente 1.600.000 habitantes. Outros dois CAPS II aguardam, há mais de dois anos, a concretização do processo de transformação à modalidade CAPS III.

Sem pretender reduzir o problema da atenção à crise, na RAPS, às dificuldades enfrentadas pelos CAPS, enxergamos uma crise dos CAPS II em sua função de “[...] atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (Brasil, 2004, p. 17). Concordando com uma avaliação feita por Souza (2012) sobre o desafio que a atenção à crise representa para a Reforma Psiquiátrica, diremos que, ainda que bem intencionados, enquanto “[...] não oferecermos resposta aos casos graves e às crises, enveredamos por um caminho através do qual os dispositivos da reforma acabam se tornando satélites sem vida e impotentes, gravitando em torno do hospício, justificando-se, assim, sua existência prática e ideológica” (p. 3). Enquanto não funcionarmos como espaços continentes de sustentação das crises nos territórios existenciais das pessoas, não estaremos cuidando aliançados com a Atenção Psicossocial. Isso nos revela um paradoxo. A construção de uma saída como resposta a ele talvez seja a nossa urgência no Brasil.

## **Referências**

- Barros, R., & Passos, E. (2000). A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Brasil. (2004). 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.
- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM Nº 3.088/2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf). Acesso em 14 de outubro de 2013.
- Costa, M. S. (2007). Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 94-108. Disponível em <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/38/54>. Acesso em 13 de outubro de 2013.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. D. Amarante (Org.), *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Dimenstein, M. D., Amorim, A. K., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., Brito, C., Medeiros, I., & Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique, 2*, 95-127. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323>. Acesso em 14 de outubro de 2013.
- Ferigato, S. H., Onocko-Campos, R. T., & Ballarin, M. L. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP, 6*(1), 31-44. Disponível em <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/44/83>. Acesso em 14 de outubro de 2013.
- Fontenelle, A. S. (2010). Sujeitos em crise: estratégias de intervenção em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, 120pp.
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Jardim, K. F., & Dimenstein, M. D. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em revista, 13*(1), 169-190.
- Lima, M., Jucá, V. J., Nunes, M., Ottoni, V. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centro de Atenção Psicossocial. *Interface, 16*(41), 423-434.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Merhy, E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva, 4*(2), 305-314.
- Merhy, E. (2006). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In Conselho Federal de Psicologia, *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS* (pp. 69-78). Brasília. Disponível em <http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/saude-publica.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2013.
- Nicácio, M. F. (1990). *Produzindo uma nova instituição em saúde mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Projeto do NAPS [Mimeo]. Secretaria de Higiene e Saúde, Santos, SP.
- Paulon, S. (2005). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade, 17*(3), 18-25.
- Ramos, C., Guimarães, C., Nogueira, J., Minatogawa, M., Ippolito, P. (2007). Ser ou não ser NAC – Núcleo de Atenção à Crise, sendo “núcleo de atenção a um cuidado bem protegido”. Somos então um CAPS IV? Eis a questão. In E. E. Merhy & H. Amaral. (Orgs.), *A reforma psiquiátrica no cotidiano II* (pp. 295-313). São Paulo: Hucitec.

Rodrigues, H. (2002). A beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In P. D. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 195-256). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rolnik, S. (1997). Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In D. S. Lins. (Org.), *Cultura e Subjetividade: saberes nômades* (pp. 25-34). Campinas: Papirus.

Rolnik, S. (2007). *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Sulina.

Souza, P. J. C. (2012). Serviço de urgência psiquiátrica de belo horizonte. Disponível em [http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/servico\\_de\\_urgencia\\_psiquiatria%5b1%5d.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/servico_de_urgencia_psiquiatria%5b1%5d.pdf). Acesso em 14 de outubro de 2013.

Submetido em: 11/07/2014

Revisto em: 17/12/2014

Aceito em: 26/12/2014

**Endereços para correspondência:**

Maura Lima Bezerra Silva  
mauralima@ig.com.br

Magda Bezerra Diniz Dimenstein  
mgdimenstein@gmail.com

I. Doutoranda. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.

II. Docente. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal. Estado do Rio Grande do Norte. Brasil.