

Crise em saúde mental: possibilidades para o manejo e a intervenção crítica da/o assistente social

Mental health crisis: possibilities for the management and critical intervention of the social worker

Igor Sastro Nunes¹

Fernanda Nunes da Rosa Mangini²

RESUMO

Mesmo com a Reforma Psiquiátrica, o manejo e a intervenção na crise em saúde mental ainda vêm sendo pautados no campo biomédico, carregando as marcas de remanicomialização e da criminalização. São práticas que ainda guardam os traços do controle, do disciplinamento e da repressão, demandando uma ampla discussão desde os aspectos técnicos do manejo até as questões ético-políticas. Por meio de uma revisão teórico-bibliográfica, este trabalho busca identificar os conceitos e expressões de crise em saúde mental, indicando possibilidades analíticas e interventivas para o manejo e a intervenção crítica da/do assistente social.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviço Social. Crise.

ABSTRACT

Even with the Psychiatric Reform, the management and intervention in the mental health crisis are still guided by the biomedical field, carrying the marks of remanicomialization and

¹Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Atenção à crise e Prevenção do suicídio pela Faculdade Unyleya. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSII) e da Equipe de Atenção Primária (EAP) noturna Colonial/Fortuna Sapucaia do Sul/RS. Telefone: +55 (55) 999244436 E-mail: sastro.nunes@gmail.com

²Graduada em Serviço Social. Mestre em Educação e Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Serviço Social com período de doutorado sanduíche na Universidad de Sevilla (Espanha). Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. E-mail: fernandapesquisadora@gmail.com

criminalization. These are practices that still keep the traces of control, discipline, and repression, demanding a broad discussion from the technical aspects of management to the ethical-political issues. By means of a bibliographical and theoretical review, this work seeks to identify the concepts and expressions of crisis in mental health, indicating analytical and interventional possibilities for the management and critical intervention of the social worker.

Keywords: *Mental health. Social work. Crisis.*

INTRODUÇÃO

A atenção à crise em saúde mental é um importante dispositivo de intervenção de cuidado dos serviços de saúde mental, que faz parte da demanda cotidiana recebida pelas/os assistentes sociais e demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência e atenção básica. Porém, não somente nos serviços de saúde mental, mas também no âmbito de outras áreas de políticas públicas e sociais, como os serviços de assistência social, podem ocorrer situações de crise que desafiam os profissionais, visto que a saúde mental tem um caráter transversal.

Cabe aos profissionais que lidam com a demanda de situações de crise em saúde mental em seu cotidiano conhecer os serviços para os quais encaminhar e tomar as primeiras medidas para a intervenção na crise, tendo em vista tanto a necessidade de resolutividade da atenção às demandas que se apresentam no cotidiano quanto de uma intervenção comprometida ética e socialmente.

Muitas vezes, as crises em saúde mental são percebidas como sinônimo de surto psicótico, que é uma forma de manifestação mais aguda e visível, mas que pode levar a uma compreensão reducionista da crise, isto é, como uma patologia. Na compreensão deste trabalho, a crise em saúde mental é um fenômeno complexo e multidimensional, que envolve um processo de sofrimento intensificado que pode se manifestar de diferentes formas, nem sempre perceptíveis, no qual o usuário não consegue se auto regular (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Historicamente, a atenção à crise em saúde mental era restrita a núcleos específicos como a Enfermagem e a Medicina, se utilizando de práticas mais duras como

a contenção química³ e mecânica⁴. Essas práticas ainda estão presentes como primeira alternativa de intervenção na ótica do modelo biomédico hegemônico, sendo necessário problematizá-las. Também do ponto de vista das políticas públicas e da Rede de Atenção Psicossocial há necessidade de se problematizar o planejamento e a oferta de serviços para fazer frente à crise.

Com o avanço das práticas humanizadas em saúde mental e as novas concepções de cuidado, o manejo e a intervenção em situações de crise passaram a ter uma referência ampliada⁵, mais humanizada e efetiva. A perspectiva do trabalho em equipe interdisciplinar, com a inserção de profissionais como o/a assistente social, o/a terapeuta ocupacional e o/a educador/a físico/a também possibilitou ampliar as formas de abordagem e intervenção na crise em saúde mental.

No cotidiano de trabalho junto aos usuários, a necessidade de intervenção na crise pode ocorrer a qualquer momento, seja durante uma visita domiciliar ou no próprio atendimento individual ou grupal dentro dos serviços. Por seu caráter inesperado e indeterminado, as crises não têm previsibilidade. Assim, há situações em que possivelmente a/o assistente social vai se deparar com a crise, principalmente no âmbito dos serviços de saúde mental.

