

A Abordagem das Crises na Rede de Atenção Psicossocial¹

Políbio de Campos²

Conteúdos:

1.1. Intersetorialidade e o cuidado no território

1.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência em saúde mental. RAPS e RUE: pontos convergentes

1.3. Diferentes estratégias de cuidado em cada componente e ponto de atenção da RAPS e articulação com a RUE

INTRODUÇÃO

A atenção às crises tem sido apontada como um elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica. A amplitude, a qualidade, a efetividade e humanização da assistência lograda neste campo definem o poder de intervenção e o alcance antimanicomial das redes de cuidado e reabilitação psicossocial da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem há anos construindo uma nova cena abordagem das Crises. Surgiram na cena um leque amplo de serviços e dispositivos, aqueles próprios da saúde Mental, o SAMU, as UPAS e, principalmente, o envolvimento crescente da atenção primária com o cuidado de saúde mental. O trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem. A base real de um sistema de atenção à crise não são as estações, os serviços especializados e dirigidos à crise em si, mas a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os Projetos Terapêuticos de cada usuário em sua

¹ Texto produzido para integrar o Curso de Atualização em Atenção às pessoas em situação de Crise e Urgências em Saúde Mental, promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e organizado pela Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC, Julho de 2013.

² Psiquiatra do CERSAM Noroeste e do SUP- Serviço de Urgência Psiquiátrica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; Coordenador da Residência Integrada de Saúde Mental da PBH.

comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade. Essa Rede tem como função principal cuidar e abordar os casos em um instante anterior à precipitação da crise como Urgência e Emergência. Este é o elemento essencial trazido pela Portaria 3088. Mas devemos compreender a atenção à crise no contexto de toda a Rede de Atenção Psicossocial, e mais ampla do que isso. Ela exige que se articulem outras redes, intersetoriais, o próprio território enquanto rede política, social, vital, e particularmente, a rede de urgência e emergência e de atenção aos problemas de álcool e outras drogas. Vamos discutir nesta unidade a organização dessa rede, os seus diversos pontos de atenção e suas funções, os critérios, recomendações e diretrizes que facultam a gestão desta rede e orientem o seu modelo de cuidados.

1.1 Intersetorialidade e o cuidado no território

CASO CLÍNICO: Noé

SITUAÇÃO

Noé é um morador de rua. Em crise e delirante, fazia arranjos fantásticos, verdadeiras instalações artísticas, com galhos de árvore e quinquilharias, na frente de uma concessionária de veículos. O dono exigiu uma intervenção de urgência do poder público.

Contexto

Noé habita uma grande metrópole brasileira. Ocupou um território de 2 km, na extensão de uma grande avenida. Numa ponta faz os arranjos que incomodaram o dono da concessionária, na outra perto de um Shopping Center, cata pedras, quebra passeios para extrair concreto e constrói trilhas, traçados, num terreno vazio. De uma passarela podia se ver que havia lógica, um desenho, no seu traçado. Era um labor sem fim. De manhã numa ponta, à tarde e a noite noutra. Estava ali há alguns meses, muitos o conheciam. Estes disseram que Noé havia intensificado o seu trabalho, parecia ter urgência, se cuidava pouco, dormia no seu "canteiro de obras", nem estava procurando marquise e um cantinho num bar, onde o dono além de fornecer-lhe café e comida, o deixava dormir.

O dono da concessionária exigiu uma posição. A equipe de abordagem da população de rua fez os primeiros contatos com ele, levou o caso à discussão no CAPS III da região e passamos a acompanhar Noé, juntamente, com ela.

Historia.

A história de Noé é a de muitos moradores **de rua**. Não tinha a princípio uma história. Estava ali e pronto, sem passado ou futuro. Não se sabia de onde vinha ou se tinha parentes. Indagado a respeito, atalhava: “passado é passado”...”deixa os inocentes, quietos” (quando se perguntava pela família). Na maioria das vezes dizia que era Noé, mas também, se nomeava Adão, e algumas vezes “Jesus o Benedito”.

Avaliação do Estado Mental

Noé tinha a consciência clara, estava orientado auto e alo psicologicamente no seu espaço, território e tempo próprio, não o nosso, circular e operativo regido por sua obra. Muito delirante, de fato, às vezes, o vínhamos dar tapas no ar, no espaço contíguo da orelha e cabeça como se quisesse afastar alguma coisa, como se ouvisse algo o admoestando naquele momento tinha algumas explosões verbais: _ “me deixa demônio, sua besta... saí de perto da minha obra..sua obra é o inferno”. Não denotava comportamento agressivo. Muito desconfiado nas primeiras abordagens..depois passou a ser afável. Recentemente, não estava mais se importando em alimentar. Ficava com frequência ao relento demonstrando sinais de autonegligência. Às vezes se expunha, porque trocava de roupa, quando trocava, em público, sendo admoestado e agredido verbalmente, pelos transeuntes.

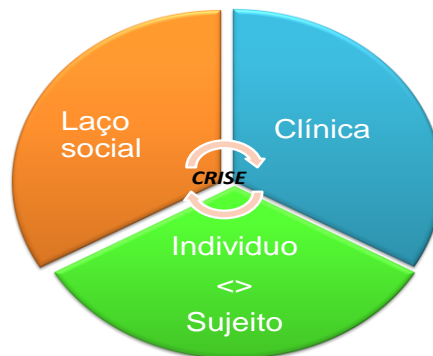
Avaliação Clínica

Parecia ter uns 40 anos. Estava emagrecido, a higiene era precária, mas um detalhe importante, cuidava muito bem dos seus dentes, grandes, bem ordenados, branquinhos, limpos, não se apartava da sua escova. Preocupou-nos o fato de que sua pressão arterial estava elevada, moderadamente, em várias medidas. Aceitou tomar medicação e cuidar dela depois de algumas abordagens. O restante do exame físico era normal. Não usava álcool ou drogas, ele e os conhecidos atestavam.

1.1.1 TERRITÓRIO, REDE SOCIAL E SINGULARIDADE DOS PROJETOS TERAPEUTICOS NA REFORMA

A historia de Noé nos ensina que crise precisa ser analisada, no mínimo em três dimensões que estão ilustradas no diagrama abaixo:

Reforma Psiquiátrica : As Dimensões de uma Crise



A Clínica

- Noé está de fato delirante, um delírio de reconstrução do mundo, muito consistente, e sistematizado. Certo aspecto deste delírio o deixa vulnerável, ele não se protege, vive ao relento, toma chuva, ventos e trovoadas. Pois tal como ele disse : “foi dito, o homem precisa apenas da terra, do ar e da água da chuva”. A dimensão clínica de uma crise é muito importante e decisiva, envolvendo a apresentação clínica da crise em termos de sintomas e sinais, possíveis diagnósticos, a sua gravidade e agudeza e a existência de comorbidades (outro transtorno ou doença concomitante - álcool e drogas, doenças clínicas). É um recorte estruturante da visão tradicional sobre as crises e organiza a composição da maioria dos textos, livros e sistemas de classificação de risco e urgência em geral (GLICK et al. 2006; QUEVEDO et al, 2008; CORDEIRO et al, 2007; MACKWAY-JONES et al, 2006).
- Mas na saúde mental, a dimensão clínica, tomada nesse sentido estrito, a despeito de ser uma condição necessária, não é suficiente para caracterizar os aspectos importantes de uma crise, tais como o seu grau de urgência, o risco e a vulnerabilidade presentes. E, muito menos, quanto àqueles mais complexos de natureza ética e legal, relativos à capacidade e responsabilidade legal, a escolha, consentimento e voluntariedade. O quadro clínico, a doença deveria, segundo alguns autores, ser colocado entre parênteses, para que se possa relevar o sofrimento do usuário em toda a sua amplitude existencial (DELL’ACQUA & MEZZINA, 2005; ROTELLI, 1990). Mas o fato de não podermos reduzir a crise a essa dimensão, não quer dizer, como o veremos, mais adiante, que ela não seja complexa ou que não comporte aspectos decisivos para a abordagem.

Território, Laço Social: Rede Social e Familiar.

- A convocação de uma equipe da população de rua para fazer uma abordagem, apesar das sutilezas, enunciava uma ordem do tipo _ “Retirem este louco da rua que ele está atrapalhado os negócios da cidade”. Ela desceu vertical para equipe de abordagem da população de rua, a qual, na sequencia, solicitou a colaboração, porque éramos o CAPS III de referencia para o território. Ao nos inteirarmos do contexto do caso, logo nas primeiras abordagens, deste louco de rua, verificamos a existência de outros atores como os vendedores ambulantes e pequenos comerciantes da orla de uma favela, um quilômetro de distância da concessionária, e que compunha a área de circulação de nosso personagem. Eles tinham uma boa relação social com este louco, gostavam dele, realmente, forneciam alimentação e roupas e, não faziam demanda ou pressão para retirá-lo da rua.
- Relataram que ele nunca tinha incomodado ninguém, era uma pessoa dócil, um santo, características, de fato, comprovadas, ao longo das semanas seguintes, pelas nossas equipes. O nosso personagem, também, não via necessidade da intervenção de ninguém, óbvio, e nem de tratamento. Queria, apenas, continuar a sua missão, pois seus arranjos, inclusive, caminhos feitos com pedras em duas grandes quadras vazias, perto de um Shopping Center, um pouco mais distante da concessionária, tinham relação com uma reconstrução do mundo.
- Estes aspectos do caso nos aponta um componente, muito relevante de uma crise. Trata-se do fato de que o Território e a Rede Social do sujeito nos aporta o contexto, o seu enquadramento, a cartografia possível de uma crise e as possibilidades de se traçar um percurso singular para a sua abordagem.
- A rede social e familiar de suporte apresenta aspectos mais objetivos tais como sua extensão e composição, recursos disponíveis, renda, trabalho, moradia, serviços sociais, equipamentos de lazer e cultura. Esses elementos são importantes, contudo, há que destacarem-se os aspectos relativos à forma e à qualidade das relações humanas e sociais dentro desta rede social e familiar. A conjunção dessas duas dimensões será nomeada, a partir desse momento, de Laço Social.
- A qualidade do Laço Social confere especificidade e marca a diferença das crises em saúde mental em relação às urgências médicas. Esta dimensão vai ser mais decisiva do que o quadro clínico na modulação e qualificação do risco, da vulnerabilidade e do grau de urgência de uma crise. Uma situação é um sujeito perplexo, inquieto, delirando, alucinando intensamente no contexto de uma rede social e familiar intacta, solidária, preocupada, acolhedora; outra coisa seria este mesmo sujeito em uma rede em conflito, com pessoas impacientes, se agredindo³.

³Ressaltamos que 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. Neste sentido, a pessoa nomeada como portadora da crise, não será tomada como um mero exemplar biológico da espécie ou um indivíduo isolado (DELL'ACQUA & MEZZINA, 2005). E se quisermos falar do indivíduo como um membro da coletividade humana, temos que entender que ele é a síntese de suas múltiplas relações, e somente, poderá individualizar-se no contexto de relações sociais determinadas, numa dada sociedade e tempo histórico (MARX, 1983). Assim, a essência e o tecido da crise envolvem o laço social, as posições subjetivas e de poder em relação, em conflito como condição de emergência de um sujeito singular e da possibilidade de tomada de posição por esse mesmo sujeito, como veremos a seguir.

- A Crise de Noé, evidentemente, foi produzida e enunciada no contexto de suas relações sociais e mais do que isso, ela se produziu no território. Noé recorta e navega um território. Como vimos o seu território não se compõem, apenas, da extensão de rua que perambula, dos pontos e espaços que ocupa, onde dorme, e reconstrói o mundo. O território é antes de tudo uma dimensão atravessada por relações sociais, de poder e de produção de sujeitos e atores sociais e políticos. Em uma primeira avaliação, havia a correlação de forças, desfavorável a Noé, mas depois foi possível verificar que ele tinha a sua rede, forças sociais que o amparavam em sua sina e que podiam ser fortalecidas. Ele não estava simplesmente a mercê de alguém poderoso, ou do poder público, que poderia ter adotado uma posição de força, o retirado da rua sem o seu consentimento.
- Vale acrescentar que muitas vezes, serviços e equipes do campo da Reforma Psiquiátrica, acabem admitindo, confirmada a crise do ponto de vista do quadro clínico, que a demanda e pressão social por uma intervenção é condição suficiente para desencadear intervenções apressadas, de força, involuntárias. Como no caso de Noé, um de “louco de rua”, basta à demanda e o incomodo do dono de uma empresa (ressaltar que acontece, inclusive, quando o demandante é um passante, um transeunte), para se desencadear uma série de intervenções: chama-se a polícia e até o SAMU, o louco é “detido”, involuntariamente, e levado à internação. Ignora-se a rede social tecida por este cidadão “louco de rua”, a posição de outros atores, com menos poder e, principalmente do sujeito em questão.

O conceito de **território** é fundamental para a saúde mental por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar conhecer e interagir com as dimensões da vida cotidiana dos usuários e de sua **rede social**. Dessa forma, trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias. (BRASIL, 2005).

- O caso de Noé nos mostra que é necessário trabalhar em rede, inclusive, com os recursos de outras políticas públicas como aquelas da área da educação, da cultura, da assistência social. Contudo há que se ressaltar, que mesmo no caso de um morador de rua, fragilizado, há uma rede e recursos no seu território, os quais precisamos descobrir, ativar e reforçar.
- Ao ativar a rede territorial de Noé o seu projeto terapêutico tomou um novo caminho, validamos e qualificamos as ações de proteção da sua rede de apoio. Isto foi importante, em todos os sentidos, até na possibilidade de uso de medicamentos. Um dos seus pares no território, o dono do bar que lhe fornecia café e alimentação se responsabilizou pela guarda da medicação e de lembrá-lo quanto ao uso. Pode-se assim, usar um antipsicótico para modular o seu delírio, e um anti-hipertensivo para controlar a hipertensão arterial. E no conjunto diminuiu a pressão para uma intervenção apressada ou de força, que não tivesse o consentimento do mesmo.

A Posição do Sujeito diante de sua crise.

