

**Atenção à crise em saúde mental: um ensaio teórico***Attention to mental health crisis: a theoretical essay**Atención a las crisis de salud mental: un ensayo teórico***Clissiana Nascimento Barreto Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6272-7254

**Geane de Souza Silva<sup>1\*</sup>**

ORCID: 0009-0008-8623-4081

**Rani Maria de Paula Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0009-0000-1021-6874

**Bruno Pereira da Silva<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0002-5825-7402

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Distrito Federal/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Distrito Federal, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Acre. Acre, Brasil.

**Como citar este artigo:**

Souza CNB, Silva GS, Oliveira RMP, Silva BP. Atenção à crise em saúde mental: um ensaio teórico. Glob Acad Nurs. 2026;7(1):e538. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200538>

**\*Autor correspondente:**

[geane.souza.silva@educacao.am.gov.br](mailto:geane.souza.silva@educacao.am.gov.br)

**Submissão:** 31-01-2026**Aprovação:** 18-03-2026**Resumo**

A mudança de paradigma do modelo médico psiquiátrico, manicomial, para o modelo de atenção psicossocial, centrado na pessoa e na garantia de seus direitos, sustenta a criação da Rede de Atenção Psicossocial constituída por diversos dispositivos de cuidado, e dentro deles os Centros de Atenção Psicossocial, visando uma atenção integral dos usuários por meio de um cuidado de base comunitária e territorial. Dada essa mudança paradigmática, pensar o conceito de crise torna-se fundamental, visto que há divergências entre profissionais e serviços quanto à definição do que seja crise em saúde mental e às formas de manejo mais adequadas. Dado o escopo, este ensaio teórico de abordagem qualitativa tem por objetivo geral analisar a atenção à crise em saúde mental nos serviços de atenção psicossocial e nos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial norteada pela Política Nacional de Saúde Mental brasileira. Trata-se de um ensaio teórico sustentado por argumentação autoral e consistente acerca do fenômeno de estudo.

**Descritores:** Crise; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; SUS; Território.

**Abstract**

The paradigm shift from the psychiatric, asylum-based medical model to the psychosocial care model, centered on the person and the guarantee of their rights, supports the creation of the Psychosocial Care Network, comprised of various care devices, including Psychosocial Care Centers, aiming for comprehensive care for users through community-based and territorial care. Given this paradigmatic shift, considering the concept of crisis becomes fundamental, since there are divergences among professionals and services regarding the definition of what constitutes a mental health crisis and the most appropriate forms of management. Given this scope, this qualitative theoretical essay aims to analyze attention to mental health crises in psychosocial care services and other points of care within the Psychosocial Care Network, guided by the Brazilian National Mental Health Policy. This is a theoretical essay supported by consistent authorial argumentation regarding the phenomenon under study.

**Descriptors:** Crisis; Mental Health; Psychiatric Reform; Psychosocial Care; SUS; Territory.

**Resumen**

El cambio de paradigma del modelo psiquiátrico y hospitalario al modelo de atención psicossocial, centrado en la persona y la garantía de sus derechos, impulsa la creación de la Red de Atención Psicossocial, integrada por diversos dispositivos asistenciales, incluidos los Centros de Atención Psicossocial, con el objetivo de brindar una atención integral a los usuarios mediante servicios comunitarios y territoriales. Ante este cambio de paradigma, resulta fundamental considerar el concepto de crisis, dado que existen divergencias entre profesionales y servicios respecto a la definición de lo que constituye una crisis de salud mental y las formas de manejo más apropiadas. En este contexto, este ensayo teórico cualitativo analiza la atención a las crisis de salud mental en los servicios de atención psicossocial y otros puntos de atención dentro de la Red de Atención Psicossocial, guiados por la Política Nacional de Salud Mental de Brasil. Este ensayo teórico se sustenta en una argumentación coherente del autor sobre el fenómeno estudiado.

**Descriptores:** Crisis; Salud mental; Reforma Psiquiátrica; Atención Psicossocial; SUS; Territorio.

## Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), derivada das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira (RPB), encontra-se amparada pela Lei n.º 10.216 de 2001<sup>1</sup>, que garante proteção e direitos às pessoas com transtornos

mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, anteriormente médico psiquiátrico (modo asilar), manicomial, para um modelo de atenção psicossocial, pautado pelo cuidado em liberdade, centrado na pessoa e na garantia de seus direitos (Quadro 1).