O profissional também pode ter que intervir na crise quando se situa como técnico de referência. Esse é um profissional designado pela equipe para atuar como principal responsável por uma determinada situação objeto de atendimento e

³ A contenção química se constitui no uso de medicamentos para auxiliar no controle de sintomas associados à situação de crise, geralmente ligados à agitação psicomotora e sintomas psicóticos, muito usados no manejo com usuários de substâncias psicoativas (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

⁴ As contenções mecânicas e físicas são utilizadas geralmente em usuários que estejam em um quadro de agitação psicomotora, para conter, conduzir e restringir os movimentos físicos dos mesmos, a fim de impedir que o usuário pratique ato violento de autoagressão ou heteroagressão, devendo ser conduzido sem realizar ferimentos ao usuário ou ao profissional, ambas as intervenções devem ter como objetivo primordial a proteção do usuário e de outros (QUEVEDO, 2014). Na contenção física são necessários pelo menos cinco profissionais capacitados para realizar a contenção de forma adequada e na contenção mecânica são usadas faixas de contenção segurando o usuário em uma maca (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

⁵ O termo “clínica ampliada” é incorporado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), busca propor um novo modo de cuidado e horizontalização nas práticas profissionais, tem como norte o trabalho interdisciplinar, compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada das intervenções em saúde e a transformação dos processos de trabalho a fim de fortalecer técnicas relacionais que privilegiam a capacidade de escuta e que promovam a crítica sobre a serialização das condutas.

acompanhamento. Na figura do técnico de referência há a construção de um vínculo com o usuário, no qual as relações de confiança e o compromisso estabelecido favorecem a intervenção e o manejo que envolve o usuário em uma situação de crise.

O manejo da crise se insere em uma zona de fronteira, há potenciais a serem desenvolvidos e explorados sob a ótica do social, a qual o Serviço Social já vem se detendo em sua prática profissional, mas também há limites e pontos que dizem respeito às atribuições e competências das demais profissões, como a contenção química por demandar prescrição medicamentosa, a contenção mecânica por ser uma prática atrelada a enfermagem e o exame de estado mental avaliado pela Medicina, Enfermagem e demais profissões que tenham especialização em saúde mental.

A hipótese principal desse trabalho é a de que a partir do projeto ético-político e do referencial teórico-metodológico do Serviço Social, há possibilidades de a profissão contribuir para uma atuação diferenciada e complementar dentro das equipes multiprofissionais em saúde mental, tanto na abordagem quanto no manejo da crise. Isto porque as crises em saúde mental, em inúmeras situações, estão intrinsecamente relacionadas aos estressores de vida, potencializados pelas expressões da questão social.

As situações de crises em saúde mental se estruturam a partir de um momento muito delicado da vida do sujeito que está em sofrimento, fazendo com que o mesmo, durante a crise, fique extremamente vulnerável e, em alguns momentos, até suscetível à diversas formas de violações de direitos. A contenção da crise pode ser empregada como recurso de controle, disciplinamento, ameaça e punição. Não é raro a crise ser tratada como caso de polícia⁶, pondo em evidência os estigmas e preconceitos construídos há mais de 200 anos sobre a pessoa com transtorno mental ser considerada periculosa e incapaz.

O presente artigo busca identificar os conceitos e principais formas de crise, considerando suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Também visa identificar os principais serviços e dispositivos para o atendimento à crise, indicando possibilidades

⁶ A atuação policial pode ser solicitada pelo profissional da saúde em momentos de intervenção a crise.

analíticas e interventivas para a/o assistente social nesse campo em consonância com o referencial teórico-metodológico e o arcabouço ético-político da profissão.

CONCEITOS E EXPRESSÕES DE CRISE: O BIOLÓGICO, O PSÍQUICO E O SOCIAL

A palavra crise vem do grego *krisis* e significa momento de mudança súbita, decisão, separação (AVILA; BERLINCK, 2014). Por fazer parte das etapas da vida marcadas por mudanças bruscas, como mortes, separações, acidentes, doenças, entre outras, as crises podem ocorrer com qualquer pessoa e em qualquer tempo. Assim, formam parte da experiência social e humana, estando presentes desde o nascimento do indivíduo até a sua morte⁷ (BRASIL, 2013a).

Nas crises ocorre desorganização mental, confusão, desespero, visões, vozes, auto e heteroagressão, entre outras manifestações de perturbação, como choro, tristeza, apatia e até mesmo o silêncio. Como um evento adverso, a crise traz sérias dificuldades de comunicação e expressão entre os envolvidos, muitos dos quais não têm preparo adequado para prestar socorro e fazer frente a essas situações. Não raro, situações de crise são abordadas por profissionais despreparados, o que tende a agravar o quadro, amplificando o problema e o seu sentido de urgência (BRASIL, 2013a).

As crises são vivenciadas de forma singular, assim, um fato, evento ou fenômeno estressor que pode desencadear uma crise para um indivíduo, para outro não⁸. Um indivíduo que entra em crise, não necessariamente, possui uma psicopatologia, a exemplo de um quadro intensificado de ansiedade. Há uma tendência de patologização da crise, percebida como sinônimo de crise psicótica ou outros sintomas físicos que ocultam outras dimensões disparadoras da crise, para as quais também é preciso olhar (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

A crise em saúde mental possui dimensões biológicas, psicológicas e sociais. As duas primeiras dimensões têm sido mais enfatizadas na crise do ponto de vista dos

⁷ Nessa concepção, a crise faz parte do ciclo da vida. O nascimento, por exemplo, se constitui como um momento de crise para o bebê que passa pela experiência de sair do útero protegido da mãe para vivenciar o mundo (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007 APUD BOFF, 2002).