- Esta dimensão joga um papel determinante na expressão e abordagem às crises, particularmente pelos aspectos éticos e políticos aqui subjacentes.
- Não tem como não recordar aqui um diálogo que tivemos com Noé. Ele estava fazendo as suas trilhas no referido espaço baldio, entre um Shopping Center e uma grande via pública, usando blocos de concreto e pedra que encontrava nos arredores. Indaguei-lhe a razão e ele primeiramente disse: _ “Veja doutor, as pessoas descem do ônibus ali, muitas vezes está chovendo e alaga esta área, então, elas terão um caminho para passar”. Percebi que sorriu, matreiramente e observei que acha que o motivo não parecia ser aquele somente. Ele a ato contínuo, ficou mais sério e pensativo e disse: _ “estou iniciando os caminhos do futuro.. doutor”. Dentro de alguns dias havia ali um traçado de trilhas de pedra e concreto que só ele saberia deslindar. Noé era, antes de tudo, uma pessoa muito generosa e simpática e este era um traço pessoal que lhe ajudava.
- Como já assinalado, não se trata aqui 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 seu laço social. Assim, portador de sofrimento mental deve ser tomado no quadro básico, mas essencial, da cidadania e do contrato social, como sujeito de direitos e deveres. Ele é, também, um protagonista no sentido histórico e político na medida em que resiste e se posiciona diante dos saberes, práticas sociais e políticas (FOUCAULT, 2010), inclusive, aqui interessa destacar, quanto às políticas de assistência em saúde mental. Deve-se ressaltar, ainda, o que há de mais singular em cada um, a história pessoal sempre única, o nome próprio, o romance, o drama, a tragédia da pessoa e sua família, as dimensões mais íntimas da subjetividade, seus aspectos inconscientes.
- A trajetória e a posição do portador de sofrimento mental em relação a seu sofrimento, a qual passa pelo ato de considerar-se doente ou não, podendo assim formular uma demanda de ajuda, é um processo complexo e mediado pelo laço social, variando também, cultural e historicamente. Aqui está o ponto crítico das crises, no sentido da definição do seu grau de urgência e aspectos ético-legais relativos à voluntariedade e ao consentimento perante o tratamento, situação comum, nos casos em que há conflito/ruptura na rede social e familiar e o portador de sofrimento mental não concorda com a abordagem e/ou condutas propostas (DELL’ACQUA & MEZZINA, 2005).
- O trabalho respeitoso, considerando a posição e a temporalidade de Noé foi algo muito importante. Foi preciso pacientes e múltiplos contatos, cerca de 2 meses, com 1 a 2 visitas semanais a ele, sem contar as conversas com a sua rede de apoio. Somente assim ganhamos a sua autorização e se permitiu a colocação em ato de algumas medidas consentidas. E depois com o apoio da sua rede Noé aceitou, enfim, a acolhida no CAPS III. Durante três meses ele foi melhorando e reconstruindo a sua história. As pistas que deu nos deu possibilitou com um trabalho meticuloso, apoiado, pelos profissionais da equipe de população de rua, pertencente, a secretaria de desenvolvimento social, localizar sua família em outro estado. Vale dizer que os profissionais da referida equipe de população de rua continuou

acompanhando Noé, enquanto estava no CAPS, e nos ajudando neste exercício de reconstrução da identidade e cidadania dele. Noé vive, hoje, com sua família e se trata na Rede de Atenção Psicossocial do seu município.

- Resumindo, temos três dimensões que necessitam ser avaliadas para definir-se uma crise. Elas são dinâmicas, interagem, conflitam-se e o seu todo é sempre muito mais complexo que a soma de suas partes. Dimensões que se tornam eixo, ou seja, indicam direção e tendência, constituem espaços, campos, têm movimento, e o tempo lhes atravessa. Nas outras áreas da saúde quando se fala na cena da urgência recorre-se à analogia com uma fotografia, seus elementos essenciais e seus detalhes decisivos, todavia, no campo da saúde mental, a crise tem mais proximidade com um filme, com um enredo complexo. O que está em jogo são histórias e história, o drama humano múltiplo, multideterminado, e a *cena da crise* compondose de um condensado de passado, presente e futuro.
- Noé nos mostra de maneira evidente, ele que, aparentemente, estaria só no mundo e se apresentava como um deserdado da cidadania, que a crise se dá no território e o território é algo vivo, composto de relações sociais, encontros e desencontros, afeto, ternura, solidariedade, intolerância, preconceito, exclusão. Nos mostra que é possível ativar pactos, reconstruir potências, engendrar ações de inclusão e tudo isto respeitando e valorizando o percurso, os tempos e o protagonismo do portador de sofrimento mental.

SAIBA MAIS. A crise em saúde mental antes de nos apontar uma doença, um transtorno, nos revela um sujeito, o sujeito em laço social. Não se nega a existência do transtorno, da doença, mas esta é colocada entre parênteses, conforme nos orienta Rotelli para que surja a riqueza e complexidade da existência-sofrimento de um sujeito e seu laço social, evitando o reducionismo da abordagem manicomial. RECOMENDAMOS NESTE SENTIDO QUE SE LEIA O TEXTO A SEGUIR> ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICACIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99. ESTE ARTIGO ORIENTOU TODA A PRIMEIRA GERAÇÃO DE MILITANTES ANTIMANICOMIAIS. PRECISAMOS MANTER VIVA A CHAMA DOS TEXTOS SEMINAIS E CLÁSSICOS MARCARAM A NOSSA TRAJETÓRIA, ESTE EM PARTICULAR, É ATUALÍSSIMO.

1.1.2- Nova definição, outros sentidos e predicados no campo da Crise.

- A compreensão da crise como um fenômeno complexo e multidimensional exige uma reordenação teórica e prática, em relação ao campo tradicional da urgência e emergência, a despeito dos avanços em termos de concepção e definição apontados, anteriormente. É necessário, inclusive, anexar **novos sentidos e predicados aos conceitos e definições**

habituais dessa área, tal como poderemos depreender da discussão, na sequência, de alguns aspectos importantes da crise.

- ► **A Crise é individual e social, objetiva e subjetiva;**
- A crise é um fenômeno complexo e suas dimensões estão em uma relação dialógica (MORIN, 2007). Elas influenciam-se, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos que convivem entre si e formam um todo que é maior e revela uma complexidade que não pode ser vislumbrada pelo simples somatório das partes (MORIN, 1999).
- Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém, ocorrida no contexto de sua rede social. Ela é produzida em rede e perturba ou modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005; BRIDGETT; POLAK, 2003). Desse modo se há ruptura social e demandas sociais e aspectos bastante objetivos como apontados, anteriormente, contudo, há subjetividade e sujeito na crise (DREYZIN; LICHTENSTEIN, 1990; LEGUIL, 1990). Esse sujeito toma posição, como dissemos acima, a despeito de ser nomeado como portador da crise, aquele que rompeu os contratos e as regras sociais.
- Assim, diante da crise, não vamos ignorar que haja urgência, pressa, elementos objetivos que nos apontam a necessidade de que há coisas a fazer. Porém, a nossa estratégia principal é criar as condições de possibilidade para que a fala, a palavra, as histórias, os sentidos possam destacar o sujeito da crise (LEGUIL, 1990). Nossa tática deve deixar espaço para que as diversas perspectivas da crise possam emergir e tornarem-se ingredientes de remodelagem, ressignificação e superação da crise.
- ► **A configuração da Demanda e a “Urgência”;**
- A discussão sobre a gravidade e o grau de urgência, na teoria geral da urgência avançou bastante nos últimos anos, e se tornou mais complexa e ampla, tal como ressaltamos na anteriormente (BRASIL, 2006; JIMÉNEZ, 2006). Mas, regra geral, continua a enfatizar a gravidade e o grau de urgência em sua vertente objetiva.
- No campo da saúde mental os aspectos objetivos têm vigência, mas os fatores mais importantes para determinar a gravidade e o grau de urgência de uma crise são os aspectos relativos à inserção do sujeito na sua rede social, o grau de conflito, ameaça à ruptura da mesma e a posição do sujeito diante da crise.
- A demanda aparece, com frequência, como demanda do outro e não do portador de sofrimento mental. Ela é enunciada por um membro da família, da rede de suporte ou da relação do indivíduo, às vezes, representantes do poder, do sistema de segurança ou do jurídico, que demandam uma intervenção. **O agente que demanda quase sempre tem pressa, urge, exige intervenção imediata, daí a urgência** (BRASIL, 2006). Na nossa perspectiva há que se abrir espaço para a urgência do sujeito, para que ele possa colocar a sua posição e esse é o diferencial da Reforma Psiquiátrica: passar da urgência segundo o social, as demandas sociais e da ordem pública para a urgência do singular nomeado como portador da crise (DREYZIN; LICHTENSTEIN, 1990; LEGUIL, 1990).
- ► **A “Emergência”**

- A emergência é uma propriedade das Crises, no entanto, o sentido do seu emprego é bastante diferente do modelo médico. Na teoria da Complexidade ela nomeia o surgimento de qualidades e possibilidades novas, inusitadas, que não podem ser deduzidas e vislumbradas nos componentes isolados de objeto, sistema ou organização (MORIN, 2007). Emergem sintomas, conflitos, eventos, sofrimentos que desestabilizam o laço social. Algo de novo se agrega ao sistema de relações existentes com potencial desestruturador, instalando uma crise, sendo que os recursos para o manejo e resolução se afiguraram, nesse momento, como ineficazes, insuficientes ou inexistentes.
- →A crise significa de fato a emergência de um componente “**negativo**”, o qual implica, de fato, sofrimento, conflito, desorganização ou ruptura de modos de reprodução social, de certas formas do laço social, muitas vezes insatisfatórias e frágeis.
- →**Mas há o polo positivo:** a crise como possibilidade de reorganização em novas bases, novas formas e articulações do laço social e do sujeito. A crise como travessia, como navegação, mas cujo desfecho é imponderável. No entanto, essa é a condição e, às vezes, a única forma de superar um estado de coisas que se mostrou incapaz de responder às exigências da vida de um sujeito e de sua rede social.

- **1.1.3 Crise no Território: nova rede, outra cena, qual abordagem?**

- Quando a Reforma e seus serviços entram em cena, há que se perguntar sobre o que nos autoriza e quais as possibilidades e condições para estabelecermos uma prática diferente e superar o modelo manicomial. A Reforma nos dá outra cena de atuação, o território, os serviços abertos, o cuidado em liberdade, algo de muita importância, mas não o suficiente, pois se pode muito bem ocupar este espaço com velhas práticas. O velho, o manicomial se insinua, não cessa de insistir, nos assombra no cotidiano, nossa experiência o tem demonstrado, exigindo uma vigilância e discussão permanente da nossa prática. Às vezes, encontramos nas experiências de reforma, serviços e dispositivos nomeados como substitutivos ao manicômio, contudo, desprovidos de inovação, sem calor humano, investidos da palidez burocrática ou da segura racionalista da eficiência, eficácia e resolutividade.
- Neste sentido, é importante, em primeiro lugar, afirmar uma diretriz essencial para as nossas ações: se crise emerge e é gerada em um complexo sistema de relações sociais e humanas, quando nossos serviços entram em ação, passamos a fazer parte dessa crise.
- A entrada em cena, a forma e os elementos que agregaremos à crise serão um componente determinante na sua superação e destino. Uma leitura ampliada da crise e o reconhecimento de sua complexidade são elementos importantes, porém o mais decisivo será a nossa posição,

assim como nossa orientação ética, técnica e política.

A ENTRADA EM CENA DOS DISPOSITIVOS DA REFORMA

- A Rede de Serviços, a equipe, o profissional entram na cena da crise e passam a fazer parte da mesma.
- A leitura da Crise e as ações da Rede se tornam um fator de modulação da Crise.



- Do ponto de vista político e assistencial temos que ressaltar algumas diretrizes e princípios orientadores que orientam a nossa entrada em cena e a nova abordagem proposta. Em primeiro lugar, a tomada de posição quanto à priorização dos portadores de transtorno mental grave e persistente. Há uma razão histórica e política, mas a principal é a necessidade e prioridade clínica. Uma rede capaz de dar respostas adequadas às crises dos portadores de sofrimento mental grave é mais efetiva como um todo. As redes que não enfrentaram esse desafio apresentam-se completamente impotentes diante dos casos graves (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).
- Em segundo lugar, parece tautológico, mas é preciso frisar, que o trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem. A base real de um sistema de atenção à crise não são as estações, os serviços especializados e dirigidos à crise em si, mas a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os Projetos Terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade. Essa Rede tem como função principal cuidar e abordar os casos em um instante anterior à precipitação da crise como Urgência e Emergência.
- Neste desenho, a integração orgânica da rede de serviços, o atendimento à crise desde a atenção básica, guardada a capacidade de intervenção em cada nível, é a condição de uma resposta qualificada. A existência de uma rede ampla e atuante retira os dispositivos de atenção à crise do incômodo lugar de suplência de uma rede inexistente ou que não funciona, permitindo que estes serviços exerçam um novo papel, o de observatório dos problemas e disfunções sistêmicas dessa rede, e também o de parceria na superação dos mesmos. É evidente, que os serviços e estratégias de atenção à crise tem que apresentar capacidade resolutiva, flexibilidade e mobilidade, oferecer atenção contínua e integral, hospitalidade, atendimento domiciliar e de rua e integração aos demais serviços de urgência e emergência do território, sejam eles hospitalares ou pré-hospitalares como o SAMU e as UPAS. É isto o que tem sugerido revisões consistentes sobre a implantação de redes integradas e balanceadas de atenção (THORNICROFT; TANSELLA, 2004), é o que nos aponta as melhores experiências internacionais de reforma psiquiátrica (JOHNSON et. al. 2008; ROSEN et al, 2008; DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005; MEZZINA; JOHNSON, 2008), inclusive, a brasileira, em várias

idades do país (SOUZA, 2010). Abaixo, enumeramos algumas diretrizes e princípios ordenadores de uma rede de atenção à Crise:

- 1. Os serviços e estratégias devem ser de base territorial e comunitária e organizar-se em Rede.
- 2. A rede de saúde mental se compõe de uma diversidade articulada de serviços e estratégias oferecendo assistência, reabilitação e inserção social.
- 3. Deve garantir acessibilidade, integralidade, equidade e continuidade do cuidado e reabilitação.
- 4. A saúde mental é incorporada nas ações de todos os serviços e estratégias do sistema de saúde, desde a atenção básica à rede hospitalar e de urgência geral.
- 5. Toda estação e/ou serviço da rede de saúde, como um todo, deve estar preparado para acolher as crises em saúde mental.
- 6. Os serviços são dinâmicos, móveis e flexíveis, articulados organicamente, para evitar a fragmentação.
- 7. A atenção às crises inicia-se e deve ser oferecida no território, no domicílio, na rua. A atenção integral às crises, 24 horas, 7 dias na semana, e os leitos que lhes dão respaldo deveriam estar situados nos serviços territoriais, daí a importância do CAPS III e da hospitalidade noturna. A hospitalidade noturna não pode ser associada, apenas, ao tamanho do serviço ou da área de abrangência. Trata-se de uma função essencial para a atenção à crise e deveria ser pensada como um componente estratégico de toda rede que pretende dar esta resposta.
- 8. Se vamos alocar a função de atendimento da crise, da hospitalidade e atenção contínua num serviço de urgência ou no Hospital Geral, ela deve, preferencialmente, ser complementar (por exemplo, no período noturno e nos finais de semana), ressaltando que sua utilização necessita estar em sintonia programática com os serviços comunitários, desde a indicação, o acompanhamento e a programação da alta.
- 9. A política, o modelo assistencial e a clínica devem ser “usuários centrados” (se organizam a partir das necessidades e prioridades dos usuários, familiares e cuidadores). O usuário é antes de tudo um sujeito político, intervindo na formulação da política e no controle social dos serviços e projetos.
- 10. O modelo de atenção e os serviços orientam-se para os valores e a cultura do país, região, cidade, território. Devem ser sensíveis e oferecer respostas às questões de etnia, raça, gênero e sexo.
- 11. São serviços que valorizam a ciência e a evidência científica, bem como a experiência e a cultura.

1.2- Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência

Diferentes estratégias de cuidado em cada componente e ponto de atenção da RAPS e articulação com a RUE.

No Brasil estamos no processo de construção de uma Rede de Atenção Psicossocial com as diretrizes acima enunciadas. O processo é complexo, desigual, depende de aspectos político e sociais imersos em correlação de forças e embates candentes. (ver parte histórica do curso). Contudo, pode-se dizer que o processo é irreversível, pois a nossa Reforma, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, tem uma política, diretrizes e um desenho estabelecidos e enraizados no SUS e como política pública de Estado.

