

Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas

Attention to the Crisis in mental health: centralization and decentralization of practices

Marcelo Kimati Dias (<https://orcid.org/0000-0001-9190-8222>)¹

Sabrina Helena Ferigato (<https://orcid.org/0000-0001-7567-7225>)²

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes (<https://orcid.org/0000-0001-8006-8117>)²

Abstract *This article focuses on the attention to the crisis in mental health within the scope of Brazilian public health policies. It sets out to show the theoretical and practical disputes of significance about the notions of crisis that unfold in different models of care in situations of urgency and emergency in mental health, as well as in challenges to the effectiveness of the care process in the health network. The survey began with a descriptive and exploratory study, with emphasis on the study of protocols and institutional documents in mental health, from the sociotechnical standpoint. As an original contribution of this article, the main socio-technical dichotomies that emerged from the processes of attention to the crisis in Brazil (in the use of terminologies, clinical practice and attention models, the main challenges for consolidation of network care and in the vacancy regulation strategies) were highlighted.*

Key words *Mental health, Public health, Urgency, Emergencies*

Resumo *Este artigo desenvolve uma reflexão da atenção às situações de crise em saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde brasileiras. Tem como objetivo analisar as disputas de sentido teóricas e práticas sobre a noção de crise que se desdobram em diferentes modelos de atenção às situações de urgência e emergência em saúde mental, bem como em desafios para a efetivação do processo de cuidado em rede. Partimos de um estudo exploratório, com ênfase na análise de protocolos e documentos institucionais em saúde mental, à luz da abordagem sociotécnica. Como contribuição original deste artigo, foram elencadas as principais dicotomias sociotécnicas que emergem dos processos de atenção à crise no Brasil (no uso das terminologias, na prática clínica, na conformação dos modelos de atenção em rede e em suas estratégias de regulação de vagas).*

Palavras-chave *Saúde mental, Saúde coletiva, Urgência, Emergências*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná. R. XV de Novembro 1299, Centro. 80060-000 Curitiba PR Brasil. kimati@hotmail.com

² Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

Introdução

Atenção à crise em saúde mental é o nome dado a um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo comunitário de atenção e se desenvolve junto a usuários em situações consideradas agudas e graves^{1,2}. Na literatura nacional, o termo e suas práticas ganham importância na medida em que a expansão da rede de saúde mental e a diminuição de leitos psiquiátricos redirecionaram as práticas assistenciais. Neste contexto, a atenção à crise ganha significado especial na medida em que propõe novas terminologias, estratégias, mudanças na organização institucional e nas práticas de cuidados em contraposição a um conjunto de discursos e práticas produzidos e abordados no interior de hospitais psiquiátricos.

A crise em saúde mental corresponde a casos psiquiátricos considerados agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas em uma correspondência histórica entre gravidade, periculosidade e internação psiquiátrica³. Esta perspectiva é hegemônica ainda no meio biomédico⁴. Neste sentido, o caráter agudo, a noção de risco, necessidade de intervenção imediata e gravidade definem o espaço institucional de cuidado. A maior parte dos quadros entendidos hoje como crise eram classificados como referência médica, como urgência ou emergências psiquiátricas. Entretanto, há divergências entre estes termos. Atualmente, predomina o referencial de que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica e não pode ser manejada de forma acrítica com as mesmas tecnologias de cuidado⁵.

Ainda com referência a conceituação biomédica, emergência é definida como a *constatação de condições de agravo à saúde que implicam em risco de morte ou sofrimento intenso*, lesões irreparáveis, normalmente caracterizadas por declaração do médico assistente. Estes conceitos, no entanto, não distinguem eventos relacionados à saúde mental e demais situações emergenciais, como traumas e doenças infectocontagiosas³. Em publicação anterior⁴, discutimos como o termo emergência ou urgência têm algumas aproximações com a noção de crise sendo, entretanto, termos insuficientes para incorporar todas as situações denominadas como tal. A distinção está no fato de urgência e emergência terem como base a noção temporal de risco, ao contrário de crise.

Definições de urgência e de emergência médica e no setor saúde em geral têm referenciais diferentes daqueles utilizados na saúde mental.