⁸ Para Quevedo e Carvalho (2014), pode existir risco de morte ou lesão para o sujeito, como nos casos de tentativa de suicídio, autoagressão ou a terceiros como nos casos de agitação psicomotora, sendo necessária uma intervenção de cuidado imediata.

aspectos individuais, subjetivos e orgânicos. Mas a dimensão social da crise precisa ser abordada. Abordar essa dimensão significa compreender que a crise possui caráter relacional, visto que se refere a outros sujeitos e a determinadas relações sociais (SAFATLE; SILVA JÚNIOR; DUNKER, 2020; SAWAIA, 2014; WERLANG; MENDES, 2013).

A sociedade capitalista contemporânea é produtora de crises. A crise social, política e econômica produzida pelo movimento cíclico do capitalismo não pode ser dissociada das crises em saúde mental, visto que esse cenário se torna um campo fértil para a intensificação dos estressores de vida como o desemprego, falta de acesso a saneamento básico, alimentação e renda e, assim, estimulando sentimentos de incerteza, insegurança, desesperança e desespero, que podem culminar no processo de desorganização psíquica disparador da crise (SAFATLE; SILVA JÚNIOR; DUNKER, 2020).

Nos períodos de crise econômica⁹, as crises em saúde mental tendem a se agravar pelo próprio contexto de restrições, mas também e, sobretudo, se a crise for acompanhada da retração dos aparatos de proteção dos sujeitos que demandam um cuidado em saúde mental, como os serviços de saúde da família (CASSORLA, 2017).

Assim, a crise possui dimensões objetivas e subjetivas que estão intrinsecamente articuladas. A dimensão subjetiva é a que tem sido dada maior evidência, mas que precisa ser analisada com cautela para que não se perca a complexidade e a diversidade dos processos envolvidos na crise. Também é preciso atentar para a individualização e a culpabilização dos sujeitos que passam pelo processo de crise. Uma perspectiva crítica da dimensão subjetiva a considera como a expressão contundente de um processo de sofrimento intensificado, desaguadouro de tensões e conflitos que permanecem latentes por determinado período de tempo no âmbito da subjetividade do ser humano.

A crise é expressão de um sofrimento que é vivido com inquietação e pode ser expressa por meio do silêncio e/ou da rebeldia (auto e heteroagressão, por exemplo).

⁹ Para Cassorla (2017), em épocas de depressão econômica, como as que ocorreram em 1930, as taxas de suicídio aumentam devido ao impacto que as crises econômicas têm na organização de vida da população. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) produziu um documento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), por meio do qual a Organização reconhece os impactos causados pelas crises econômicas no processo de sofrimento psíquico da população mundial, compreendendo as facetas das expressões da questão social como estressores de vida e desencadeadores de crises em saúde mental.

Esse inconformismo é constitutivo do próprio sofrimento, como fenômeno multidimensional. A subjetividade humana é entrecortada por fragmentos do social, pois a individualidade é constituída, constituinte e constitutiva do social. Assim, o sofrimento que dá origem à crise tem vinculação com a questão social entendida como vivência da desigualdade, mas também rebeldia, por sujeitos “que vivenciam estas desigualdades e a ela resistem e se opõem” (IAMAMOTO, 1999, p. 28).

Considera-se que há uma dimensão social do sofrimento ou sofrimento social que articula a vivência cotidiana das expressões da questão social, como as opressões de classe, raça, gênero, etnia¹⁰ (SAWAIA, 2014; WERLANG; MENDES, 2013). O sofrimento social ou ético-político – “é a dor mediada pelas injustiças sociais. É o sentimento de estar submetida à fome e a opressão, e pode não ser sentido como dor por todos” (SAWAIA, 2014). O conhecimento do sofrimento permite a análise da vivência particular das manifestações da questão social – de como a desigualdade, a opressão e a dominação rebatem sobre os sujeitos, a exemplo da dor que surge da situação social cotidiana de ser tratado como subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade.

Nesse sentido, a crise é a vivência de um sofrimento intenso/agudo de um ser que grita, que não se acomoda. Esse movimento é atravessado por processos de exploração, dominação e opressão, fundantes da sociedade capitalista. A crise como manifestação de um sofrimento agudo/insuportável une o objetivo ao subjetivo e se “constitui uma experiência radical, como se um terremoto, vulcão e invasão da lava ardente das profundezas abissais do inconsciente aflorasse no terreno que sustenta nossas vidas concretas” (VASCONCELOS, 2013, p. 12).

Assim, na perspectiva deste trabalho a crise é compreendida como um fenômeno complexo, multidimensional e que diz respeito aos processos sociais e de vida. A crise pode ser passageira ou duradoura e, portanto, pode se manifestar de diferentes modos e graus. No cotidiano dos serviços, entre as formas de crises mais

¹⁰ Nos indígenas esse sofrimento se expressava em suicídios, nos escravos havia o banzo, manifesto como a tristeza de estar só e humilhado (SAWAIA, 2014).

comuns estão a agitação psicomotora¹¹, a ideação e a tentativa de suicídio¹², as crises conversivas¹³ e aquelas decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA)¹⁴, sendo que esses podem estar inter-relacionados (CASSORLA, 2021; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012; QUEVEDO; CARVALHO, 2014; ZEFERINO, 2015).