A Lei 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, e propõe, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado, em serviços comunitários de saúde mental. A Lei estabelece, ainda, a necessidade de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial para as pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

A articulação em rede dos serviços substitutivos é central para o efetivo acolhimento e cuidado das pessoas com a experiência de sofrimento decorrente de transtornos mentais, incluídos aqueles por dependência de álcool e drogas. Todavia, cabe destacar, que a rede não se circunscreve aos serviços de saúde e requer a contínua articulação com as instituições das cidades (BRASIL, 2005).

Após a promulgação da Lei houve um avanço considerável em relação à implantação da rede de serviços comunitário-territoriais de saúde mental, e cabe destacar o lugar estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Em 2011, foi instituída, pela Portaria 3088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dando o acabamento, o desenho e as diretrizes para a organização da rede e sua articulação com as demais redes de cuidado do SUS. Abaixo damos um resumo da composição da RAPS, segundo a portaria, com seus setores de atenção e estações de cuidado.

Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família,
- Consultório na Rua,
- Centros de Convivência e Cultura

Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Hospitalar

- Leitos ou Enfermaria de atenção integral hospitalar especializada em Hospital Geral

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Link: O CONJUNTO LEGISLATIVO E NORMATIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, PRINCIPALMENTE, AS LEIS E PORTARIA QUE INSTITUÍRAM A RAPS E SUA ARTICULAÇÃO COM A RUE E OUTRAS REDE, HOJE, FACIALMENTE ACESSÍVEL NO SITE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CASO NÃO SEJA POSSÍVEL ACESSAR, DIRETAMENTE, PELO LINK ABAIXO, VAI A PÁGINA DO MINISTÉRIO [saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br), onde a área temática está quase sempre muito destacável dentro das áreas temáticas. Acessando a área temática o item legislação recebe destaque e basta clicar nele.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1

1.2.1 As Crises e seu espectro clínico no campo da saúde mental e a resposta da RAPS e RUE.

Como temos reiterado a base real de um sistema de atenção à crise é a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os Projetos Terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade.

Contudo, agora vamos qualificar e aprofundar alguns aspectos da resposta à crise que nos leva a considerar algumas particularidades determinadas por algumas características do espectro clínico das crises. Uma visão geral sobre o amplo campo de problemas encontrados

na prática tem a sua utilidade, seja para o diagnóstico inicial no acolhimento ou para o diagnóstico diferencial e seguimento dos casos. Considerando, apenas, o campo dos problemas da saúde mental e seguindo o delineamento de dois autores (POLK et, 2009), com algumas diferenças e acréscimos, teremos um quadro geral, conforme abaixo:



a) As crises relativas ao desenvolvimento normal e a maturação psicológica:

Referem-se às dificuldades próprias de cada fase da vida e dos momentos de passagem de uma fase à outra, Dependendo do momento histórico e de particularidades da cultura e do laço social acontecimentos e fases comuns da vida como adolescência, casamento, paternidade, maternidade, velhice, morte, podem ser vivenciados, tal como atualmente, com muita angústia, perplexidade e solidão.

b) As crises relativas aos acontecimentos imprevistos ou indesejáveis na inserção social do sujeito:

Fazem parte deste campo os problemas decorrentes dos maus encontros com a vida, os quais geram situações de estresse, luto, perdas: um acidente comum individual, a perda do emprego, uma separação, a perda de um ente querido, conflitos, doença.

c) As crises decorrentes de eventos traumáticos graves e catástrofes:

Este recorte englobava problemas pontuais e, historicamente, datados: uma catástrofe natural, uma guerra, separados por longos períodos, eventos marcados pela sua raridade. Contudo, vivemos um momento histórico, o qual tem sido a regra a geração de um excedente de violência de diversos matizes atingindo indivíduos e coletivos humanos numa escala sem precedentes. A guerra, o trauma e a catástrofe foram inseridos no tecido social, com o agravante da sua

banalização. Nas grandes metrópoles, por exemplo, o impacto e a demanda decorrentes destes fenômenos compõem o dia a dia dos serviços de saúde, especialmente, os de saúde mental, os quais são, na maioria das vezes, o único canal de expressão e a única resposta existente do poder público e estatal.

d) As crises nos portadores de transtornos mentais comuns:

São aquelas relacionadas, por exemplo, aos transtornos de ansiedade e ao espectro da depressão, de natureza neurótica, em geral, para usar uma linguagem que tem seu valor. É importante notar que a prevalência geral de transtornos mentais que necessita de cuidados é expressiva, em todos os países, incluindo o nosso, com uma estimativa de 18,8 a 29,2% da população no período de um ano (MARI et al, 2007).

e) As crises nos portadores de transtornos mentais graves e persistentes:

Estas compreendem as crises ocorridas no campo das psicoses em geral, o espectro da esquizofrenia e dos transtornos afetivos bipolares. Mas vale ressaltar, que um contingente expressivo dos transtornos não psicóticos, pode evoluir de forma grave e persistente, compondo um percentual de aproximadamente 40% dos transtornos mentais graves e persistentes (RUGGERI et al, 2000).

Os transtornos mentais graves têm uma prevalência menor em relação ao conjunto dos transtornos, independente do critério utilizado para a definição, porém, quantitativamente, é grande o número de pessoas atingidas. *Uma estimativa brasileira, por exemplo, considera que podem atingir em média até 6% da população (cerca de 11 milhões de pessoas) e 3,1% se considerarmos os graves e persistentes (MARI et al, 2007).* Este é o contingente das crises mais importante para a Reforma Psiquiátrica, tanto do ponto de vista clínico como da estruturação da política de saúde mental.

O Sofrimento Mental ou transtorno mental grave é uma construção epidemiológica de caráter operacional - com definições diversas - as quais em geral, procuram destacar o grau de gravidade e persistência dos transtornos mentais, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, em que pese ser mais comum nas psicoses (SCHINNER et al. 1990; RUGGERI et al, 2000). A sua definição é multiaxial e, abrange o eixo da clínica, do laço social e a dimensão temporal, conforme a seguinte síntese:

- 1) Uma sintomatologia grave, com sintomas incapacitantes, muitas vezes, persistentes, e reagudizações frequentes.*
- 2) Comprometimento importante no desempenho psicossocial e no laço social do sujeito, sendo comuns situações de conflito, ameaça ou ruptura na sua rede social e familiar de suporte.*
- 3) Evolução prolongada, persistente e requisição de grande aporte de cuidados, inclusive os de urgência e intensivos, bem como recursos de reabilitação psicossocial.*

Um aspecto importante a ser ressaltado, tendo em vista o espectro e os recortes diversos das crises, diz respeito à forma particular de articulação entre as dimensões específicas de uma crise (o corte transversal dado pelo grau de urgência, agudeza, o risco e a vulnerabilidade) e aquelas de conformação longitudinal, concernentes ao padrão de curso do transtorno, a sua evolução temporal e repercussões globais na vida do sujeito.

No contexto das catástrofes e dos traumas, e mesmo nas situações mais amenas das crises do desenvolvimento ou de uma perda ou luto, vividos por pessoas sem diagnóstico ou história de transtorno mental, apesar, da sua agudeza e urgência evidentes, habitualmente, tem-se um curso limitado e a resolução é rápida, gerando um impacto menor em longo prazo (POLK et, 2009). Porém, podem se tornar persistentes, ainda mais, em certos contextos, nos quais eventos traumáticos tornaram-se cotidianos e de repetição. Não reconhecer este fato e não dar uma resposta adequada, além de ignorar o sofrimento em si, é abrir caminho para um transtorno mental e a cronificação de um processo reativo decorrente de um trauma ou um acontecimento vital vivido mais intensamente.

Quanto aos transtornos mentais comuns e não psicóticos as crises são menos intensas, limitadas temporalmente, a despeito da possibilidade, de crises exuberantes e grau de urgência elevado, como no caso da crise de angústia\pânico. . Comumente o impacto ao longo da vida será lento e menor, mas cerca de 10% deles pode apresentar intensidade e duração o suficiente para compor uma parcela importante do contingente geral de sofrimento mental grave e persistente (RUGGERI et al, 2000).

Assim, se uma apresentação tem o estatuto de uma crise, independente do espectro que ela pareça pertencer, num primeiro momento, coloque o diagnóstico entre parênteses e a acolha com toda a seriedade e cautela possíveis.

Porém, como regra geral, as crises nos portadores de sofrimento mental grave e persistente vão gerar no curso da vida um impacto maior, em longo prazo, na sua rede de inserção social, e vão ser um fator determinante dos processos de exclusão aos quais são submetidos. Uma observação adicional deve ser feita com relação às primeiras crises dos transtornos mentais graves e persistentes, particularmente, no campo das psicoses. As primeiras manifestações de um transtorno, como no caso da esquizofrenia, são comumente insidiosas, e se apresentam na forma de sintomas não psicóticos, os quais precedem de meses a anos, a manifestação explícita da psicose (PULL, 2005). Mas, em muitas ocasiões, se desencadeiam de forma dramática, com risco e agudeza evidentes, por exemplo, através de passagens ao ato como o suicídio, as autoagressões e atos de violência os quais, também, são inespecíficos, não trazendo em si, claramente, os sintomas indicativos de um diagnóstico.

Assim é necessário destacar o papel dos pontos de atenção que possuem um lugar destacado na abordagem dessas crises mais graves.

1.2.2. A Rede de Atenção Psicossocial ESTRATÉGICA EM ARTICULAÇÃO COM RUE PARA ATENÇÃO ÀS CRISES MAIS GRAVES e SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGENCIA.

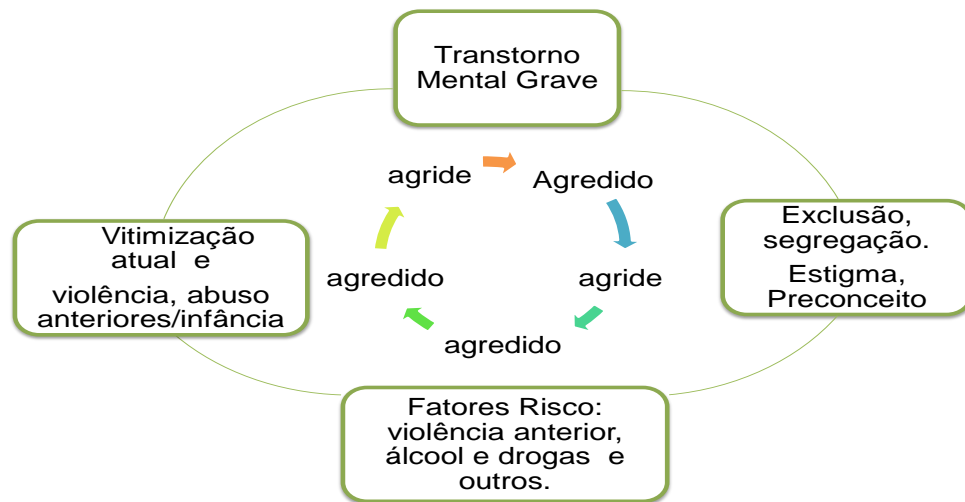
- Posta a discussão acima, fica evidente que todos os pontos da RAPS vão atender crises de uma forma geral. Contudo, alguns pontos da RAPS podem ser considerados como estratégicos, por serem mais adequados dispendo de recursos correspondentes à complexidade e gravidade de algumas crises. Estes pontos estratégicos são os CAPS e o componente de urgência e emergência da RAPS - Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), serviços de urgência/emergência psiquiátrica, Unidades de Pronto Atendimento (UPA)- bem como os Leitos de Atenção Integral hospitalares.
- Não há homogeneidade nas crises que vão requisitar esses serviços, elas tem apresentações e determinações diversas, o que as unifica é o fato de enunciar um limite, para além, do qual a própria está ameaçada, e exigirem intervenções mais complexas, multiprofissionais, interdisciplinares e em rede. Portanto, falaremos delas separadamente. Em primeiro lugar estão as crises que se apresentam com rupturas e conflitos da rede social e familiar, que esgotaram as capacidades de pactuação e resolução de conflitos nesta rede. Estas crises acometem, principalmente, os portadores de sofrimento grave e/ou persistente e, como efeito da correlação de forças, o portador de sofrimento é nomeado como “perigoso para si e para os outros” e acaba sendo objeto de intervenções de força. Em segundo lugar temos algumas apresentações clínicas, as quais, classicamente, são objeto de intervenções de urgência e emergência, as quais falaremos algumas linhas. E por fim temos o campo, de manejo muito complexo, das crises relativas aos casos graves de intoxicação, dependências e abstinência de álcool e drogas, e, e casos decorrentes de condições médicas em comorbidade ou não com transtorno mental.
- **► “A Crise como perigo para si e para os outros”;**
- Nas situações de crise, contexto de conflito, ameaça ou ruptura do sujeito com sua rede, quando se pode evidenciar risco e vulnerabilidade para todos, sobretudo para o portador de sofrimento mental, a psiquiatria, os agentes da ordem pública não hesitam em ressaltar que o portador de sofrimento mental é “Perigoso para si e para outrem”. Este enunciado, tipicamente, manicomial autorizaria as intervenções de força e a internação involuntária ou compulsória (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005).
- A imputação de periculosidade e risco à loucura nasceu com as primeiras formulações da psiquiatria no século XIX (FOUCAULT, 2006) e acabou ganhando espaço na cultura e no imaginário social, sendo um elemento determinante do preconceito, estigma e dos processos de exclusão e segregação sofridos pelos portadores de sofrimento mental. Esta posição sofre, atualmente, uma crítica contundente do movimento antimanicomial e, no plano científico,

várias pesquisas, realizadas nos últimos 20 anos, colocaram em xeque a atribuição de periculosidade da loucura.