Diante disso, o tema atenção à crise é uma área com contradições: por um lado a saúde mental é estruturada a partir de referenciais norteados pela inclusão, vínculo, conhecimento da história e contextos do sujeito, valorização dos aspectos subjetivos e respeito à temporalidade da crise⁵. Por outro lado, no setor de urgência predominam a objetividade e o pragmatismo de intervenções pontuais, incluindo a otimização do tempo gasto e de equipamentos para a intervenção. Da mesma forma, a área de urgência e emergência desenvolve a formalização técnica de suas práticas, especialmente na forma de protocolos⁶. Já na abordagem psicossocial, prioriza-se a singularidade das intervenções a partir da avaliação de cada caso.

No Brasil, a existência de concepções antagônicas que correspondem ao mesmo fenômeno, coloca em evidência as disputas de sentido teóricas e das práticas não só sobre a noção de crise, mas sobre as diferentes abordagens em saúde mental. Um dos dispositivos capazes de evidenciar essas disputas são os protocolos e documentos institucionais que servem como instrumentos norteadores de práticas de gestão e de cuidado em saúde mental.

Nesse artigo de opinião, a partir de um estudo reflexivo sobre esses documentos, procuramos discutir o que denominamos como dicotomias sociotécnicas a serem superadas para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS), e apresentar como essas dicotomias podem se refletir na produção de diferentes modelos coexistentes de atenção à crise.

Metodologia

Este estudo foi elaborado a partir de reflexões dos autores fundamentados em um estudo exploratório de protocolos discutidos à luz de produções científicas no campo da saúde mental e coletiva brasileiras. Foram utilizados 2 diferentes tipos de documentos: 1) protocolos de centrais regulatórias e de serviços de atendimento móvel à urgência (SAMU) que contivessem fluxos relacionados à saúde mental. 2) protocolos relacionados à saúde mental de municípios que estabelecem fluxos, serviços de referência em atenção à crise. Todas as publicações identificadas haviam sido escritas e divulgadas por órgãos oficiais e constituíam normas do funcionamento da rede pública de saúde. Os protocolos foram obtidos a partir da procura sistematizada em sites oficiais de governos estaduais e municipais das capitais

brasileiras, assim como de municípios presentes em regiões metropolitanas e municípios de grande porte. Os documentos encontrados foram publicados entre os anos de 2006 a 2016. A escolha dos protocolos como documentos de eleição se deu por estes conterem informações oficiais que se traduzem em normas operacionais. Essas normas induzem um conjunto de técnicas em detrimento de outras, produzindo impacto direto no processo de trabalho e de cuidado, com efeitos sociais, clínicos e políticos específicos. Protocolos definem, por exemplo, quais as características do usuário para que se defina seu acesso a um determinado espaço institucional de cuidado na crise, estipulam parâmetros de hospitalização e, assim, apresentam um retrato do funcionamento formal da rede, isto é, qual a atribuição dada a cada dispositivo, por exemplo, a partir da organização dos serviços, da concepção de saúde mental e de um projeto de governo.

Os documentos estudados estão no Quadro 1.

Nossas análises se deram à luz da abordagem sóciotécnica que, refere-se à inter-relação dos aspectos sociais e técnicos de uma organização⁷. A sóciotécnica pode ser vista como uma decomposição analítica (com posterior integração) de processos produtivos em seus elementos constitutivos⁸. Ou seja, nesse caso específico, utilizamos dessa abordagem para desvendar os requisitos e enunciados dos regimes tecnológicos e técnicos de intervenção em saúde mental e as possíveis influências destes na conformação dos modelos de atenção à crise, partindo do pressuposto que a eficácia (ou ineficácia) social da rede de atenção às urgências e emergências em saúde mental sofre influência direta dos requisitos e protocolos do seu sistema técnico-tecnológico, ao mesmo tempo em que pode explicitar suas contradições.

Discussão

Rede CAPS 24 horas e regulação

Os protocolos dos municípios analisados se diferenciaram em relação ao (1) aparato estrutural para o cuidado, (2) a terminologia técnica e referenciais teóricos de base, (3) ao processo de trabalho e articulação em rede; e (4) o papel da regulação das vagas.

No item 1, a presença de serviços comunitários de funcionamento 24 horas (CAPS-III) é um diferencial importante. Dois dos protocolos analisados, de Curitiba e Belo Horizonte, que possuem rede de CAPS III, entendem estes espa-

ços como locais de atenção à crise, mas mediante apoio técnico de serviços de urgência, bem articulados com o restante da rede. Uma segunda categoria de municípios, como o caso de Ribeirão Preto, Estado do Paraná e Florianópolis, é clara em estabelecer critérios para internação psiquiátrica, com base exclusiva no quadro clínico identificado. Uma terceira categoria, como o Município de Fortaleza, destaca diretrizes a partir de referenciais clínicos, mas não indica para a rede substitutiva, o que pode apontar para uma desarticulação entre as redes.