Na análise da crise como processo inerente ao ser humano precisa ser levado em conta as relações dentro de um contexto, relações essas econômicas, sociais, políticas e familiares, as quais qualquer pessoa, em qualquer momento da vida, está suscetível. Assim como o sofrimento, não necessariamente estará ligada a um processo patológico ou psiquiátrico (ZEFERINO, 2015). A crise não pode ser pensada em um cenário apenas individual, descolado do coletivo, reduzida unicamente a pessoas em sofrimento psíquico, é preciso pensar nas crises geradoras das crises, como as humanitárias, do capitalismo e as epidemiológicas, sendo quase inadiável o processo de crise durante o percurso da vida (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

ESTRATÉGIAS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SERVIÇOS PARA FAZER FRENTE À CRISE

Com o avanço das políticas de saúde pública e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, foi possível

¹¹ A agitação psicomotora é um tipo de crise definida como uma atividade corpórea excessiva ligada a uma desorganização interna, que pode partir de sentimentos como medo, exclusão e humilhação (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012). Nesse sentido, a pessoa em situação de agitação psicomotora não deve ser considerada como alguém em sofrimento psíquico ou portadora de transtorno mental sem uma avaliação prévia.

¹² O comportamento suicida é entendido como qualquer prática de autolesão, em qualquer grau de intenção letal que tenha de forma consciente ou não a finalidade de pôr um fim à própria vida. Na atualidade, o ato que não venha a ser fatal vem sendo denominado parassuicídio, independente do grau de lesão ou desorganização psíquica, sendo em sua maioria praticado por usuários melancólicos e psicóticos (CASSORLA, 2021).

¹³ As crises conversivas são uma resposta orgânica a situações de estresse que provocam uma disfunção física, os sintomas não são homogêneos e se aproximam muito de sintomas de patologias clínicas, se constroem como uma resposta a realidades difíceis vivenciadas pela pessoa. Uma parte da literatura aponta esse sintoma como reflexo de um conflito inconsciente, mas é importante buscar em uma perspectiva crítica as inter-relações com os conflitos objetivos e sua gênese social (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

¹⁴ As crises em saúde mental também estão relacionadas ao uso abusivo de SPA, sendo necessário identificar a classificação básica dessas substâncias e os efeitos que causam no psiquismo e no sistema nervoso das pessoas que fazem uso. As SPA podem ser classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC), tendo cada substância um impacto clínico diferente, afetando o sensorio e o nível de consciência, produzindo em algumas situações de agitação psicomotora e sintomas psicóticos a partir da intoxicação e da abstinência (ZEFERINO, 2015).

produzir novos modos de cuidado baseado em práticas humanizadas, territoriais e multiprofissionais, sendo então criados novos serviços de saúde mental dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora todos os serviços da RAPS devam estar minimamente preparados para atender casos de crise, como processo inerente a vida humana, ainda não se encontram dispositivos políticos especificamente direcionados para a atenção à crise.

A atenção à crise comparece nas produções teóricas ligadas ao Ministério da Saúde, como o Caderno da Atenção Básica número 34 (BRASIL, 2013a) e o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011). Esse último cita o manejo em situações de crise focando principalmente em situações de agitação psicomotora e comportamento suicida, suscitando a hipótese de uma abordagem de cunho biomédico e medicamentoso, não explorando a multidisciplinariedade e a rede de políticas públicas que envolvem o cuidado em saúde mental. No contexto da RAPS, a atenção à crise parece estar circunscrita às ações de urgência e emergência¹⁵, que incluem os prontos socorros, as salas de estabilização e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (BRASIL, 2011).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), se organizam como estabelecimentos de saúde de complexidade tecnológica intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Equipes de Saúde da Família (ESF) e a Rede Hospitalar, que compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, atendendo principalmente, as situações de crise. A internação em saúde mental em hospital geral com atendimento multiprofissional, deve ser o último recurso a ser articulado no cuidado.

¹⁵ Para uma melhor compreensão de como acontecem as situações de crise em saúde mental, é necessário entender as definições mais amplas de urgência e emergência. Urgência é compreendida como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, isto é, quando a pessoa necessita de assistência médica rápida. Já a emergência é a constatação do profissional médico de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995). As emergências atendem o sofrimento ligado à desorganização de pensamentos, sentimentos e ações que podem levar ao risco de morte ou risco de pessoas do convívio ou próximas, sendo necessário intervir de forma imediata. A urgência dedica-se a atender riscos menores como quadros agudos de ansiedade e sintomas psicóticos, que necessitam de intervenções em curto prazo, porém não de forma imediata (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

A RAPS prevê a Sala de Estabilização, que deve ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde, pela central de regulação das urgências. A sala de estabilização não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde, como em situação de crise em saúde mental (BRASIL, 2011).