- Como vem sendo destacado, de forma geral a violência dos portadores de sofrimento mental não pode ser dissociada daquela existente nos locais e sociedades em que estão inseridos (LARGE et al, 2009; STEADMAN et al, 1998). Além disso, uma série de fatores externos ao campo da psiquiatria e dos transtornos mentais contribui, seguramente, com um peso maior para o fenômeno da violência e agressividade (NORKO et al, 2008).
- E quanto à relevância dos transtornos em si ou aspectos relativos à psicopatologia, os estudos não estabelecem correlação direta (STEADMAN et al, 1998; APPELBAUM et al, 2000; ELBOGEN et al, 2009) ou são, no mínimo, conflitantes. Tem sido objeto de questionamento, inclusive, a correlação entre agressividade e atos violentos com a presença de delírios persecutórios (vivenciar a experiência de estar sendo ameaçado, perseguido por outrem), bem como aqueles de controle e influência, quais sejam, a vivência de que outrem tenta ou assume o comando da sua mente e/ou corpo (APPELBAUM et al 2000; TEASDALE et al, 2006).
- Nos chama a atenção, nos últimos anos, no âmbito dos estudos sobre violência, a revelação de um alto índice de violência cometida contra os portadores de sofrimento mental. Além da violência simbólica e subjetiva, eles são vítimas de violência grave e direta, em uma escala maior da que possam cometer contra os outros. Uma revisão de estudos, a maioria nos EUA, sobre essa questão mostrou que 35% deles sofreram agressões muito graves, seja roubo, assalto, rapto, estupro e outras violências (sexuais e físicas). Em uma proporção menor (12 a 24%) foram eles que cometeram violência em relação a outrem (CHOE et al, 2008). Outra revisão, centrada em estudos europeus nos aponta que os portadores de sofrimento mental grave são vítimas de violência numa proporção, no mínimo, duas vezes maior que a população em geral (MANIGLIO, 2009).
- A vitimização, seguramente, é um forte componente do contexto de violência que envolve os portadores de transtornos mentais. No cotidiano da nossa prática clínica, podemos ver o surgimento, com muita frequência, de um circuito de vitimização/heteroagressão: um sujeito ao ser agredido reage com agressão, num processo, às vezes, contínuo que se retroalimenta. Este circuito é reforçado por uma variedade de fatores cuja relação com a violência tem sido demonstrada, dentre os quais estão: o uso de substâncias psicoativas, história anterior de violência sofrida ou cometida, abuso e violência sofrida na infância e adolescência, fatores sócio-demográficos (sexo masculino, jovem, desvantagem socioeconômica e educacional) e fatores contextuais (como pertencer a ambientes e culturas que valorizam a violência).
- No caso do portador de sofrimento mental, ainda temos ingredientes adicionais como: o estigma, o preconceito, a exclusão social e econômica. O processo como um todo é bastante complexo e multifatorial, nos obrigando a superar as discussões simplistas em que uns acentuam a violência cometida pelos portadores de sofrimento mental e outros argumentam que esta imputação não passa de estigma e preconceito. A violência associada aos transtornos mentais não pode ser dissociada da sua vulnerabilidade geral e, muito menos, da violência

social e cultural, simbólica ou direta, da qual são vítimas. Vejamos, a seguir, uma representação aproximada do processo descrito acima:

Agressão e Violência: Risco e Vulnerabilidade no Transtorno Mental



-
- A despeito desses novos estudos e dos questionamentos que eles nos trazem, na prática e no cotidiano dos serviços, o portador do sofrimento mental, o suporte individual da crise, se aparece de um lado como portador de uma sintomatologia específica, de outro nos chega como aquele que produziu a ruptura, que rompeu os contratos, como um indivíduo violento, fora da ordem pública. Este é o estado de coisas habitual e, para transformá-lo, teremos combater a tese da periculosidade em todos os domínios da ação política e da clínica, seja no campo científico, na imprensa, na vida social como um todo, nos nossos serviços, na prática cotidiana do cuidado. É necessário evitar uma redução da crise aos sintomas e a um diagnóstico focado no indivíduo. Deve-se analisar a crise como um problema de todos os componentes daquela rede social ou familiar. Assim, cairá por terra o “perigoso para si e para outrem”, pois o que se encontra em perigo e vulnerável é o próprio laço social dos atores envolvidos.

► As apresentações clínicas de urgência e emergência.

As apresentações nomeadas pelo discurso médico como de urgência e/ou emergências podem ser sintetizadas em três formas de apresentação com de alteração aguda do estado mental e do comportamento encontradas na prática, e cujo destaque advém da sua gravidade, urgência e risco. São elas:

- (a). Os quadros de agitação psicomotora com ou sem agressividade e/ou violência nos seus diversos matizes, conforme enuncia a literatura e a perspectiva dominante, a qual deve ser discutida e ampliada como salientamos, anteriormente.

(b). O espectro da suicidalidade, um campo que abrange o suicídio, a tentativa, os atos preparatórios, o plano e a ideação (Posner et al, 2007) e as autoagressões ou lesões autoinfligidas, sem aparente ideação suicida e os casos graves de autonegligência.

(c). Os casos de *delirium* (estados confusionais) de diversas intensidades com alteração da consciência, da orientação e da atenção com desorganização do comportamento e presença em muitos quadros de produções similares a um delírio, produções deliróides, sem sistematização e mais caóticas, bem como, onirismo, alucinações visuais, táteis, olfativas.

O primeiro aspecto é que cada apresentação tem um núcleo de sintomas que lhe é característico:

- O par agitação/agressividade;
- O núcleo de autoagressão com intenção suicida ou não, na segunda;
- E, na terceira, a alteração do nível e da estrutura do campo de consciência (estados confusionais).

No conjunto, podemos observar que não se trata de doenças, mas de apresentações sindrômicas, ou seja, um conjunto de manifestações clínicas, sinais e sintomas, organizados em torno de um eixo, de um núcleo clínico básico.

A caracterização dessas três apresentações já implica em si uma elaboração e leitura bastante sofisticadas, pois as crises, quando surgem como demanda, apresentam-se, num primeiro momento, de forma indiferenciada e inespecífica, ou seja, é impossível ter um diagnóstico exato, principalmente em termos de qual é o transtorno de base. Sabemos que há algo grave, que o sujeito está transtornado, seu comportamento está de fato estranho, mas qual é a causa ou transtorno subjacente, somente o saberemos após um percurso que pode ser longo.

Podemos, certamente, estabelecer algumas correlações, certas regularidades de associação, tal como no quadro abaixo:



No caso da agitação psicomotora, com ou sem agressividade, as correlações são amplas, de modo que podemos dizer que quase todo o espectro de transtornos mentais e inúmeras

patologias médicas podem estar associados a essa apresentação de urgência (Glick et al 2008; Quevedo et al 2008; Vasques, 2007).

Quanto à suicidalidade e autoagressões o espectro de possibilidades diagnósticas é também amplo. Os estudos sobre o suicídio nos apontam uma variedade de transtornos mentais correlacionados, apesar de alguns estarem associados, mais fortemente, tais como a Depressão Maior e Transtorno Afetivo Bipolar, as Psicoses Esquizofrênicas, Álcool e Drogas, os Transtornos de Personalidade (BERTOLOTE & FLEISCHMANN, 2002). Todavia, nem todos que se matam apresentam um transtorno mental identificável e, obviamente, a maioria das pessoas com transtorno mental não se suicidam. Além disso, o suicídio é um fenômeno complexo, com influência marcante de fatores externos ao campo da saúde mental e relacionados à cultura, a sociabilidade, ao gênero, ao ciclo de vida entre outros.

E, por fim, nos quadros de “delirium”, cuja presença nos dirige a busca de uma causa médica, seja do organismo como um todo ou neurológica, ou um transtorno relacionado ao álcool e outras drogas, observa-se que a diversidade de condições associadas é, igualmente, extensa (Glick et al 2008, Quevedo et al 2008).

► A importância das condições médicas e dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas.

Uma variedade de patologias médicas é capaz de produzir uma apresentação de urgência psiquiátrica, inclusive com quadros muito parecidos aos transtornos psiquiátricos clássicos (ACEP, 2006; Cresswell III et al, 2008, Karas, 2002). Ademais, as doenças médicas concomitantes, em outras situações, se não produzem um quadro psicopatológico, podem modificar ou tornar mais complexa a apresentação de um transtorno psiquiátrico existente, e como regra geral, no mínimo, aumentam o nível de sofrimento, desconforto e risco para o portador de uma crise.

Os portadores de sofrimento mental, por outro lado, apresentam um estado geral de saúde muito precário refletido em uma taxa de mortalidade e de morte prematura maior do que a população em geral (Harris et al, 1998). Esses dados deveriam nos deixar atentos, mas não é o que acontece, pois os problemas de saúde dos portadores de sofrimento mental, particularmente, os decorrentes de condições médicas, comumente são negligenciados em todos os níveis de atenção, particularmente nas urgências. A revelação de que o usuário tem um diagnóstico psiquiátrico, o relato do uso ou o achado de uma receita de psicotrópico no bolso, ou até mesmo do cartão de inscrição em um serviço psiquiátrico, associam-se, frequentemente, a desleixo na avaliação, à subestimação de problemas clínicos graves como causa ou agravante de apresentações psiquiátricas e a encaminhamentos automáticos para os serviços psiquiátricos.

Muitos estudos, relativos a esse aspecto, que investigaram apenas os casos em que os problemas médicos eram a causa ou tinham uma participação importante na produção de um quadro de urgência psiquiátrica, mostram que eles podem estar associados a uma participação bastante

alta (Carlson et al, 1981; Tintinalli et al, 1994; Olshaker et al, 1997, p.124-128), conforme se observa no quadro abaixo o qual resenha os referidos autores.

Problemas Médicos e Demanda de Urgência Psiquiátrica			
Estudos/ Autores	Tipo de Serviço	Pacientes Incluídos	Problemas médicos %
Carlson et.al (1981)	Emergência Psiquiátrica	200	7%
Tintinalli et al 1994	Emergência Geral	298	4% problemas graves/urgência
Olshaker et.al (1997)	Emergência Geral	345	19%
Hatta et al 2002	Psiquiatria intensiva	554	24% - sendo 8% deles graves

Este fato tem exigido um cuidado maior e a formulação de diretrizes específicas para o manejo dessa questão no ambiente de urgência (ACEP, 2006). As condições médicas mais comuns são hipoglicemia, hiperglicemias, as alterações endocrinológicas (hipo, hipertireoidismo etc.), distúrbios hidroeletrólíticos, infecções do sistema nervoso central, pulmonares e do trato urinário, as infecções pelo HIV, problemas neurológicos, traumas e acidentes vasculares cerebrais.

Os portadores de transtorno mental também apresentam transtornos relacionados ao álcool e drogas numa proporção maior em relação à população em geral, sendo que os problemas de álcool e outras drogas repercutem na saúde mental e no âmbito das urgências em geral, numa escala cada vez mais intensa. Segundo alguns estudos, os quadros de álcool e drogas são, atualmente, a principal causa de demanda nas urgências psiquiátricas (Hazlett et, 2004). Os transtornos relacionados ao álcool e drogas podem mimetizar praticamente qualquer transtorno mental típico, complicar as apresentações clínicas dos mesmos e, inclusive, ser um fator desencadeante desses transtornos. Quando em comorbidade, ou seja, sua presença associada a um transtorno mental, o que é um fenômeno de prevalência muito elevada, além de aumentarem a procura e o número de visitas na urgência (Curran et al 2003), quase sempre incrementam a gravidade e o grau de urgência, assim como a complexidade e a dificuldade do manejo. VER TABELA ABAIXO COM ALGUNS “INDICADORES” DA IMPORTÂNCIA DOS PROBLEMAS

TABULETA: TRANSTORNOS DE ÁLCOOL E DROGAS NA URGÊNCIA

► Intoxicação (com ou sem dependência) e abstinências graves.

Prevalência - DEMANDA

► Álcool (principal) e Cocaína (principal demanda de Urgência ilícitas), múltiplas drogas.

► T. Mental + abuso de drogas incrementa de 2,8 a 4,9 X as visitas de urgência em relação a T. Mental sozinho.

► O abuso de substâncias isolado é um dos principais fatores de risco para violência na população em geral.

► O abuso de substâncias psicoativas é o principal fator para violência em portadores de Psicoses.

► Alcoolismo isolado ou em comorbidade com T. Mental > fator crítico de risco para comportamento suicida.

Portanto, estejamos atentos para os elementos que possam ajudar a diferenciar uma condição ou patologia orgânica de um transtorno psiquiátrico, quando estamos diante de uma apresentação de urgência. Abaixo, encontra-se um quadro, baseado na literatura (Cresswell III et al, 2008; Karas, 2002; Dubin et al, 1983; Williams et al, 2000; Talbot-Stern et al, 2000) e na nossa experiência, que sintetiza e ajuda a visualizar alguns itens importantes para o esclarecimento do diagnóstico diferencial, o qual é crucial para a tomada de decisão e a qualidade da assistência.

Condições Médicas X Psiquiátricas	
Médicas	Psiquiátricas
Idade : < de 12 e > 40 anos	Idade: 13 – 40 anos
Início Agudo	Início Gradual
Curso flutuante	Curso Contínuo
Consciência, atenção e orientação alteradas.	Consciência Clara e Orientado.
Alucinações visuais, táteis, olfativas e ilusões	Alucinação auditiva
Sem história Psi prévia	História Psi prévia Atenção: se quadro é diferente, iniciou nova medicação, a pessoa é mais velha e/ou tem indícios clínicos sugerindo condição médica
Sinais vitais e exame físico alterados.	Exame físico normal
História ou presença de sinais e sintomas de álcool e drogas, independente da existência ou não de quadro psiquiátrico associado	Sem história de AD atual e anterior ao surgimento do quadro psiquiátrico
Alteração da Consciência e sintomas psiquiátricos, temporalmente, associados a uma convulsão ou problemas neurológicos, inclusive, infecções, AVCs.	Sem história de Epilepsia ou qualquer problemas neurológico.
Delirium (estado confusional)	Delírio

O quadro nos ajuda a ter uma noção geral referente aos elementos mais importantes para o diagnóstico, porém, uma REGRA BÁSICA e simples poderá nos orientar, qual seja:

diante de uma crise, no contexto das urgências, a despeito de uma origem psiquiátrica parecer de imediato como provável, é de boa regra, colocá-la sob suspeita e fazer uma avaliação a mais completa possível, não se esquecendo do peso da história, do exame físico e da coleta dos dados vitais, os quais continuam sendo os elementos mais importantes para o esclarecimento diagnóstico.

Quanto a essa questão os profissionais de nível médio tem um papel muito importante. São eles que normalmente nos alertam para os problemas clínicos, desde os mais simples como uma desidratação leve, uma perda de peso, uma constipação intestinal, até situações de muita gravidade como uma hipotensão, choque, sedação excessiva e assim por diante. O fazem pela proximidade, pela presença física, pela formação que valoriza essa dimensão. Não é demais lembrar que as práticas e discursos dominantes no ambiente *psi* costumam não valorizar e, muitas vezes, inibir a expressão desses saberes, o que, infelizmente, tem consequências funestas para os portadores de sofrimento mental.

1.2.3 Uma descrição do papel e funções da Rede de Atenção Psicossocial PARA ATENÇÃO ÀS CRISES MAIS GRAVES e SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGENCIA

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Os CAPS foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados. O CAPS é um serviço comunitário, que deve operar de portas abertas, sem barreiras de acesso ou agendamento para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferece cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. É um serviço estratégico da RAPS, e tem a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial.

O CAPS deve ofertar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família e aos pontos de atenção às urgências apoiando, subsidiando e se corresponsabilizando pela atenção às urgências.

A equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, dentre outros, que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento a partir de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com usuários e famílias, e articuladas a Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações considerando a complexidade das necessidades das pessoas com transtornos mentais, e também a intensidade da atenção desenvolvida pelos familiares.

O objetivo dos CAPS é oferecer cuidado às pessoas em intenso sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência, numa determinada área de abrangência, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, ampliando territórios e favorecendo a circulação pela cidade.

Os CAPS operam na lógica da intensidade do cuidado em contraposição aos processos de restrição de liberdade. No CAPS e no território são realizados: atendimentos individualizados ou em grupo; atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial; atenção aos familiares; atenção domiciliar; reuniões ou assembleias para o desenvolvimento da cidadania; acompanhamento medicamentoso; e intensas mediações entre usuários, famílias e a comunidade.

Os CAPS são dispositivos de cuidado que devem contar com uma diversidade de abordagens para à complexidade e diversidade das necessidades das pessoas em seus contextos de vida.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme Portaria 3088 de 2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD e CAPS AD III (Brasil, 2012, portaria 130) . Vale esclarecer que os CAPS III funcionam 24 horas, os CAPS I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPSi (infanto-juvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPSi, deverá ser garantida a atenção a essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando os princípios e as diretrizes ECA.

Conforme Portaria SAS n. 854 de 2012, os CAPS devem desenvolver um amplo conjunto de ações, incluindo o a atenção às situações de crise, voltadas sempre à construção de autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. As diferentes abordagens bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS deverão ser plásticas às singularidades das pessoas em seus contextos reais de vida, e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde, de outros setores e da própria comunidade, que disponham de recursos necessários à qualidade do cuidado.