Os documentos analisados apresentaram um contraste discursivo visível: ou adotavam uma terminologia que remetia continuamente à reforma psiquiátrica e seus princípios norteadores ou adotavam uma terminologia pautada na descrição diagnóstica psiquiátrica, envolvendo, em alguns casos, a descrição de critérios diagnósticos e estratégia de medicalização. No caso dos protocolos do SAMU, com exceção de Curitiba, há sempre a referência do tipo de unidade móvel utilizada na ocorrência.

Em relação ao processo de trabalho e a articulação em rede, os municípios que apresentam uma rede de saúde mental com serviços 24 horas (Curitiba e Belo Horizonte) apresentam formulação mais detalhada em relação à articulação entre serviços. Isto se retrata no detalhamento dado aos critérios de encaminhamento, à definição do tempo de permanência no serviço, finalidade da abordagem. Estes municípios, ainda, fazem uma referência constante à importância do desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, como norteadores das práticas de um cuidado interdisciplinar.

A caracterização dos documentos e, consequentemente, das redes de saúde mental que são retratadas por eles, apresentam diferenciações que estabelecem relação entre rede e diretrizes apontadas nos protocolos. Este é o caso da presença de serviços de funcionamento 24 horas. Municípios que os adotaram como modelo institucional de atenção tendem a realizar ações de atendimento à crise em um número maior de pontos de cuidado e com referências interdisciplinares. Este é o caso de Curitiba, que dispõe de serviço de psiquiatria que se desloca até os CAPS para prestar apoio em situações de crise. Entretanto, serviços comunitários de funcionamento 24 horas são raros. Desde 2003 houve um avanço lento na abertura de CAPS-III, que dá às redes de atenção mais recursos (humanos, espaços institucionais, disponibilidade de leitos) para o atendimento de usuários em crise. Entre 2002 e 2014,

Quadro 1. Documentos.

	Autor e ano de publicação	Título e Município de Origem
1	Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte (2008)	Política de Saúde mental de Belo Horizonte
2	Prefeitura Municipal de Curitiba (2016)	A Gestão Participativa na Saúde de Curitiba
3	Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis-MG- Diretoria de Regulação de Saúde (2015)	Protocolo Técnico Operacional de Regulação em Saúde- SUS Divinópolis
4	Secretaria Municipal de Saúde de Colombo-PR (2011)	Protocolo de Saúde Mental
5	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza- CE (2016)	Protocolos de Regulação das Urgências- Normas de Conduta Técnica e Gestora Para Profissionais do SAMU
6	Prefeitura de Londrina-PR, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (UEL)	Protocolo de Saúde Mental de Londrina PR
7	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis SC (2010)	Protocolo de Atenção em Saúde Mental
8	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Alexandre F. Souza Cruz, coord de saúde mental) 2016	Protocolos do Programa de saúde mental
09	Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais Belo Horizonte, 2006	Atenção em Saúde Mental
10	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2006)	Crise e Urgência em Saúde Mental
11	Secretaria Municipal de Curitiba, Departamento de Urgência e Emergência (2014)	Protocolo de Atendimento Inicial ao Paciente Psiquiátrico da Central de Regulação SAMU 192
12	Secretaria Municipal de Betim (2006)	Protocolo De Assistência Em Saúde Mental - Agitação Psicomotora E Abstinência Alcoólica

o número de CAPS no país cresceu de 208 para 2209, em contraste com a expansão de CAPS III, de funcionamento 24 horas; para 38, em 2006; para 85 unidades, em 2014⁹. Outro elemento definidor das práticas de atenção à crise é o caráter da regulação de leitos psiquiátricos, definida pela portaria 1899, de 2008, e pela portaria 148, de 2012.

Num modelo de atenção à crise pautada na baixa interlocução entre as redes de saúde mental e urgência, a regulação tem o papel de distribuir vagas de internação em hospitais psiquiátricos com critérios predominantemente biomédicos. Neste cenário, a terminologia para internação passa por noções de periculosidade associadas aos sintomas e por alguns sintomas chave que são associados diretamente à internação psiquiátrica (“risco de suicídio”, “agitação psicomotora”, “delírios e alucinações”), presentes em boa parte dos protocolos. Esta regulação tem papel normativo, independente de processos de interlocução ou conhecimento prévio do funcionamento da rede de saúde mental.