Esses pontos da RAPS deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁶. Os CAPS devem possuir capacidade técnica para regular a porta de entrada da rede de assistência, supervisionar as alas de internação e a capacitação das equipes da atenção básica, o que caracteriza o CAPS como um serviço especializado em saúde mental. Esse serviço requer equipe especializada e qualificada para dar conta de toda a demanda que envolve a saúde mental, inclusive situações de crises.

Apesar da RAPS se construir enquanto uma rede de atenção à crise em saúde mental é possível identificar desafios no que diz respeito à capacitação e formação das equipes que compõem os CAPS frente aos retrocessos no campo das políticas de saúde mental que caminham no sentido da psiquiatrização/remanicomialização da demanda dos usuários (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Ao não manejar a crise de forma adequada, tendo como única indicação as contenções mecânicas e medicamentosas com indicação a internação hospitalar em leitos de saúde mental, deixa-se de lado outras abordagens como a atenção à crise por meio do diálogo e do acompanhamento do momento de crise e internação domiciliar

As equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviços que em sua preconização estão previstos o atendimento de urgência psiquiátrica, quando solicitados para atender a crise, tem como protocolo acionar a polícia para que auxilie neste processo (BRASIL, 2002b).

¹⁶ São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, atuando como ordenador do cuidado dentro da RAPS (BRASIL, 2002a).

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

O que coloca em xeque a possibilidade de um manejo adequado na perspectiva de um cuidado humanizado, pois intervir sobre essa demanda exige que os policiais tenham capacitação e conhecimento sobre situações de crise em saúde mental, capacitações e formações que não estão preconizadas na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006) deixando a cargo de cada município formar ou não profissionais de segurança pública capacitados para atender demandas de crise em saúde mental.

Essa forma de intervenção realizada pela equipe do SAMU, juntamente a polícia, associa simbolicamente a atenção à crise ao crime, à periculosidade e incapacidade da pessoa, reforçando estigmas historicamente construídos em torno do usuário de saúde mental. Assim, um espaço previsto para ser de cuidado em saúde mental, pode tornar-se um espaço hostil, de culpabilização e punição, principalmente, quando esse manejo é ligado a usuários de SPA que historicamente são marginalizados na sociedade.

Esse processo também fragiliza o vínculo de confiança do usuário com os serviços e a sua família pela forma de aproximação e abordagem ao usuário estar pautada, primordialmente, na contenção mecânica e medicamentosa, sobretudo, através do uso da força e do aparato policial. Assim, a atenção à crise no contexto das políticas públicas ainda carece de maior articulação dos pontos de atenção da RAPS, considerando as suas diretrizes de cuidado em liberdade e respeito aos direitos humanos, bem como, de combate aos estigmas e preconceitos (BRASIL, 2011).

Mesmo em uma situação tão frágil quanto em um cenário de crise em saúde mental, o sujeito que está passando pela crise é um sujeito de direitos que deve ser respeitado e ter seu atendimento realizado conforme os princípios do SUS, e é papel ético da equipe ou profissional de referência garantir que esses direitos sejam garantidos.

Fialho (2014) afirma ser possível efetivar esses princípios, mesmo quando for preciso auxílio de manejos mais rígidos como a contenção física e mecânica, acionados nas situações em que há forte risco ou ocorrência de auto e heteroagressão. Essas intervenções devem ser pautadas na negociação e nos direitos humanos e acionadas como último recurso de abordagem na crise, seguindo o horizonte da Reforma

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

Psiquiátrica, tendo em vista a proteção do usuário e do coletivo, o processo de produção de saúde e a garantia dos direitos dos usuários.

Com os avanços já explicitados anteriormente nos serviços de saúde mental, novas possibilidades de manejo e intervenções em situações de crises foram possíveis de serem executadas, entre elas o contrato de não suicídio e a carteira de crise. Porém, não há um dispositivo normativo ou um planejamento de gestão de políticas públicas construído pelo Ministério da Saúde para o manejo de atenção à crise, tendo que cada município se organizar a partir do desejo do gestor ou em alguns casos a partir da mobilização de usuários e trabalhadores para um cuidado mais humanizado.

O plano e o cartão da crise¹⁷ contém informações que podem auxiliar todos os atores que participam do cuidado e manejo durante a crise, desde profissionais, familiares e amigos. Nas informações do plano constam as formas de cuidado que o usuário gostaria de receber em um momento de crise, serviços que gostaria de acessar, qual familiar ou amigo gostaria que fosse feito o primeiro contato (BRASIL, 2013b).

O plano e o cartão devem ser preenchidos quando o usuário estiver organizado, lúcido e com capacidade de escolha, deve ser construído juntamente com profissional de maior vínculo e deve ser organizado para que o plano de atenção à crise fique no serviço de maior acesso do usuário e que o mesmo carregue consigo sempre o seu cartão de crise com as informações principais como para quem ligar, onde se encontra o plano e para o onde o usuário gostaria de ser encaminhado (BRASIL, 2013b; FREITAS, 2008; VASCONCELOS, 2013).