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

No caso do atendimento às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, nos pontos de atenção do componente de Urgência e Emergência é essencial reafirmar a universalidade do cuidado no SUS, e que os profissionais reconheçam a demanda pela atenção como legítima, disponibilizando-se para uma avaliação qualificada.

Cabe ressaltar que, considerando a singularidade como as pessoas com transtornos mentais podem expressar ou não o que sentem, a parceria com a família e o envolvimento de profissionais que tenham vínculo pode ser fundamental para a identificação de agravamentos clínicos que podem, inicialmente, não ser considerados.

Cabe aos CAPS oferecer apoio matricial em saúde mental aos pontos de atenção às urgências, em seu território de abrangência, seja por meio de orientações sobre a história e as necessidades dos usuários já conhecidos, seja pelo acompanhamento do atendimento se corresponsabilizando pelo cuidado em seu território de abrangência.

Dois pontos de atenção são de fundamental importância para o cuidado nas situações de urgência envolvendo as pessoas com transtornos mentais.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

O SAMU é o ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental, conforme as Portarias GM n. 1600 de 2011 e n. 3088 de 2011.

A partir de acionamento telefônico (192) e regulação da demanda, a equipe do SAMU atende e/ou agenda o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários na atenção hospitalar ou de seguimento longitudinal, como os CAPS, UBS, ou outros.

Este ponto de atenção opera intervenções imediatas em situações de maior complexidade e circunstanciais: no domicílio, na rua ou em locais em que o usuário demande este cuidado, tendo como mandato principal a avaliação clínica, manejo da situação e condução do usuário para o CAPS de referência, Unidade Básica de Saúde, serviço de urgência/emergência ou UPA mais próximo.

Para qualificação do encaminhamento, algumas recomendações se fazem necessárias:

a) Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, o SAMU deve incluir no atendimento, sempre que possível, o apoio do CAPS de referência do território onde ocorre a situação relativa a problemas de saúde mental, para intervenção conjunta ou orientação quanto à definição do melhor encaminhamento para a situação que se apresenta.

b) Durante o período noturno, feriado ou final de semana, a equipe dos CAPS é organizada por plantões e, portanto, reduzida. A equipe do SAMU deve realizar a intervenção no território junto ao usuário e, se a situação demandar cuidados complexos imediatos, deverá encaminhar para o serviço de urgência/emergência ou UPA mais próximos. Nos casos em que não houver esta necessidade, os usuários podem permanecer em casa, se assim avaliar o profissional, ou encaminhado ao CAPS no caso de usuários em acompanhamento neste serviço.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Socorro

As UPAs e os Pronto Socorros (portas hospitalares de urgência) realizam o atendimento das demandas de urgência e emergência, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. Devem realizar acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-

se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

Deve prover retaguarda para observação das situações de limite, para a definição de encaminhamento mais adequado. É importante identificar se o usuário em questão realiza acompanhamento em CAPS para que este serviço seja acionado para compartilhamento da responsabilidade. Especificamente quando a ocorrência for durante período noturno ou final de semana, e ainda não houver vinculação do usuário a nenhum CAPS, orienta-se que no período seguinte, o serviço de referência no território seja acionado para receber o usuário.

Esta articulação entre os serviços propicia o adequado atendimento aos usuários e famílias sem, no entanto, recorrer ao recurso da internação de forma desnecessária.

ATENÇÃO HOSPITALAR: LEITOS OU ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

Trata-se de leitos de saúde mental nas enfermarias de clínica médica, pediatria ou obstetrícia, ou de Enfermarias Especializadas em Saúde Mental no Hospital Geral, habilitados para oferecer suporte hospitalar quando esta tecnologia for necessária. O acesso a estes pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão: central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência (Brasil, 2011 portaria 148).

Este ponto de atenção deve configurar-se como retaguarda aos demais pontos de atenção da RAPS, especialmente aos CAPS e aos pontos de atenção do componente de urgência, para situações cujo agravamento clínico requeira acesso à tecnologia hospitalar. Provê intervenções de curta ou curtíssima duração para o restabelecimento de condições clínicas, elucidação diagnóstica, e/ou investigação de comorbidades responsáveis por situações de agravamento. Deve articular-se de forma imediata a outros pontos de atenção, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado.

É importante ressaltar que a corresponsabilização pressupõe que, onde quer que o usuário seja acolhido, deve-se institucionalmente articular os demais pontos de atenção da rede necessários para responder às necessidades identificadas, evitando respostas imediatistas, descontextualizadas, e por consequência, equivocadas.

Cabe, portanto, também ao Hospital Geral, como ponto de atenção da RAPS, favorecer a continuidade do cuidado, articulando os serviços de referência dos usuários internados, ou promovendo o referenciamento junto as UBS, CAPS ou demais pontos de atenção desde a chegada do usuário, e não somente no momento de sua alta.

REFLEXÃO

Análise o contexto atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil e estágio de implantação da RAPS em articulação com a RUE E discuta os seguintes pontos: 1) A rede de serviços e estratégias existente, atualmente, nos capacita a enfrentar as crises? (2) Temos dispositivos capazes e em quantidade suficiente para acolher e oferecer atenção contínua e integral às crises? Quais

serviços se adequam melhor a esta função? (3) O SAMU e as UPAs - pensem na sua realidade local - estão atendendo as urgências\crise em saúde mental como está previsto na legislação do Sistema Nacional de Urgência e Emergência? (4) A rede de saúde mental da sua região incorpora as ações do SAMU, UPAs, urgências e dispõe de retaguarda em hospital geral para o atendimento as crises e portadores de sofrimento mental com comorbidades clínicas e de álcool e drogas graves?

1.2.4 Gestão da RAPS E RUE EM SUA ARTICULAÇÃO PARA O ATENDIMENTO AS CRISES.

A discussão acima deixa clara e a experiência nos tem ensinado que resposta a crise nos coloca diante de problemas, questões e desafios de alta complexidade, os quais exigem uma gestão e gerenciamento igualmente complexos. Não se trata de abordar em toda a sua amplitude essa questão, mas gostaríamos de ressaltar alguns pontos. A nossa experiência, de todos esses anos da Reforma Brasileira, reforçada agora pelas portarias dos SUS (não apenas as nossas e da rede de urgência) que estabelecem a categoria de REDE como umas das mais importantes para orientar a política, as estratégias, a gestão e o próprio cuidado/assistência, nos traz a necessidade de gestão conjunta e colaborativa na atenção as crises. Neste sentido enumeramos abaixo algumas iniciativas que podem ajudar nesta trajetória. Elas podem ser consideradas na categoria de boas práticas e é um apanhado de experiências e indicações da própria legislação e normas atuais.

- 1) A saúde mental precisa se articular, conversar, produzir iniciativas colaborativas com rede de urgência e emergências, tanto em nível político macro como na área organização do cuidado em todos os níveis, nacional, estadual e municipal. Temos experiências exitosas neste sentido.
- 2) A saúde mental tem estar presente nos comitês gestores de urgência em todos os níveis. Trata-se de adequação a normativas e de estabelecer pactuações, diretrizes e protocolos técnicos, relativos fluxos, responsabilidades e qualidade do cuidado, esta dimensão é muito importante. Não subestime a importância de definir as competências técnicas e responsabilidade de todos os pontos de atenção a partir de uma discussão técnico-científica rigorosa e baseada nas melhores evidências disponíveis. Importa sim, saber e atribuir responsabilidades com relação a como e qual estação de cuidado pode oferecer a melhor resposta para quem está intoxicado com qualquer substância psicoativa, não podemos conviver com jovens intoxicados gravemente com crack, com repercussões cardíacas graves como infarto e outras, serem levados para CAPS ou negligenciados em sua gravidade nas urgências. Quem é dependente grave de álcool pode ser nomeado e o é com frequência, em muitos pontos de atenção, como “levemente bêbado” e ser negligenciado na urgência, receber orientação para ser levado ao PSF na segunda feira ou ser encaminhado a um CAPS, o que seria menos pior, mas que na verdade está apresentando uma síndrome de Wernicke, a qual tem um alto índice de mortalidade e morbidade quando não morre, e que precisa de cuidados muito

intensivos e complexos. E tem as fronteiras, os casos de comorbidade, não apenas com AD, mas também com os relativos problemas médicos, os quais devem passar por uma discussão e patação de responsabilidades sobre qual o melhor lugar para cuidar dos mesmos.

- 3) Contudo, mais do que isso, a nossa presença nos comitês, é uma oportunidade de quebrar estigmas, estereótipos, preconceito e romper com má qualidade do cuidado que se oferta aos portadores de sofrimento mental.
- 4) É importante, então, que se discuta e estabeleça uma pactuação técnica e política quantos aos seguintes pontos sensíveis da abordagem das crises:
 - PROTOCOLO - DIRETRIZ de FLUXO, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DO CONJUNTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA, HOSPITALAR E NÃO HOSPITALAR - DESTAQUE PARA OS PORTADORES SOFRIMENTO MENTAL COM PROBLEMAS CLÍNICOS, INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIAS GRAVES POR AD.
 - DELINEAMENTO DO SISTEMA DE RETAGUARDA E APOIO MATRICIAL DE CADA SERVIÇO DE URGÊNCIA/URGÊNCIAS DE SAÚDE MENTAL, NA CIDADE E POR DISTRITO.
 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM TODAS AS PORTAS DE ENTRADA - SAÚDE MENTAL DISCUTIDA E INCLUÍDA NO PROTOCOLO - EXIGÊNCIA DE ESTABILIZAÇÃO INICIAL EM QUADROS GRAVES, CONTATO PRÉVIO ANTES DA TRANSFERÊNCIA.
 - PROTOCOLOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS: ABORDAGEM DAS CRISES, TRANQUILIZAÇÃO MEDICAMENTOSA E CONTINÊNCIA/CONTENÇÃO, PROTOCOLOS DE TRANSFERENCIA DE CUIDADO/HANDOVER.
- 5) A RAPS em articulação com a RUE devem ativar iniciativas e estratégias que possibilitem a construção do cuidado colaborativo entre elas tais como:
 - A CAPACITAÇÃO CRUZADA ENTRE RAPS E RUE - URGÊNCIAS CLÍNICAS E DE SAÚDE MENTAL
 - A PACTUAÇÃO DE CICLOS DE MELHORIA CONTINUA DO CUIDADO, COM O GERENCIAMENTO CONTINUADO DE INCIDENTES CRÍTICOS, QUASE EVENTOS, E EVENTOS SENTINELAS A PARTIR DE CASOS CONCRETOS E INICIATIVAS SEMELHANTES.

1.3. DIRETRIZES E estratégias de cuidado em cada componente e ponto de atenção da RAPS e articulação com a RUE.

A abordagem das crises implica vários níveis de ação que estão inter-relacionados e que dizem respeito a todos os pontos de atenção e da RAPS em articulação com RUE. Algumas diretrizes e

condutas interessam a determinados pontos de atenção em razão da sua função e particularidades de inserção na REDE, porém, são de interesse de todos.

O primeiro núcleo de intervenções, na entrada em cena da equipe, é a realização de uma leitura da crise em termos de risco e vulnerabilidade. Em seguida, vêm as intervenções clássicas de qualquer abordagem de urgência: as avaliações clínicas do estado geral físico e mental, a sequência básica de verificação das funções vitais necessárias ao suporte da vida (o ABCD), os dados vitais, incluindo saturação de O₂ e glicemia capilar em alguns casos. No final destas duas operações poderemos situar o nível de gravidade, urgência e prioridade clínica do caso e, se possível, um diagnóstico, mesmo que ele seja, apenas, voltado para o conjunto de sinais e sintomas predominantes, a síndrome clínica presente e não o transtorno em si. A articulação adequada desses aspectos da abordagem é objeto dos sistemas e escalas de avaliação e classificação de risco, os quais não serão discutidos aqui.

Em segundo lugar, há um conjunto de ações que são agrupadas no conceito de Continência. São intervenções que desde a entrada em cena visam modular, atenuar e reduzir o risco, a tensão, o conflito e o sofrimento ali presentes e em escalada. O manejo dos aspectos verbais e não verbais da comunicação, a atenção e o manejo da delicada dimensão espaço-temporal da crise, e a utilização de táticas de resolução e gerenciamento de conflitos e problemas são os elementos básicos da Continência. As suas ações operam na contracorrente das ações de força e contenção, sendo que nesse sentido previne intervenções de risco para o usuário e para a equipe. É necessário ressaltar, que as medidas de contenção, na medida em que restringem espaço, movimento e liberdade, não importa se utilizados os meios físicos, mecânicos ou medicamentosos, são procedimentos de último recurso.

A Avaliação e Manejo Geral da Cena de Urgência



A seguir, apresentam-se, resumidamente, as recomendações práticas para esses diversos campos de ação, com ênfase naqueles de interesse direto para a atuação dos profissionais da RAPS em articulação com a RUE que lidam com as Crises, urgência e emergência.

1.3.1 Recomendações relativas à avaliação da Cena, Risco e Vulnerabilidade.

A realização de uma boa leitura da cena de urgência, um imperativo na urgência traumática, tem sua validade em outros campos, particularmente, na saúde mental. A origem da avaliação de cena está ligada à análise imediata que se deve fazer de uma cena de urgência no sentido de detectar, pela leitura da sua composição, de seus elementos articulados, indícios do ocorrido e os riscos ali presentes, inclusive, para a equipe de abordagem. Portanto, trata-se de um procedimento muito adequado à abordagem da crise, com a diferença de que em nosso campo é necessário articular risco e *vulnerabilidade*.

Há que se frisar que, ainda hoje, existe um acento muito grande no conceito de risco, seja nos principais sistemas de avaliação e triagem de urgência, seja nos protocolos e diretrizes de abordagem da crise do campo psiquiátrico. Basta citar que dois dos sistemas de classificação de risco mais utilizados e reconhecidos no mundo, o de Manchester (MACKWAY-JONES et al, 2006) e o Australiano (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2009), utilizam o “risco para si e para outrem” em termos de agressão e violência, como o eixo principal de determinação do grau de urgência.

Conforme apontamos, anteriormente, o risco num sentido mais amplo e adequado à realidade, não pode ser dissociado da *vulnerabilidade do portador de sofrimento mental*. O conceito de vulnerabilidade nos remete ao campo de fatores relacionado à probabilidade de uma pessoa ser vitimizada (sofrer violência), abusada sexualmente, intimidada, assediada ou explorada pelos outros, segundo uma definição corrente (UNITED KINGDOM, 2007; NICE, 2005). Mas na nossa avaliação, a vulnerabilidade do portador de sofrimento se estende aos problemas relacionados ao suicídio, a autoagressão em geral, a negligência e autonegligência, bem como aos fenômenos do preconceito, discriminação e processos de exclusão a que estão sujeitos. A vulnerabilidade muito mais do que o conceito de risco expressa com maior rigor o contexto básico da experiência histórica e social do portador de sofrimento mental em nossa sociedade. Felizmente, esta compreensão ampliada começa a aparecer em nosso país, por exemplo, no âmbito das discussões sobre o acolhimento e classificação de risco da política nacional de humanização do SUS (BRASIL, 2009).

Avaliação da Cena.