No segundo modelo descrito, a regulação negocia acesso de usuários a diferentes serviços, preferencialmente comunitários, sendo o regulador um interlocutor entre os serviços, e para tal,

o conhecimento do modo de funcionamento da rede de saúde mental é valorizado.

Outro aspecto importante a ser considerado é o fato da Política Nacional de Atenção às Urgências não considerar a especificidade das demandas psiquiátricas, colocando-as no mesmo referencial de urgências clínicas⁵. Na Portaria 2048/GM (2002), que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a urgência psiquiátrica é entendida como uma das atribuições do SAMU em conjunto com a rede saúde mental, e, se necessário, a polícia e o corpo de bombeiros.

Além das diferenças pautadas pela assistência às urgências e emergências de forma geral e as da saúde mental em específico, é importante também a diferenciação entre as categorias psiquiátricas e aquelas incorporadas à saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica. Esta diferença diz respeito em especial à referência etiológica impressa na noção de crise.

Autores apontam para o fato de que, para a psiquiatria tradicional, as crises implicam na desestabilização de um sistema aberto, que deixa de ter capacidade de manter sua homeostase². A noção geral de crise implica em desequilíbrio e as ações da psiquiatria clássica seriam no sentido de resgate do equilíbrio, a intervenção no sujeito

individual com a utilização de fármacos e contenção ou sobre o meio, tirando-o do convívio social e em práticas de internação em ambientes fechados³. Deste modo, as unidades de urgência psiquiátrica constituiriam aparatos de normalização, contenção mecânica e/ou medicamentosa e isolamento social.

Além disso, a psiquiatria hegemônica, desde o advento dos manuais diagnósticos, rejeita o referencial etiológico como definidor de categorias médicas. Desde o início da década de 1980, a psiquiatria assume um referencial que ela própria considera “ateórica”, pautada na definição de categorias por consistência epidemiológica, afastando-se de modelos teóricos explicativos¹⁰. Neste contexto, urgências psiquiátricas seriam definidas a partir de referencial descritivo, não etiológico.

Atenção à Crise e Rede de Saúde

Na contramão desse processo, na concepção de crise a partir de um modelo etiológico de base psicossocial, coexistem as situações de risco e vulnerabilidade como determinantes para o adoecimento e possível agravo. Neste paradigma, o conceito de redes de atenção em saúde vem sendo desenvolvido como uma crítica a sistemas fragmentados, que estabelecem relações hierarquizadas entre si, num conjunto incapaz de acompanhar as transformações epidemiológicas ocorridas no país no último século¹¹. A discussão acerca da centralidade (ser realizado num dispositivo específico) ou não da atenção à crise permeia o desenvolvimento deste conceito. Uma das características das redes de atenção é ser poliárquica, isto é, com os diferentes pontos de atenção, estabelecendo entre si uma relação horizontal, o que contraria uma das características de sistemas excessivamente hierarquizados e com o investimento de recursos ocorrendo predominantemente na rede hospitalar. Outra característica é a relação que esta rede de serviços estabelece com o território ao qual é referenciada, uma vez que este referencial pressupõe uma capacidade de adequação das práticas de cuidado às características da população de referência¹¹.

A partir dos achados na análise dos documentos, foi possível propor uma tipologia na qual são diferenciadas 3 categorias principais de organização da rede em função do atendimento à crise, a partir do binômio centralização x não centralização. O primeiro deles é aquele no qual o atendimento centralizado é realizado em um dispositivo específico. Neste modelo, é a atenção

à crise, realizada por um serviço especializado, que por este motivo apresenta maior concentração de poder, menor articulação com a rede e nele o conhecimento biomédico é hegemônico. Esta caracterização implica em abordagens voltadas a um conjunto de perfis clínicos e abordagens voltadas à estabilização. Este modelo tem em prontos-socorros de psiquiatria e no próprio hospital psiquiátrico as principais referências à atenção em situações de crise. O fluxograma de atendimento a psicóticos em Ribeirão Preto é um exemplo deste modelo, na medida em que o espaço de cuidado (incluindo a hospitalização) é definido a partir da identificação de sintomas e ao resultado a abordagens médicas anteriores. Da mesma forma, o fluxograma de atendimento do Estado do Paraná define critérios de internação a partir de referenciais clínicos.