Ambos dispositivos de cuidado auxiliam no processo de garantia de direitos dos usuários, desde propiciar momentos de escuta para compreender qual a percepção que os mesmos têm sobre sua situação na condição de sujeitos em sofrimento, até construir horizontes e novas formas de cuidado a partir dos desejos e escolhas destes usuários, garantindo que os mesmos tenham acesso a informação sobre o seu cuidado e a possibilidades viáveis em momento de crise.

¹⁷ Plano e cartão da crise são dispositivos de cuidado difundidos na Holanda e adaptados para a realidade brasileira (BRASIL, 2013b), construídos com o usuário a qual tem como objetivo de estruturar e organizar o processo de cuidado e bem-estar do sujeito durante a crise em saúde mental.

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

O contrato de não suicídio se caracteriza como uma técnica de prevenção de suicídio, para o manejo de situações nas quais o usuário esteja em um processo de crise suicida com planejamento estruturado e não tenha indicação médica para internação. Demanda que o usuário esteja com boa rede protetiva, bom vínculo com o profissional que realiza o seu acompanhamento como técnico de referência e deve ser usado com bastante cautela e avaliação dos fatores de risco e proteção e das condições de entendimento do usuário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014; BERTOLETE; SANTOS; BOTEGA, 2010; BRASIL, 2016).

É uma estratégia de manejo que auxilia no ganho de tempo para que a equipe possa conseguir elaborar outros processos de cuidados junto a família, rede ampliada, serviços socioassistenciais ou até mesmo obter tempo necessário para o efeito da medicação.

MANEJO E INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE CRISE E O TRABALHO DA/DO ASSISTENTE SOCIAL

Parte da literatura que aborda o manejo em situações de crise é proveniente dos campos da Medicina, da Psiquiatria e da Enfermagem, sendo apresentadas de forma hegemônica as formas de manejo focalizadas na realização da contenção física, mecânica e química. Outra parte da literatura sobre o manejo em situações de crise se desenvolve a partir da Reforma psiquiátrica e do avanço conceitual da atenção psicossocial em uma lógica de atenção à crise que vai na contramão da hegemonia biomédica (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Atualmente, as contenções físicas e mecânicas podem ser utilizadas apenas com autorização e prescrição médica ou indicadas pela equipe de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012), já a contenção química apenas com prescrição médica. Marcolan (2004) defende a ideia de que todos da equipe multiprofissional, desde que estejam qualificados e capacitados, podem e devem participar tanto da decisão da modalidade de intervenção a crise quanto do momento do manejo. O autor acredita na ideia de que todos têm a contribuir com o processo de construção do cuidado, desde o planejamento, a organização até a atenção propriamente dita.

Com o avanço da humanização do cuidado em saúde mental, o manejo verbal, em situações de crise, foi tomado como norte principal, devendo se constituir como a primeira tentativa de intervenção em crise, de forma que a partir do diálogo consiga se retomar uma estabilização do quadro. Porém, devido ao despreparo e ao estigma persistem os manejos mais invasivos nas primeiras intervenções, por meio de protocolos clínicos de atenção à crise que muitas vezes não preconizam o manejo verbal. Como consequência desse manejo, é possível gerar e/ou agravar traumas físicos e psicológicos nos usuários, fragilizando os vínculos relacionais entre a equipe e o usuário (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

É necessário que durante o manejo o diálogo seja claro e tranquilo, de forma que o usuário entenda o que está sendo proposto, bem como, ser sincero durante o processo de intervenção, explicando ao usuário porque as medidas que estiverem sendo tomadas são necessárias, visto que é um direito da pessoa em sofrimento psíquico receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento (BRASIL, 2001). É preciso construir durante o manejo da crise um espaço de acolhida e segurança, acompanhando o processo e mantendo vigilância a fim de evitar não somente acidentes ou agressões, mas também intervenções mais agressivas.

O diálogo durante a crise deve ser realizado pelo profissional de referência, com quem o usuário tem mais vínculo ou pelo familiar se não houver conflitos, caso esses atores estejam auxiliando na desorganização do usuário é necessário que eles sejam retirados de cena no momento. Como já discutido anteriormente, o principal norte da atenção a situações de crise é a segurança do usuário e das pessoas à sua volta. Nesse sentido, é necessário que os materiais e objetos que possam causar qualquer tipo de dano sejam retirados do local e de preferência os profissionais envolvidos com a atenção à crise devem se posicionar próxima a porta, visto a necessidade de conter a pessoa naquele local e caso seja preciso a equipe possa se retirar em segurança.

O mais importante na atenção à crise e saúde mental é entender que a crise não espera o nosso tempo (BOTEGA, 2015), o tempo do encaminhamento, do acolhimento, da discussão de caso, do contato com o profissional de referência, ela acontece quando se menos espera e, por isso, é importante o serviço estar preparado.

Mesmo compondo equipes multiprofissionais em saúde mental que se constroem a partir de uma lógica em que os saberes se encontram, se complementam e se fundem, é possível compreender o diferencial do Serviço Social como profissão no manejo da atenção à crise em saúde mental.