A avaliação da cena da crise, a leitura das suas diversas dimensões atuando no seu contexto concreto de origem e sustentação é o elemento básico, inaugural da avaliação de Risco e Vulnerabilidade. Envolve a detecção dos elementos de risco ambientais e materiais, comuns a toda avaliação da cena no campo das urgências, os quais são muito relevantes nas abordagens

domiciliares e de rua, sejam aquelas realizadas pelo SAMU, equipes de Saúde da Família ou da saúde mental. A avaliação da cena deve ser resgatada no ambiente de transferência de cuidado entre equipes de abordagem *in loco* e aquelas que farão a continuidade da assistência, por exemplo, na interface entre SAMU e CAPs. No campo da saúde mental a avaliação da cena clássica deve ser complementada pela avaliação dos itens atinentes à particularidade da crise. Para facilitar esta leitura criamos um mnemônico, o ACENA, e que tem sido utilizado em nossa experiência com os profissionais do SAMU e dos CAPs de Belo Horizonte. Ele tem se revelado um bom instrumento, quando se aborda a crise, principalmente, no domicílio ou em via pública, mostrando assim, um potencial de utilidade para a prática de outros profissionais e serviços. Neste sentido, faremos em seguida uma explanação dos seus itens.

CRISE: AVALIAÇÃO DA CENA

A

AMBIENTE MATERIAL E SOCIAL DA CRISE

C

CONFLITO E CRISE NA REDE SOCIAL E FAMILIAR

E

ENTRADA EM CENA DA EQUIPE

N

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NEUROPSIQUIÁTRICA E SUBJETIVA

A

AGRESSIVIDADE; AUTO-AGRESSÃO E SUICÍDIO; ÁLCOOL E DROGAS

O primeiro A do ACENA é um componente comum da avaliação em todas as urgências clínicas e traumáticas e visa lembrar a equipe de avaliar os aspectos do Ambiente material, social e humano crise, envolvendo o macro e micro Ambiente, as variáveis demográficas e contextuais, elementos específicos de risco. Apesar da experiência, já bastante ampla, do SAMU e dos CAPs com o atendimento domiciliar e territorial das crises, temos produzido pouco material de referência em nosso país sobre este componente da avaliação da cena, de forma que o material disponível vem, por exemplo, da urgência norte-americana (KREBs, 2003), contexto do sistema paramédico, uma experiência diversa da brasileira.

Temos assim o território, suas características materiais, sociais e políticas, suas vias de entrada e saída, seus fluxos materiais e humanos. Principalmente, para as equipes e profissionais que realizam o atendimento domiciliar ou em via pública, o conhecimento do território é vital para a abordagem da crise.

Depois teremos a moradia e os seus arredores imediatos, uma dimensão que por si mesma vai nos dizer muito sobre a própria crise e a rede social e familiar envolvida, nos apontando “causas” e, também, soluções.

Nos detalhes da cena observaremos aspectos específicos de risco como a presença e acesso aos meios de suicídio, violência (altura, vias movimentadas, frascos e embalagens de venenos, cartelas de medicamentos vazias, armas ou objetos que podem virar armas etc.), a presença de álcool e drogas ou artefatos e indícios do seu uso (cachimbos para o uso de crack, seringas, garrafas vazias etc.), bem como aspectos da casa ou das relações humanas que denotem autonegligência ou negligência no cuidado do portador de sofrimento mental ou com crianças ou idosos.

Compõe este cenário os aspectos sociais e demográficos da cena tais como a composição da família e da rede social, renda, trabalho, condições de vida, nível educacional, a cultura em sua materialidade. E não se deve esquecer-se de variáveis como sexo, gênero, faixa etária e ciclo de vida, cuja influência e relação com fenômenos como agressividade, violência, suicídio e prevalência de determinados transtornos são bastante conhecidas.

Todos esses aspectos, um conjunto de elementos quase fotográficos, ajudam a determinar os riscos e a vulnerabilidade da situação para o profissional, sua equipe, os familiares e o portador de sofrimento mental.

O C do ACENA, nos lembrará “CRISE E CONFLITO” no Laço Social e o fato de que os elementos da Rede Social e Familiar são muito importantes para determinar os aspectos de urgência e emergência de uma crise, modulando o grau de gravidade, risco e vulnerabilidade e os resultados da crise. Aqui se inserem os graves e complexos problemas relativos ao circuito violência, agressividade, vitimização como destacamos anteriormente, mas não podemos esquecer-nos de aspectos básicos ligados ao laço familiar. As relações familiares do portador de sofrimento mental, o nível de conflito, hostilidade e o padrão de envolvimento emocional são fatores determinantes, por exemplo, para taxa de crises, recaídas e hospitalização (VAUGHN; LEFF, 1976; MAROM, 2005).

O E do ACENA nos remete à Entrada em Cena da Equipe. Como discutimos anteriormente, ao entrar em cena a equipe passa a fazer parte dela. É muito importante, desde a solicitação, analisar a estrutura da demanda, quem a formulou, as expectativas geradas. Estes aspectos vão determinar a forma e detalhes importantes para a entrada em cena da equipe, a qual passa a ser um elemento decisivo para o curso da crise e sua superação.

Na fase N do ACENA vamos observar em primeiro lugar o Nível de Consciência no sentido neuropsiquiátrico, ou seja, o estado de alerta e resposta ao meio, tais como avaliadas na Escala de Coma de Glasgow, algo já incorporado, por exemplo, na prática dos profissionais do SAMU e serviços de urgência que estão trabalhando com Sistemas de Triagem e Classificação de Risco. Nestes ambientes, a alteração do Nível de Consciência é uma variável de primeira ordem para determinar o grau de urgência e a prioridade clínica (MACKWAY-JONES et al, 2006).

Este nível neurológico deve ser ampliado no sentido psicopatológico e da subjetividade, abrangendo a consciência do momento e do contexto, seja quanto às coordenadas de orientação

no tempo, espaço e pessoa, ou quanto à situação do sujeito, o que requer um bom funcionamento global da consciência em si e das diversas funções psíquicas.

E aqui, se insere o aspecto mais decisivo da consciência, quando se fala de crise e urgência. Trata-se da posição do sujeito diante de sua situação, enquanto portador de uma crise, decerto, mas também, como um sujeito de direitos e deveres, protagonista de sua própria existência em relação com o mundo. Essa dimensão, não custa enfatizar, determinará o nível de consciência em relação ao seu contexto de crise, seu sofrimento, o seu teste de realidade, interferindo, assim, na capacidade de escolha e no consentimento e adesão às propostas e ofertas de cuidado e assistência da equipe.

A última letra A indica a necessidade de se observarem três aspectos que, reconhecidamente, acentuam o nível de risco e vulnerabilidade nas crises:

1. A presença de **Agressividade** e violência sofridas ou cometidas, seja atual, ocorrendo no momento da abordagem, ou na história anterior imediata ou no passado, são aspectos determinantes para caracterizar risco e vulnerabilidade na cena da crise. Trata-se de um componente clássico da avaliação de risco, o qual tem que ser ampliado para as questões relativas à vitimização e vulnerabilidade dos portadores de sofrimento mental (UNITED KINGDOM, 2007; NICE, 2005). É muito importante na avaliação da cena saber que a agressividade que se observa tem uma história e, pode ser reativa a diversas formas de violência sofrida em momentos anteriores. Outros sintomas como Agitação, Atividade Alucinatória/delirante, Angústia, Ansiedade, Alterações do nível de consciência podem estar presentes dependendo do quadro global e do transtorno.
2. A presença de **Autoagressão** na cena atual ou na história anterior, manifesta na forma de suicidalidade (suicídio, tentativa, atos preparatórios, plano e ideação) ou lesões autoinfligidas sem aparente ideação ou comportamento suicida, é um elemento fundamental para a detecção de risco e vulnerabilidade. É preciso lembrar que nos portadores de sofrimento mental grave o suicídio é a principal causa de morte e a sua prevalência é muito maior em relação à população em geral (HARRIS ; BARRACLOUGH, 1997 e 1998). As lesões autoinfligidas, mesmo sem explícita ideação suicida, particularmente, as de repetição, as quais são objeto de negligência e até descaso nas urgências, devem ser tomadas a sério, na avaliação da cena e no seguimento, pois a consumação posterior de suicídio nesses sujeitos é bastante alta (Z AHL; HAWTON, 2004).
3. A presença explícita ou indícios de **Álcool** e drogas (intoxicação, havendo dependência ou não, uso nocivo, dependência e abstinência), se correlacionam com aumento importante no risco e vulnerabilidade, seja para a urgência em saúde mental, seja para o âmbito da urgência em geral. A sua importância para a saúde da pública e seu impacto nas crises no campo da saúde mental são hoje evidentes, em termos de prevalência e como um fator de incremento de fenômenos como violência, agressividade e suicídio na população em geral e nos portadores de sofrimento mental (ELBOGEN ; JOHNSON, 2009; FAZEL et al, 2009; STEADMAN et al 1998; BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

1.3.2 Recomendações sobre a Continência das Crises.

1. Relativas à entrada em cena e postura da Equipe.

- a. É necessário reconhecer, em primeiro lugar, que chegamos de fora, somos estrangeiros em relação à cena, não apenas quando abordamos na rua ou domicílio. Assim, o encontro é imprevisível, inclusive porque a demanda em saúde mental, particularmente na crise, costuma ser feita por outrem, um familiar, às vezes sem comunicação prévia ao portador de sofrimento mental.
- b. Os sujeitos em crise podem estar vivenciando experiências psicopatológicas extremas de invasão do seu espaço, da sua mente e do seu corpo, um contexto comum da nossa atuação, o que exige cuidado, sensibilidade e delicadeza para não sermos mais um “invasor”.
- c. É preciso recolher todas as informações possíveis para caracterizar a demanda e aquelas necessárias para entrar em ação (território, vias de acesso, endereço etc.), principalmente se for um atendimento domiciliar ou de rua (HOULT; COTTON, 2008). Certificar-se do pedido de ajuda, caracterizá-lo, saber quem o acionou, quais são os informantes-chave, e quem é nomeado como o portador da crise.
- d. Ao iniciar a abordagem, seja na planta de um serviço de saúde ou em qualquer local de atendimento, fazer a identificação do serviço e da equipe (nome dos profissionais, função).
- e. Identificar o portador de sofrimento mental e as pessoas de referência dentro da rede familiar e social.
- f. O membro mais experiente da equipe deverá coordenar as ações e estabelecer o diálogo. Atenção para o fluxo das emoções, dos afetos e dos processos de vinculação do usuário. Eles podem oscilar ou modificar ao longo da abordagem, a ponto de requisitar a mudança de interlocutor.
- g. Atuar como equipe, sendo que a coordenação das ações e o treinamento prévio serão vitais. Ações isoladas devem ser bem calculadas, nunca se deixando um membro da equipe sozinho, por exemplo, com alguém escalando para a violência.
- h. Lembrar que, em razão da complexidade das crises, independente da quantidade de informações e experiência que uma equipe tenha, a cena local será, muitas vezes, surpreendente, exigindo de nós flexibilidade e inovação. Abaixo TABULETA de reforço.

O “Desfiladeiro” da Entrada em Cena

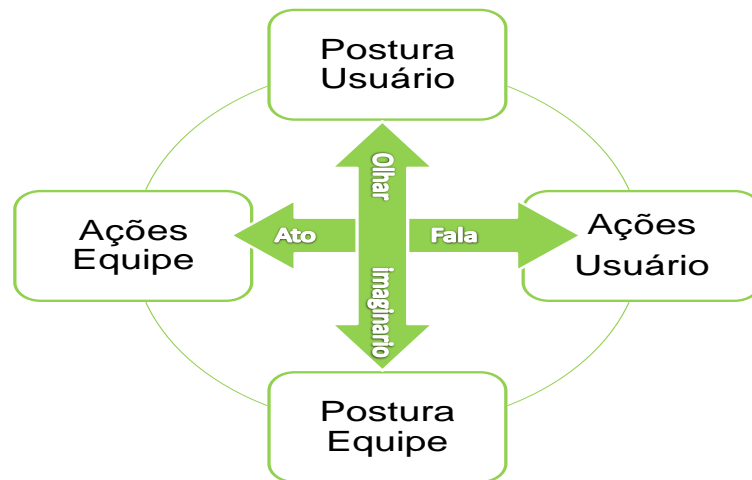
- Nossa equipe chega de fora – é um Outro, um estrangeiro> como se comportar como estrangeiro na casa do outro?
- Passo básico: Identificação do serviço, profissionais, função;
- Certificar-se do pedido de ajuda, caracterizá-lo, quem acionou, os informantes chave, quem é nomeado portador da crise.
- Comparar o quadro encontrado com a entrada do pedido na regulação
- A Equipe entra numa Rede de Relações humanas e sociais em Crise, conflito, ruptura, ameaçada.
- Emergência: surgiram componentes que ameaçam a estabilidade e sobrevivência da Rede de Relações.
- Entrada de um novo ator pode ser estabilizadora ou aumentar a desagregação. Sinalizar Ameaça.
- ❖ não está em jogo uma ameaça das funções vitais, mas um complexo sistema de relações humanas e sociais.

2. Relativas à interação, comunicação e resolução de conflitos e problemas.

As relações humanas são em grande medida especulares: estamos sempre reagindo, de forma automática e impensada, às posturas e ações de outras pessoas, dadas também em resposta às nossas próprias. Este ciclo passa pelo olhar, pelo nosso imaginário, pelas nossas fantasias, e é claro, pelas palavras, atos e posturas. Ao olhar uma cena e fazer a sua leitura, inevitavelmente, formaremos opiniões e juízos de valor, determinando uma postura e reações verbalizadas ou não, as quais produzirão respostas em nosso interlocutor. Para complicar, estas posturas e ações são condicionadas, não somente pela nossa experiência, formação profissional e não profissional, mas também por nossos preconceitos, medos, fantasias e outras dimensões da

nossa subjetividade, em grande parte inconscientes.

CIRCUITO DA INTERAÇÃO ESPECULAR



Nas crises, dado o turbilhão emocional que lhes é comum, é mais fácil, relativamente a outros contextos de atendimento, as equipes se enredarem em relações especulares, de ação e reação com os usuários, sem reflexão e ponderação, e neste sentido alguns autores e estudos (DIX; PAGE, 2008; WAY ; BANKS, 1990; FISHER, 1994) nos advertem que:

1. Grande parte da agressividade e violência no ambiente psiquiátrico, principalmente no regime de internação, ocorre na interação usuário-equipe.
2. A taxa no uso de medidas como a contenção, não está relacionada à gravidade dos casos, mas à cultura da instituição e ao perfil de relações equipe-usuário.
3. A violência e a agressividade ocorrem geralmente na implantação de medidas que não contam com o consentimento do usuário.
4. Medidas coercitivas são implantadas com frequência com objetivos de retaliação ou comodidade da equipe.

Portanto, devemos observar alguns princípios que orientam as nossas intervenções:

- a. Estar atento à postura e à missão, mantendo-se sempre focado no objetivo. Procurar ser claro, usar frases curtas e objetivas. Escutar, permitir tempo e espaço para a fala do usuário e dos familiares, procurando delimitar o problema e conflito central a partir dos enunciados.
- b. Não ser reativo. Se houver algum tipo de provocação a si ou à equipe, manter-se concentrado, rememorando a sua função ao interlocutor.

c. Nunca enveredar por situações nas quais o usuário, já ameaçado, sinta-se mais acuado. Não colocar alternativas do tipo tudo ou nada, ganhar ou perder. Tentar alinhar os seus objetivos com o do usuário (DIX; PAGE, 2008).

d. Não se esquecer de que estaremos abordando pessoas atordoadas por delírios e alucinações, cujos conteúdos, aparentemente, absurdos, jamais devem ser depreciados ou sequer confrontados. Deveremos aprender a lidar com estas situações de forma sensível e inteligente, sendo que para cada caso haverá uma resposta singular.