Numa segunda categoria, estão redes que dispõem de dispositivos de atenção centralizados, mas com grande capacidade de articulação com o restante da rede. Este arranjo permite que as práticas desenvolvidas em outros serviços do município (em alguns casos os dispositivos mais territorializados como os CAPS) sejam consideradas, tornando as abordagens articuladas e complementares. Algumas experiências nacionais, como o SUP (Serviço de Urgências Psiquiátricas), em Belo Horizonte, consideradas retaguardas especializadas em atenção à crise, encontram-se articuladas com outros serviços, têm período de permanência muito curto e atuam de forma referenciada no Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido pelo serviço comunitário ao qual o usuário é vinculado. Importante salientar que, ainda que este modelo em geral adote um modo de produção que pode ser caracterizado como taylorista¹², isto não implica no comprometimento da rede como um todo, o que depende também do quanto este serviço atua “em rede”, isto é, seu grau de articulação com os demais serviços.

Um terceiro modelo, hipotético e convergente ao conceito de rede substitutiva, parte do referencial de que o sistema como um todo deve realizar cuidado à crise, ampliando o “lugar da urgência” para uma rede de atenção à crise (e que inclui diferentes serviços da rede de atenção saúde/intersetorial e de suporte dos usuários). Na medida em que o espaço institucional historicamente ligado a situações de crise é substituído por um conjunto de serviços em redes, esta forma de atenção é diluída em diferentes espaços, em uma pluralidade de intervenções. Mais do que isso, as abordagens devem ser norteadas

por um projeto que preveja as situações de crise, apontando para formas diferentes de abordagens com corresponsabilização entre serviços especializados, enfermarias de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgência/emergência e rede intersetorial.

Há diversos entraves para o desenvolvimento desta última estratégia, especialmente por que, cada um desses pontos da rede apresenta *linguagem, timing e aparelhagem* muito diferente daquela utilizada pela rede de saúde mental¹³. Em estudo das demandas de saúde mental atendidas pelo SAMU de Aracaju foi identificada na coleta de dados que a maior parte dos pedidos de viatura são categorizados como “agitação”. Por outro lado, a maior parte dos usuários atendidos é conduzida a prontos-socorros de urgência, não para centros de atenção psicossocial, para onde são levados apenas 1,1% dos casos¹⁴.

Estes dados se apresentam como um analisador da rede nacional a partir do qual é possível inferir que as redes de saúde mental e de urgên-

cia/emergências se caracterizam como redes paralelas^{13,14}. Apresentam fluxos próprios, lógica de condução própria e terminologia própria. Por exemplo, as redes de urgência tendem a ter no trinômio SAMU – unidade de pronto atendimento (ou pronto socorro) – Hospital Psiquiátrico sua rede de atenção preferencial. A utilização deste fluxo que culmina na internação psiquiátrica ocorre independente do usuário estar ou não em acompanhamento num centro de atenção psicossocial (CAPS). Autores apontam para o fato de que este processo não só “devolve o usuário ao manicômio” como fortalece uma noção de que a rede de atenção psicossocial é alternativa e de baixa capacidade resolutive¹³⁻¹⁵.

A partir destes elementos, sistematizamos teórica e didaticamente, 3 modelos principais de atenção à crise, com referência na legislação vigente (Portaria 3.088 MS/GM - RAPS) e no binômio centralização-descentralização, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Modelos de atenção à crise em rede.

	Atenção centralizada e rede não integrada	Atenção centralizada e rede integrada	Rede integrada e autorregulada
Integração rede de urgência e rede de saúde mental	Baixa integração	Grande integração	Grande integração
Existência de serviços específicos para atendimento de crise	Sim (situações de crise são atendidas exclusivamente nestes serviços)	Sim (situações de crises são atendidas preferencialmente nestes serviços)	Não
Atendimento a situações de crise na rede comunitária	Não	Sim ou não	Sim
Regulação de leitos psiquiátricos	Normativa, baseada em parâmetros médicos	Considera capacidade dos serviços substitutivos atenderem a crise. Negocia	Realiza internações exclusivamente a pedido dos serviços de referência. O sistema se auto regula através de projetos terapêuticos compartilhados.
Serviços comunitários de funcionamento 24 horas	Não	Sim	Sim
Projeto terapêutico singular como norteador de práticas em rede	Não tem o projeto terapêutico como norteador. Modelo terapêutico médico centrado	O projeto terapêutico é desenvolvido, ainda que serviços de referência tenham práticas protocolares, com assistência multi/interdisciplinar	Todas as práticas de atenção à crise são pautadas na execução do projeto terapêutico do usuário, com assistência multi/interdisciplinar
Vinculação do usuário ao serviço e do serviço ao território	Baixa vinculação, o usuário recorre exclusivamente à rede de urgência em situações de crise.	Boa vinculação, o usuário/familiar recorre à rede de urgência como parte do projeto terapêutico	Ótima vinculação. Há um planejamento para situações de crise e o usuário participa de sua formulação.