A/O assistente social tem capacidade de identificar estressores de vida, informações sobre o sofrimento, a realidade do usuário e de sua família, as quais influenciam na situação de crise, compreendendo seu vasto arcabouço teórico-metodológico e técnico-científico que lhe propicia uma leitura do real, das relações sociais e das expressões da questão social. A potência e o diferencial desse profissional também está a partir da perspectiva de não compreender o sofrimento psíquico e a crise em saúde mental como uma demanda unicamente biológica, psicológica e individual, mas sim de uma expressão que também é advinda do social e do político (WERLANG; MENDES, 2013).

Muitas vezes, a/o profissional de Serviço Social realiza um papel despatologizador das demandas de saúde mental. Isto porque esses profissionais têm capacidade técnica para analisar os fatores condicionantes culturais, sociais e políticos da crise, os impactos que a mesma pode causar na vida dos usuários e de suas famílias e até mesmo auxiliar e viabilizar para a redução desses impactos, visto que dependendo da dimensão da crise em saúde o âmbito do trabalho, família e das demais relações se fragilizam.

Segundo Zeferino (2015) tão quão importante é a anamnese clínica, é preciso obter informações que desvelam o real sobre a vida do usuário, sobre sua família, trabalho, condição socioeconômica, vínculos comunitários e trabalho.

A dimensão pedagógica do Serviço Social se apresenta como necessária ao compreendermos a importância de construir com as famílias formas de cuidado possíveis para a prevenção da crise, em momentos de crise e no pós-crise, auxiliando no processo de compreensão sobre o sofrimento, causas e possibilidades de cuidado, trabalhando a quebra de estigma que envolve o usuário e o seu sofrimento. Segundo Meleiro et al (2004), o cuidado da família e a orientação da mesma sobre o tema da saúde mental devem ser ampliados em momentos de crise.

Muitos familiares segundo Rosa (2011) por estarem cansados, em um processo também de adoecimento, com seus vínculos familiares fragilizados ou até mesmo por falta de informação e estigma, compreendem a internação psiquiátrica como a única forma de cuidado possível. Assim, torna-se necessário a construção de novas formas de cuidado junto a família, sendo muitas vezes a/o assistente social o profissional mais próximo do contexto e das relações familiares.

Compreendendo que os familiares têm um papel importante no suporte e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, constituindo um ponto da rede de proteção, a/o assistente social contribui na ampliação e qualificação deste suporte, orientando sobre as redes intersetoriais e garantindo que tanto o usuário quanto a família tenham seus direitos garantidos no que tange o cuidado em saúde e demais acessos às políticas públicas, criando um processo de cuidado que não se alinhe a prática familista e culpabilizadora que orienta a política social neoliberal (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015; ROSA, 2011).

Não só com a família, mas com a equipe técnica e com a rede intersetorial o papel pedagógico da/do assistente social se estende ao combate de discriminação, estigmas e preconceitos direcionados aos usuários em sofrimento psíquico, principalmente em momentos de maior fragilidade como os da crise em saúde mental, buscando efetivar práticas profissionais que assegurem direitos humanos. Ponto importante sobre o cuidado da crise em saúde mental de usuários que fazem uso de SPA é a fragilização dos laços sociais destes sujeitos junto à sociedade e a família devido ao estigma e marginalização (ZEFERINO, 2015). Assim, manejar a crise desses sujeitos muitas vezes depende do manejo dessa relação para que o cuidado possa acontecer para além dos serviços de saúde.

Um dos processos mais importantes durante o manejo das situações acima é a escuta e o diálogo. O manejo da situação pressupõe o estabelecimento de um diálogo a partir do processo que o próprio usuário em crise trás, mesmo que esta crise apresente

episódios psicóticos¹⁸ como alucinação visual ou auditiva, pois o usuário minimamente compreende o que está ao seu redor e também reage a esses estímulos. Assim, é necessário dialogar com a loucura, mostrando o papel protetivo e de cuidado da intervenção.

Para tanto, cabe ressaltar a importância da inserção dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de saúde na perspectiva de prevenir e intervir nas crises, especialmente na composição do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A/o assistente social vai pautar sua intervenção na crise com base na determinação social da saúde, tendo como principal ferramenta a comunicação e o diálogo que se constituem como tecnologias leves de cuidado (MEHRY, 2002), tendo um olhar crítico a partir de demandas que, historicamente, foram trabalhadas apenas no campo biológico e psicológico, assim, representando novas possibilidades para as práticas de atenção à crise.

Por fim, a inserção de outros atores que compõem as equipes multiprofissionais e que não fazem parte do campo biomédico durante as intervenções a crise podem ressignificar esse momento junto ao usuário e até mesmo aos seus familiares, fazendo com que se compreenda o momento de crise como um espaço de cuidado, facilitando o processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este escrito teve como objetivo refletir de forma crítica as crises em saúde mental e o papel do Serviço Social junto a esse fenômeno tanto no aporte teórico-crítico e político quanto na intervenção direta ao usuário. Essa trajetória demandou abordar uma revisão dos dispositivos de cuidado e de atenção para fazer frente à crise, cujo manejo e intervenção, historicamente, esteve pautado no campo biomédico e ainda

¹⁸ É possível compreender a crise psicótica como uma substituição da realidade por uma mais tolerável do que o real posto no momento. As alucinações são uma base da angústia do sujeito psicótico, é a ruptura da relação entre eu e outro, do mundo interno e externo (FREUD, 1856-1939).

hoje se depara com a tendência de remanicomialização e criminalização na sua forma de abordagem.