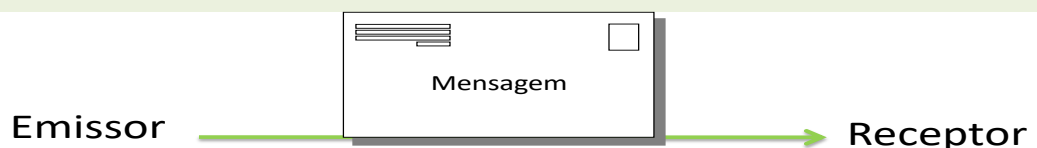
e. Saber intervir na rede familiar e social, não restringir as intervenções ao usuário em crise. Atentar para pessoas e familiares que são referência e têm a confiança do usuário e solicitar, com tato, a saída de cena de um familiar que seja fonte de conflito e tensão.

Destaque: aspectos da Comunicação

A comunicação verbal e não verbal na crise pode ser fonte de equívocos, desencontros e conflitos e ao mesmo tempo possibilitar saídas, produzir sentido e significados. Algumas ponderações e recomendações são destacadas.

Ponderação I

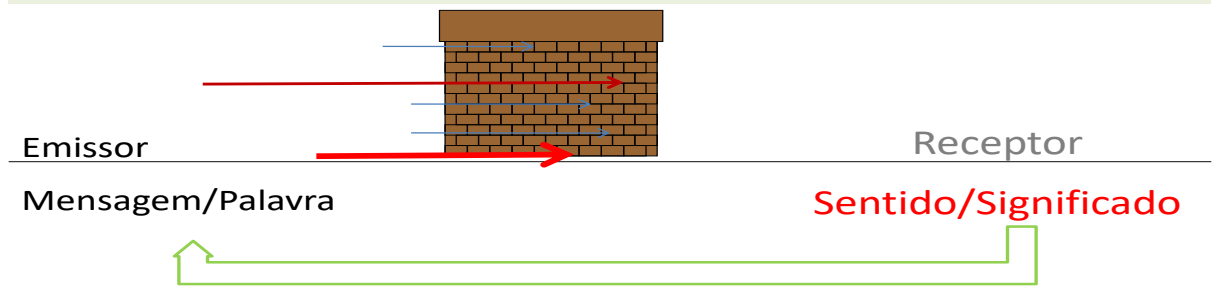
A ilusão de uma Comunicação Terapêutica e Transparente



- A ilusão de uma relação linear em que a mensagem é nítida, transparente e sempre chega ao receptor
- A crença na comunicação como técnica, pedagogia e terapêutica.
- O Terapeuta, o médico, o técnico como portador do bem dizer, do bem fazer, do bem viver.

Ponderação II

O “Muro” da comunicação humana



- A comunicação humana é complexa e multideterminada.
- Pode ser a fonte de equívocos, desencontros, conflitos.
- ***O sentido da sua mensagem depende do outro como receptor, muitas vezes, de forma invertida***

Recomendações:

1. É necessário singularizar ao máximo o diálogo - considerar cada intervenção, cada contato, como se fosse o único. Identificar os protagonistas, contextualizando os aspectos sociais, econômicos e culturais da linguagem e comunicação.
2. Manter-se calmo, ser objetivo, evitar declarações longas, manter o foco, identificar as necessidades, demandas, prioridades e contextos, mais do que diagnósticos.
3. Entender que o sentido de uma mensagem não se encerra nela mesma e depende do outro, vem do outro, do receptor da mensagem. Reforçar a escuta, economizar falatório, conselho, orientações e soluções prontas.
4. Procurar as soluções para os problemas e conflitos nos discursos, nas falas dos atores envolvidos e, caso alguma solução possa ser colhida na fala de um familiar ou do portador de sofrimento mental, apresentá-la a ele e confirmar ou não a sua leitura. Sempre buscar o consentimento do usuário (DIX; PAGE, 2008; HOULT ; COTTON, 2008; NICE, 2005) e de sua rede social, valorizando a palavra.
5. Controlar os elementos não verbais da sua fala: o tom, a cadência, o ritmo e a adequação da fala e das mensagens.
6. Os elementos não verbais da comunicação humana, as posturas, gestos, olhar, expressão facial são tão importantes quanto os verbais (DIX; PAGE, 2008; TARDIFF, 2006; NICE, 2005), portanto:

- Evitar posturas que possam ser defensivas ou confrontadoras. Não se posicionar de frente, encarando.
- Não colocar as mãos na cintura ou cruzar os braços no tórax, por exemplo. Posicionar-se no mesmo nível. Se o paciente estiver sentado, sentar-se, mas estar atento.
- Tentar assegurar-se de que sua expressão facial, seu olhar não seja de intimidação ou reprovação.
- O tom de voz, a altura, e o ritmo da fala devem estar articulados ao conteúdo e ao problema em foco.
- Manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver escalando nesse sentido, dobrar a distância.
- Não tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de “compreensão” física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o terapeuta conhece bem o usuário ou depois da desescalada de uma situação tensa.
- Estar atento à adequação entre os aspectos verbais e os afetivos e não verbais da comunicação.

Box de Reforço e Reflexão

O “muro da comunicação humana” e o Manejo Possível

- ✓ Se o sentido da mensagem vem do outro > se reforça a Escuta > o colocar o saber prévio entre parênteses.
- ✓ É necessário singularizar ao máximo o dialogo – considerar cada intervenção, cada contato como se fosse único.
- ✓ O portador de T. Mental pode estar falando uma “outra língua”: a do delírio ou de afetos inatingíveis para nós.
- ✓ Sempre contextualizar o contato – levar em conta os aspectos sociais, econômicos, culturais da Rede Social e familiar.
- ✓ A palavra em si não traz todo o sentido – ela evoca significados> daí a importância do elemento não verbal.
- ✓ **O peso dos elementos não Verbais:**
O não verbal (gestos, postura, olhar) determinaria 55% da comunicação, o tom de voz 38% e a palavra em si 7%. Esta proporção encontrada por um estudo (Albert Mehrabian. Silent Messages, 1981) , tão citado quanto questionado, tem sentido?

3. Relativas ao manejo das dimensões espaço-temporais.

No modelo manicomial o manejo do espaço e tempo está diretamente relacionado ao controle, a disciplina, a vigilância, a padronização. O que está em jogo é a moldagem e o assujeitamento do corpo e da mente dos portadores de sofrimento mental ao espaço e tempo impostos dos serviços, a sua organização do processo de trabalho.

O campo da Reforma, portanto, tem de considerar tais questões. Espaço e tempo são aspectos muito sensíveis para se analisar um dispositivo, um serviço, para dimensionar o quanto conseguiu, de fato, ser usuário centrado ou se continua um serviço centrado e organizado pelas suas próprias necessidades, sua burocracia e não pelas demandas dos usuários.

Em nosso modelo de cuidados e na prática da **CONTINÊNCIA** não deixamos de considerar o espaço e tempo, na sua dimensão quantitativa e muito menos na sua formatação coletiva, os espaços e tempos comuns, os momentos de troca, encontro, os lugares e arquitetura adequados. Mas devemos saber que espaço e tempo são apropriados, são subjetivados por cada indivíduo, exigindo, assim, singularização dentro da diversidade e a observância das particularidades, seja de gênero, sexo, etnia ou cultura. Se conseguíssemos que a singularidade e a diversidade recortassem e organizassem o espaço e o tempo dos nossos serviços e intervenções, com certeza isso seria um grande passo para superação da lógica e modelo manicomial.

1.3.3 Recomendações sobre o uso de Contenções nas Crises.

A contenção, do ponto de vista técnico, pode ser definida como qualquer forma de restrição ou impedimento dos movimentos do corpo ou de suas partes, e também, da liberdade de locomoção, através do uso da força física, instrumentos, equipamentos, artefatos diversos ou medicação. O surgimento do manicômio generalizou e institucionalizou sua prática e uma variedade de instrumentos de contenção foi utilizada no século XIX (FOUCAULT, 2006, p.117-152). Muitos deles se mantiveram no “arsenal terapêutico” do hospício, no século XX, e alguns como a camisa de força, ainda são utilizados em muitos países.

A contenção é uma conduta utilizada, mundialmente, nos serviços de urgência e hospitalares, inclusive no atendimento de crianças e adolescentes (MOHR et al, 2003). As taxas de contenção são altas no mundo inteiro (ARAÚJO et al, 2010) com múltiplas consequências adversas para os portadores de sofrimento mental (MOHR et al, 2003). Vale destacar que o evento morte é frequente, inclusive de crianças, sendo que um levantamento, nos EUA, mostrou que 26,3% de 142 mortes ocorreram em menores de 18 anos (WEISS et al, 1998). A constatação destas mortes gerou um amplo processo de discussão e a regulamentação da contenção nesse país, em 1999 (*Department of Health and Human Services*, 1999). É difícil acreditar que um procedimento de risco como a contenção, somente, começou a ser regulamentado, na última década do século XX, mesmo assim, em poucos países e depois da constatação cabal de eventos fatais.

A Organização Mundial de Saúde não as recomenda, mas admite a realização de contenções quando forem os *únicos* meios disponíveis para prevenir dano imediato ou iminente a si ou aos outros (OMS, 2005). No Brasil existe uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2000) que expressa o modo como o modelo médico psiquiátrico entende a questão. No âmbito do SUS, ainda, não existe uma diretriz ou protocolo nacional, sobre a contenção ou abordagem das crises em geral, uma lacuna a ser preenchida.

Abaixo, seguindo a literatura e experiência, estabelecemos algumas diretrizes éticas e recomendações técnicas a se observar no emprego da contenção.

Diretrizes Éticas.

1. A indicação das contenções é baseada na experiência já que não existem estudos rigorosos, que autorizem o seu uso (Sailas & Fenton, 2005) e se restringiria às situações de crise muito graves, em situações de risco evidente, em curso ou iminente, e nas quais as medidas de continência se mostraram infrutíferas (NICE, 2005; OMS, 2005).
2. A contenção é uma intervenção de segurança, tipo último recurso, o que não significa que seja realizada com violência e desprezo pela segurança, saúde e direitos humanos do usuário (*Department of Health and Human Services*, 1999; NICE, 2005; OMS, 2005).
3. Não é recomendada a contenção de crianças e adolescentes.
4. A comunicação do procedimento ao usuário, familiares ou responsáveis é imperativa. A revisão e discussão do evento de contenção, após sua realização, também deve ser realizada (NICE, 2005).
5. A contenção jamais será utilizada para propósitos de disciplina, retaliação e coerção; para conveniências da equipe de qualquer espécie, inclusive, para a remoção de usuário para outros níveis de tratamento e como procedimento para compensar as pressões de tempo.
6. A rede de atenção às crises humanizada, centrada no usuário deve prevenir, reduzir e, no horizonte, eliminar as contenções.

Recomendações de natureza técnica.

A existência de recomendações sustentáveis e amplas para o manejo das situações de crise, incluindo, para a contenção é escassa no mundo inteiro. A melhor e mais completa revisão realizada, as Diretrizes do NICE, Reino Unido (NICE, 2005), não está disponível em nossa língua. No Brasil, a produção neste campo é também muito pequena, apesar, de nos últimos anos terem aparecido alguns capítulos de livro (VASQUES, 2007; GOMES et al, 2008; TARDIFF, 2006) alinhando condutas e recomendações de boa qualidade técnica, a despeito das diferenças teóricas, clínicas e políticas em relação a nossa posição.

Abaixo estamos fazendo sumário das recomendações e condutas mais importantes, relativas à técnica de imobilização e contenção.

1. Nomear e definir as funções do coordenador da contenção que deve ser o mais experiente. As funções dos profissionais e as táticas de contenção devem ser discutidas e combinadas antes de iniciar o procedimento (NICE, 2005; VASQUES, 2007; GOMES et AL, 2008; TARDIFF, 2006, POLK; MITCHEL, 2008; GALLEGO et al 2009). O coordenador enuncia a decisão para o usuário e orienta verbalmente os procedimentos ao longo do processo.

2. O coordenador é responsável pela proteção da cabeça, pescoço e o corpo em geral, pelo monitoramento de ABCD (vias aéreas, respiração, circulação, nível de consciência) e segurança do usuário e equipe (NICE, 2005).

3. Uma imobilização segura, o passo anterior à contenção, exige, além do coordenador, no mínimo mais quatro profissionais, um para cada membro, todos sabendo, de antemão, qual membro é da sua responsabilidade (VASQUES, 2007; GOMES et AL, 2008; TARDIFF, 2006, POLK; MITCHEL, 2008; GALLEGRO et al 2009).

4. Ao sinal do coordenador os profissionais abordarão, ao mesmo tempo, os membros indicados. No mesmo ato o coordenador passará imediatamente para as costas da pessoa onde poderá auxiliar a equipe, segurando o tórax e controlando a cabeça e a região cervical, que são os pontos mais vulneráveis do processo de imobilização e contenção (TARDIFF, 2006, GALLEGRO et al 2009).

5. Os braços e as pernas são segurados próximos a sua inserção no corpo e na porção distal, ao nível do punho nos membros superiores e ao nível tornozelo nos membros inferiores. A pessoa é levada ao chão ou colocada na maca e somente no momento seguinte faz-se a contenção (TARDIFF, 2006, GALLEGRO et al 2009).

Atenção!

- A imobilização, apesar do curto intervalo em que se realiza, é o momento de maior risco, sendo que cerca da metade das mortes em contenção (WEISS et. al, 1998) ocorrem em razão de imobilizações violentas e descuidadas, falta de coordenação, força excessiva, agressão às funções vitais e à integridade física, em casos de gravata, combate com o usuário, etc..
- Quando a equipe do SAMU, do CAPS ou de um serviço de saúde acionar recursos externos à saúde, como a polícia e os bombeiros, devido a situações envolvendo usuários combativos ou certos contextos de tentativa de suicídio, depois de imobilizada, a pessoa será contida, usando as técnicas da saúde e não da polícia, tal como o uso de algemas e outras formas de contenção policial.

7. Após imobilização, realizar a contenção de 4 ou 5 pontos, no local, utilizando maca ou tábua no caso do SAMU e leito nos serviços fixos. Os pontos-chave são os punhos e tornozelos nos membros e quando for necessário um quinto ponto de contenção será feito ao nível do tórax, nunca no abdome (VASQUES, 2007; GOMES et AL, 2008; TARDIFF, 2006, POLK; MITCHEL, 2008; GALLEGRO et al 2009).

Devem-se utilizar faixas de contenção resistentes e ao mesmo tempo confortáveis, sendo ideal que estas faixas estejam disponíveis nos veículos e serviços. Evitar improvisações como atadura de crepom - as quais não são apropriadas, frágeis e podem produzir lesões (VASQUES, 2007; GOMES et al, 2008; TARDIFF, 2006).

8. Monitorar ABCD (vias áreas, respiração, circulação, nível de consciência) e os dados vitais de forma rigorosa e constante durante todo o processo (NICE, 2005). As recomendações da frequência de monitoramento dos vitais variam com autor e protocolos. Monitoramento mais rigoroso de 5-10 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos até a tranquilização e descontenção são indicados (TAYLOR et al, 2012). O monitoramento deve ser mais rigoroso no caso do usuário sob sedação, portador de problema clínico (doenças cardiovasculares e respiratórias, principalmente) e de álcool e drogas, idoso. Se a resposta verbal estiver ausente após o uso de medicação, nível de monitoramento deve ser aquele de uma anestesia (NICE,2005).