Fonte própria.

Considerações finais

Os conceitos discutidos implicam na adoção de tecnologias, técnicas e práticas de atenção à crise que modificam os resultados ou níveis de eficácia em relação à superação e ressignificação da crise. Modificam também a relação entre profissionais e usuários, produzem diferentes graus de participação de diferentes atores sociais, e portanto, por meio da técnica, fabricam novas respostas sociais à crise e à loucura. Ou seja, o técnico e o social produzem agenciamentos necessariamente em conjunto, produzindo movimentos de “co-modificação”.

Buscamos nesse artigo, traçar e discutir parte das dicotomias ou antagonismos sociotécnicos que ganham relevo na atenção à crise em saúde mental no Brasil. Dentre elas, destacamos: (a) os antagonismos no plano das terminologias ou referenciais teóricos; (b) O aparato teórico-prático das redes de urgência/emergência em geral e as abordagens às urgências na saúde mental em es-

pecífico; (c) o cuidado médico-centrado e o cuidado em equipe interdisciplinar; (d) a atenção centrada na rede hospitalar e a atenção em rede comunitária.

A partir dessa análise delineamos os principais modelos de intervenção à crise que emergem desse campo de disputas técnicas e políticas e que coexistem nas práticas de atenção à crise existentes no Brasil. O estudo, como um artigo de opinião que se distancia mais enfaticamente da pretensão da neutralidade, foi construído com a perspectiva de sistematizar e construir elementos teórico-práticos para evidenciar os desafios da Reforma Psiquiátrica, mas, sobretudo para a afirmação de uma forma de abordagem à crise construída em rede, com ênfase nos serviços comunitários de saúde e em uma perspectiva de transversalização do saber-poder entre profissionais e entre equipe e usuários para a atenção eficaz à de situações complexas como são os momentos de crise em saúde mental.

Colaboradores

O autor MK Dias trabalhou na elaboração do texto, revisão, redação final; SH Ferigato também trabalhou na elaboração do texto, revisão, redação final e a autora ADSA Fernandes trabalhou na elaboração do texto, redação final e formatação.

Referências

1. Oliveira PRM. *Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
2. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP* 2007; 6(1):31-44.
3. Jardim KF, Dimenstein MD. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em revista* 2007; 13(1):169-190.
4. Cremers. Resolução Cremers Nº 15/2009. Dispõe sobre critérios de internação de pacientes psiquiátricos e seus efeitos nos Pronto Atendimentos sem caráter hospitalar. Porto Alegre, 23 de outubro de 2009.
5. Bonfada D, Cavalcanti JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):555-560.
6. Mantovani C, Mígon MN, Alheira V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010; 32(2):96-103.
7. Emery FE, Trist EL. Socio-technical systems. In: Emery FE, editor. *Systems thinking*. New York: Penguin; 1969. p. 83-97.
8. Garcia RM. Abordagem sócio-técnica: uma rápida avaliação. *Rev. adm. empres.* [online]. 1980; 20(3) [cited 2018 Mar 2]:71-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901980000300006&lng=en&nrm=iso
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS; 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. [acessado 2018 Mar 2]. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
10. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press; 1988.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* [online] 2010; 15(5) [cited 2018 Fev 20]:2297-2305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en&nrm=iso
12. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica* 1998; 14(4):863-870.
13. Jardim KFSB. *O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
14. Jardim KFSB. Por que a crise não cabe no sistema? Divagações sobre a interface entre a rede de saúde mental e a rede de urgência e emergência. In: Passos RG, Costa RA, Silva FG, organizadores. *Saúde mental e os desafios da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Gramma; 2017, v.1, p. 56-75.
15. Martins MCV, Santos VTG, Barbosa LV, Corrêa CRG, Guedes SAG. Perfil dos atendimentos psiquiátricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel De Urgência. *Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente* 2012; 1(1):31-39.

Artigo apresentado em 01/11/2017

Aprovado em 25/06/2018

Versão final apresentada em 27/06/2018