Em vista da necessidade de uma melhor articulação em rede para fazer frente às situações de atenção à crise em saúde mental, há necessidade de criar e expandir serviços e estratégias de capacitação dos serviços de saúde mental. Capacitar os profissionais para um primeiro cuidado em saúde mental torna-se necessário com base no entendimento de que os estressores de vida são demandas a serem vistas e sanadas não somente pela política de saúde, mas também pelas demais políticas.

Nessa direção é preciso construir espaços de discussão e debates como fóruns de atenção à crise nos quais usuários e trabalhadores possam pensar em conjunto estratégias de articulação, bem como, produção de espaços de educação de saúde e educação permanente, não apenas para um preparo de manejo técnico, mas também de uma formação sociopolítica. Isto porque as crises em saúde mental não são apenas de cunho biológico, mas partem também da organização societária em que o sujeito está inserido.

Sendo assim, é preciso ampliar o conceito de crise em saúde mental, superando o olhar episódico, de algo momentâneo, que não é influenciado por questões sociopolíticas. Pelo contrário, a crise demanda um cuidado ampliado, um planejamento contínuo e intersetorial, visto que faz parte do cotidiano dos sujeitos que estão constantemente lidando com momentos que geram desorganização em sua vida, no contexto de uma sociedade produtora de crises.

Recebido em janeiro de 2022 – Aprovado em novembro de 2022

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf

Acesso em: 20 ago. 2021.

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

AVILA, Carmen Sílvia; BERLINCK, Manoel Tosta. Reflexões sobre crise e estabilização em Psicopatologia Fundamental. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 270-286, dez. 2014. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2022

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-eprogramas/humanizasus/redehumanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em: 06 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Acesso em: 05 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 34**: saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Brasília, Rio de Janeiro: MS, UFRJ; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

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. 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde.

Superintendência de Atenção Primária. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua**

Prevenção. 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf

Acesso em: 18 de nov. de 2020.

BERTOLETE, José Manoel; SANTOS, Carolina Mello; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de**

Psiquiatria. v. 32, sup. 2, p.87-95, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/?lang=pt> Acesso em: 20

ago. 2021.

BOFF, Leonardo. **Crise**: oportunidade de crescimento. Campinas: Verus. 2002.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Estudos sobre suicídio**: psicanálise e saúde mental. São Paulo: Blucher, 2021.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio**: fatores inconscientes, aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/581/Guia%20prático%20de%20matriciamento%20em%20saúde%20mental.pdf?sequence=1&isAll>

[owed=y](#) Acesso em: 05 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 427/2012**, de 15 de fevereiro de 2012. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.451/1995**, de 17 de março de 1995. Disponível em:

Serv. Soc. & Saúde	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
--------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451> Acesso em: 06 fev. 2022.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 595-602, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt> Acesso em: 02 fev. 2022.

FIALHO, Marcelo Brandt. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, Maria Therezinha; RODRIGUES, Jerferson; ASSIS, Jaqueline Tavares (Orgs). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção a crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FREITAS, Claudia. A participação e a preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa de plano/cartão de crise e desafios para a sua apropriação no contexto brasileiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org).

Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 143-170.

FREUD, Sigmund. As neuropsicoses de defesa. In: STRACHEY, James (Org). **Primeiras publicações psicanalíticas (1993-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, p. 53-66. (Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 3).

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko; BALLARIN, Maria Luiza Gazabim Simões. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos.

Revista de Psicologia da UNESP, v. 1, n. 6, p. 31-44, 2007. Disponível em:

<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84> Acesso em: 14 set. 2020.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves.; ROSA, Lucia Cristina Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, n. 44, mai./ago. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Serv. Soc. & Saúde	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
--------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

JACINTHO, Antonio Carvalho de Avila; STELLA, Florindo; LAURITO JÚNIOR, João Baptista. Agitação psicomotora. In: BOTEGA, Neury José (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André. **Emergências psiquiátricas**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARCOLAN, João Fernando. **A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica**. 1. ed. São Paulo: edição do autor, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELEIRO, Alexandra M. et al. Esforços Para a Prevenção. In: WERLANG, Blanca Guevara.; BOTEGA, Neury José (Orgs). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MIOTO, Regina Celia; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (Orgs). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. 248 p.

ROSA, Lucia. **O transtorno mental e o cuidado na família**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Orgs). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader (Org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

ZEFERINO, Maria Therezinha; RODRIGUES, Jerferson; ASSIS, Jaqueline Tavares (Orgs). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção a crise e urgência em saúde mental**. 4.ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

WERLANG, Rosângela.; MENDES, Jussara Mendes. Sofrimento social. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 116, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches**. WHO: 2021. Disponível em:

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e022008	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	---------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707> Acesso em: 08 ago. 2021.