9. Destacar profissional onipresente junto ao usuário, durante todo o trajeto, no caso do SAMU, estando especialmente atento, repassando as informações básicas ao usuário, como por exemplo, comunicando-lhe para qual serviço está sendo levado, e ao mesmo tempo monitorando funções e dados vitais. O monitoramento de corpo presente é recomendável em todos os serviços.

10. A tranquilização medicamentosa é importante, mas exige rigor, utilizando medicação e metodologia sustentada em evidências científicas adequadas, conforme indicadas, por exemplo, na diretriz do NICE (NICE, 2005) e na revisão da Cochrane (HUF et. al, 2009), esta última, muito pertinente ao nosso contexto e disponibilidade de medicamentos.

11. Tratar toda situação que requisitou contenção como evento sentinela, necessitando de revisão, discussão do procedimento dentro da equipe e, também com o usuário e familiares. Não se esquecer de que *o treinamento periódico é essencial com relação a todos os procedimentos de urgência (NICE, 2005).*

Esta unidade lidou com a articulação complexa e dialógica entre as crises e a resposta que a Rede de Atenção Psicossocial em articulação com a RUE pode oferecer a ela. Num primeiro momento buscamos ressaltar que a crise é um acontecimento das relações sociais, humanas e de poder que emerge na rede familiar, social e no território onde vivem e navegam os portadores de sofrimento mental. Evidentemente, a crise, também, é um evento clínico e não deixamos de ressaltar este fato quanto destacamos as apresentações clínicas que as revelam, incluindo, os problemas relativos comorbidades clínicas e de álcool e drogas e um destaque especial foi dado às crises dos portadores de sofrimento mental grave e persistente, principalmente, quanto às questões que envolvem a pretensa periculosidade do louco.

Sendo as crise complexas e multidimensionais elas exigem uma resposta do mesmo nível. E assim reforçamos a diretriz de que a crise deva ser abordada em REDE, no seu território, por equipes, serviços e estratégias diversas que constituem a REDE DE ATENÇÃO

PSICOSSOCIAL EM ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO AS URGENCIAS. DESTACAMOS AS VÁRIAS ESTAÇÕES DE CUIDADO DESTAS REDES, SUAS FUNÇÕES E PAPÉIS, BUSCANDO SUSTENTÁ-LOS A PARTIR DE PROBLEMAS CONCRETOS E NECESSIDADES DOS USUÁRIOS E DAS DIVERSAS APRESENTAÇÕES DE CRISE. NÃO DEIXAMOS DE PONTUAR QUE ESTE TRABALHO EM REDE TAMBÉM PRECISA DE UMA GESTÃO POLÍTICA E TÉCNICA MUITO BEM CONSTRUIDA, PACTUADA QUE ORIENTE E ORGANIZE O SEU TRABALHO EM TODOS OS NÍVEIS.

POSTO ESTA QUESTÕES BASILARES PASSAMOS A DISCUTIR DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES QUE POSSA CONTRIBUIR PARA QUE TODOS OS PROFISSIONAIS E ESTAÇÕES DE CUIDADO PRODUZAM UM CUIDADO COLABORATIVO, MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DE QUALIDADE, EFETIVO E QUE CONSIDERE RADICALMENTE A PERSPECTIVA DO USUÁRIO COMO SUJEITO E PROTAGONISTA DE SEU PROJETO TERAPEUTICO, NUM AMBIENTE DE CIDADANIA, CONTROLE SOCIAL E HUMANIZAÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE.

Este módulo e unidade pretendeu estabelecer uma quadro geral e o enquadramento necessário para orientar o atendimento das crises como um evento da vida real das pessoas, singular e subjetivo com certeza, mas antes de tudo como acontecimento que se dá na rede social e território onde produzem suas vidas e onde se fazem como sujeitos de relações sociais e políticas. Teceu a cartografia da resposta possível em redes de atenção coordenadas e colaborativas e as condições de possibilidade de efetivá-la.

Agora poderemos aprofundar os detalhes desta resposta desenvolvendo a abordagem de forma específica, incluindo, a discussão de apresentações muito desafiadoras e complexas, tais como aquelas relativas à clínica e diretrizes de atenção concernentes a agitação psicomotora com ou sem agressividade, delirium e a apresentações orgânicas e sintomáticas, suicidalidade, urgências relativas aos problemas de álcool e outras drogas. Este é o propósito do módulo III e suas unidades, o qual será objeto das próximas atividades. Obrigado e boa sequência de trabalho.

REFERENCIAS COMPLEMENTARES:

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 Editora, 2005. P. 161-194.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Manual de Atenção às Situações de Crise e Urgência em Saúde Mental. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FOUCAULT, M. O Poder Psiquiátrico, Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo:Editora Martins Fontes, 2006.511p.

Recomendamos as aulas de 23 e 30 de janeiro de 1974, p.299-386, que discutem a crise no contexto do genealogia da medicina moderna e da psiquiatria.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry*, 2004; 185: 283-290.

Referências Bibliográficas:

ACEP. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*, Vol. 47 (1), p. 79-99. 2006.

ALLEN, M.H. et al. American Psychiatric Association. Task Force on Psychiatric Emergency Services: Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Service. American Psychiatric Association, 2002.

APPELBAUM, P.S.; ROBBINS, P.C.; MONAHAN, J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. Apr; 157(4),p. 566-72.2000.

ARAÚJO, E.M et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 59(2),p. 94-98.2010.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing. Emergency triage education Kit. Triage Workbook. Commonwealth of Australia, 2009.

BRASIL (2001). Lei 10216 de 3 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.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL (2011a). Portaria GM nº 3088 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL (2012).PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012. ***Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde***

decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL (2012B). PORTARIA 130, de 26 de janeiro de 2012. *Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.*

BRASIL (2011 b). Portaria GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective*. World Psychiatry 1 (3), p. 181-185, 2002.

BRIDGETT, C; POLAK, P. Social systems intervention and crisis resolution. Part 1: Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*. November 2003 9:424-431.

CAPLAN, G. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. P. 40-69.

CARLSON, R.J.; NAYAR, N.; SUH, M. Physical Disorders among emergency psychiatric patients. *Canadian J Psychiatry* 26(1),65-7, 1981.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.598, 2000. Publicada no D.O.U, 18 de agosto de 2000, Seção I, p.63.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1451/95*. Publicada no D.O.U. De 17.03.95 - Seção I - Página 3666.

CORDEIRO, D.C.; BALDAÇARA, L. Eds. *Emergências Psiquiátricas*. São Paulo: Rocca; 2007. Cap. 4, p.25-47.

CRESSWELL III, L.H.; RICCIO, D.M.; MACCABE, J.B. Medical Evaluation of Behavioral Emergencies. In: Glick, R.L et al. *Emergency Psychiatry: principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer; 2008. P. 45-57.

CURRAN, GM.; SULLIVAN, G.; WILLIAMS, K. et al. Emergency Department Use of Persons With Comorbid Psychiatric and Substance Abuse Disorders. *Annals of Emergency Medicine*. 41 (5),p. 659-667.2003.

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 Editora, 2005. P. 161-194.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Health Care Financing Administration: Medicare and Medicaid Programs*; interim final rule, 42 CFR 482. Federal Register 72:71378-71428,1999. .

DERRIDA, J. *Da Hospitalidade*. Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da Hospitalidade. São Paulo: Escuta, 2003.

DIX, R.; PAGE, M. J. De-escalation. IN: Beer, M.D.; Pereira, S.; Paton, C. *Psychiatric Intensive Care*. 2ª ed. Londres: Cambridge University Press, 2008.p. 24-31.

DREYZIN, A; LICHTENSTEIN, C. Eric Laurent con El Grupo de Investigación sobre las Urgencias. In: Bialer, M et al. *La Urgencia. El psicoanalista en la pratica hospitalaria*. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones, 1990. Pag.19-20.

DUBIN, W.R.; WEISS, K.J.; ZECCARDI, J.A. Organic brain syndrome. *The psychiatric impostor*. JAMA,249,p.60-62.1983.

ELBOGEN, E.B.; JOHNSON, S.C . *The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* Arch Gen Psychiatry.66(2),p.152-161.2009.

FAZEL, S. et al. *Schizophrenia and violence: systematic and meta-analysis*. PLoS Med. Aug;6(8),p. e1000120.2009.

FISHER, W. A. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*; 151,p. 1584-1591.1994.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*, Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo:Editora Martins Fontes, 2006.511p.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*, Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo:Editora Martins Fontes, 2006.511p.

FOUCAULT, M. *O Sujeito e o Poder*. In: Dreyfus H.L; Rabinow P. *Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2010. P. 273-295.

GALLEGO, V. F. et al. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergências*. 21,p. 121-132.2009.

JIMÉNEZ, JG. *Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en El triaje estructurado*. *Emergencias* 2006. 18,156-164.

GLICK, R.L ET AL. Emergency Psychiatry: principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer 2008.

GOMES, F.A. et AL. *Agressividade e Agitação Psicomotora*. In: QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. *Emergencias Psiquiátricas*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 109-123.

HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170:205-228.

HARRIS, E.C.; BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*,173,p.11-53.1998.

HATTA, K. Emergency pharmacological management of aggression among agitated psychotic patients in Japan. *Psychiatric Services* nº 9,p.1077-1078,2002.

HAZLETT, S. B. et al. Epidemiology of Adult Psychiatric Visits to U.S. Emergency Departments. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*.11,p.193-195.2004.

HOULT, J. ; COTTON, M.A. Assessment of crises. In: JOHNSON, S. et al. *Crisis Resolution and home Treatment in mental health*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press 2008.Cap. 8, p.97 -110.

HUF, G et al. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd., 2009. 108 p.

JOHNSON, S. et. al. *Crisis Resolution and home treatment in mental health*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Pres;2008.

KARAS, S. Behavioural Emergencies: Differentiating Medical from Psychiatric Disease. *Emergence medicine Praticce*, vol. 4 (3), p. 1-20.2002.

KREBS, DR. When Violence Erupts. A Survival Guide for Emergency Responders. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2003.

LARGE, M.; SMITH, G.; NIELSSEN, O. The relationship between the rate of homicide by those with

schizophrenia and the overall homicide rate: *a systematic review and meta- analysis*. *Schizophr Res*.

Jul; 112(1-3):123-9, 2009.

LEGUIL, F. Reflexiones sobre la urgencia. In: BIALER, M et. al. *La Urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria*. BuenosAires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p. 23-28.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. 2ª ed. Blackwell Publishing & BMJ Books. 2006.

MANIGLIO, R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.*119,p.180-191.2009.

MARI, J.J.; JORGE, M.R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. Em: Mello, M.F.; Mello, A.B.F.; Khon, R, Organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p.119-141.

MAROM, S. et al. *Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years.* *Schizophrenia Bulletin*, 31:p. 751-758, 2005.

MARX, K. Introdução à Crítica da Economia Política. In: Marx, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política.* 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1983. P.201-206.

MEZZINA, R.; JOHNSON, S. Home treatment and 'hospitality within a comprehensive community mental health centre. In: Johnson, S. *Crisis Resolution and home treatment in mental health.* 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Pres; 2008. Cap. 20, p.251-265.

MOHR, W.K.; PETTI, T.A.; MOHR, B.D. Adverse effects Associated with Physical Restraint. *Can J Psychiatry.* 48, 5,p. 330-337.2003.

MORIN, E. Definições. In: MORIN, E. *O Método 5. A humanidade da humanidade.* Porto Alegre: Editora Sulina, 2007.p. 299-308.

MORIN, E. A Epistemologia da Complexidade. In: Le Moigne, JL; MORIN, E. *A Inteligência da Complexidade.* São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 1999. P.43-137.

NHS (National Health Service. United Kingdom). *Security Management Service.* Conflict resolution workbook. CFSMS. 2008.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NHS- United Kingdom). *Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments. Clinical Guideline 25.* London, 2005.

NORKO, M.A.; BARANOSKI, M.V. The Prediction of Violence; Detection of Dangerousness. *Brief Treatment and Crisis Intervention*,8,p.73-91,2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *LIVRO DE RECURSOS SOBRE SAÚDE MENTAL, DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO.* Cuidar, sim - Excluir não. Organização Mundial de Saúde, 2005.

OLSHAKER, JS. et al. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med*,vol. 4,p.124-128,1997.

POLK, DA ; Mitchell JT. *Prehospital Behavioral Emergencies and Crisis Response.* Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2009.

POSNER K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007 164: 1035-1043.

PULL, CB. Diagnóstico da Esquizofrenia: uma revisão. In: Maj, M; Sartorius, N. Esquizofrenia. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. P. 13-41.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. *Emergencias Psiquiátricas*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 109-123.

ROSEN, A. et al. Integration of the crisis resolution function within community health teams. In : JOHNSON, S. et. al. *Crisis Resolution and home treatment in mental health*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press;2008. Cap. 19, p. 235-250.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICACIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

RUGGERI, M. ET AL. *Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness*. *British Journal of Psychiatry* . v.177,p. 149-155,2000.

SAILAS, E.; FENTON, M. Seclusion and Restraint for people with serious Mental illnesses. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005, Oxford.

SCHINNER, A. P. et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), P. 1602-1608.1990.

SOUZA, P.J.C. Resposta à Crise: a Experiência de Belo Horizonte. IN: Campos, F.B; Lancetti, A. (orgs). *Experiências da Reforma Psiquiátrica*. Saúde, Loucura, número 9, 2010. P. 101-123.

STEADMAN, H.J. et al. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*.55(5):p.393-401.1998.

TALBOT-STERN, J.K.; GREEN, T.; ROYLE, T. J. Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emerg Med Clin of North Am.*, 18 (2), p.199-209.2000.

TARDIFF, K. J. *Violência*. In. Hales, R. E.; Yudofsky, S. C. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed;2006.P. 1385-1407.

TAYLOR , D; PATON, C; KAPUR, S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11th Edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. P. 531-538.

TEASDALE, B.; SILVER, E.; MONAHAN, J. Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law Hum Behav*. 30(6),p.649-58,Dec.2006.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry*, 2004; 185: 283-290.

TINTINALLI, J.E.; PEACOCK, F.W.; WRIGHT, MA. Emergency medical evaluation of psychiatric patients. *Ann*

Emerg Med Apr. 23(4),p.859-862, 1994.

UNITED KINGDOM .DEPARTMENT OF HEALTH. National Risk Management Programme. *Best Practice in Managing Risk*. London Development Centre 2007.

VASQUES, D. Agitação e Agressividade. In: Cordeiro, D.C.; Baldaçara, L. Eds. *Emergências Psiquiátricas*.Sao Paulo: Rocca; 2007. Cap. 4, p.25-47.

VAUGHN, CE.; LEFF, JP. *The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatry Illness*. *Brit J Psychiatry*, 129,p. 125-37.1976.

WAY, B.B.; BANKS, S.M. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals : patients characteristics and facility effects. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41 (1),p. 75 - 81.

WEISS, E. M. ET AL. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant*, Oct 11-15, 1998.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Organization of services of Mental Health* 2003. Geneva: WHO.

WILLIAMS, E.R. ; SHEPHERD, S.M. Psychiatric Emergencies. Medical Clearance of Psychiatric Patients. *Emerg Med Clin North Am.* 18(2), p.185-98. 2000.

ZAHL, D.L; HAWTON, K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, July 1, ; 185(1): p. 70-75, 2004.