**Quadro 1.** Modelos (modos) de atenção em saúde mental. Brasília, DF, Brasil, 2025

| Características     | Modelo médico psiquiátrico (modo asilar)                                                                                                                                  | Modelo de atenção psicossocial (modo psicossocial)                                                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto</b>       | Indivíduo doente – abstraído da família e da sociedade.                                                                                                                   | Pessoa vista em todas as suas dimensões – direito à voz. Aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais.                                                                |
| <b>Instrumentos</b> | Medicação – principal tratamento, doença. Atendimento médico-psiquiátrico. Remoção ou tamponamento de sintomas. Atendimento Piramidal ou vertical – do ápice para a base. | Atividades de trabalho, lazer, oficinas cooperativas de trabalho etc. Atendimento comunitário, equipe interdisciplinar. Atendimento horizontal, subvertendo o fazer piramidal ou vertical. |
| <b>Finalidades</b>  | Cura. Normalização.                                                                                                                                                       | Reinserção social. Autonomia.                                                                                                                                                              |

Fonte: Silva, 2022<sup>2</sup>. Estruturado a partir de Costa-Rosa, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. Coleção Loucura & Civilização. pp. 141-168.

Modelos com fundamentos e ações em sentidos opostos. E, com essa mudança de paradigma, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constituída por diversos dispositivos de cuidado, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando uma atenção integral dos usuários por meio de um cuidado de base comunitária e territorial<sup>3</sup>.

Assim, esse cuidado tem-se primado pela reinserção social, pelo protagonismo dos usuários, pelo vínculo e pelo trabalho em rede. Nessa lógica, pelo menos em termos legais, o usuário da saúde mental, anteriormente estigmatizado e excluído, voltou a ganhar visibilidade e "status" de humanidade.

*"O que se busca é consolidar um modelo de atenção à saúde mental diversificado, integrado, aberto e de base comunitária, cujas ações são organizadas em redes de cuidados territoriais e com atuação transversal com outras políticas específicas para o estabelecimento do vínculo e do acolhimento nos diversos espaços do território, como a própria UBS, a casa das pessoas, os espaços comunitários e as escolas"*<sup>4:40</sup>.

Em analogia aos demais agravos de saúde crônicos, o transtorno mental, assim como o uso problemático de álcool e outras drogas, apresenta sazonalmente episódios de crise. Segundo Dattilio et al.<sup>5</sup>, as crises acompanham a civilização desde a época em que os seres humanos começaram a habitar a terra e o termo geralmente evoca muitos eventos negativos da vida.

O conceito de crise, principalmente na atenção psicossocial e no que tange às emergências psiquiátricas, ainda perpassa por divergências de compreensão entre os diferentes profissionais, incluindo aqueles atuantes na saúde mental, refletindo na assistência desarticulada para o usuário nos diversos pontos e dispositivos de atenção à saúde. Isso porque, diferentemente das outras formas de adoecimento, os transtornos mentais percorrem um campo complexo que é a subjetividade humana, onde os protocolos disponíveis são insuficientes e culminam, muitas vezes, em desassistência em muitos serviços. Nesse processo, a RAPS de qualquer território necessita estar basicamente

constituída, em serviço e assistência multiprofissional qualificada, para amparar as emergências psiquiátricas que venham a surgir e propiciar ao usuário uma atenção à crise conforme preconizada pela atual PNSM em consonância com os seus múltiplos instrumentos legais<sup>3</sup>.

*"A construção dos consensos possíveis entre as lógicas da urgência e da crise evidencia a necessidade de superação do modelo biomédico, através da articulação de diferentes saberes e práticas e incorporação das múltiplas dimensões contidas nesses fenômenos. A formação e, sobretudo, os processos de educação permanente em saúde, para os trabalhadores que vivenciam o cuidado de situações de crise e urgência, apresentam-se como estratégicos para essa articulação e demandam esforços conjuntos e continuados dos diferentes níveis de gestão do sistema"*<sup>6:55</sup>.

Observa-se a utilização sinônima de crise, emergência e urgência psiquiátrica. Nessa conjuntura, este é um ensaio que visa à descrição e discussão da atenção à crise em saúde mental no contexto brasileiro partindo da premissa de que esse cuidado, conforme a atual PNSM, necessita prioritariamente ocorrer no território, amparado por recursos familiares e comunitários, e que essa assistência seja direcionada pela garantia de direitos, e não mais de exclusão deles.

Mas, para isso, fazem-se necessárias a descrição e a discussão sobre o que seja crise na saúde mental, atenção psicossocial, em âmbito nacional, para superar os desafios e construir caminhos para que o município, território de atuação das pesquisadoras deste trabalho, também se beneficie e ofereça uma assistência em saúde mental sustentada na perspectiva teórica com aplicação da realidade local/regional.

## Metodologia

Trata-se de um ensaio teórico sustentado por argumentação autoral e consistente acerca do fenômeno de estudo. O percurso metodológico fundamenta-se na descrição, discussão e análise lógica e dialética conceitual, na interlocução crítica entre a literatura sobre RPB, saúde mental e atenção psicossocial sobre o fenômeno da crise.



A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal científico com produção técnica e científica da América Latina e do Caribe, foi o principal recurso informacional utilizado para recuperar textos sobre o tema deste ensaio. Sua escolha oportunizou circunscrever as buscas para produções brasileiras. Os textos recuperados foram utilizados na redação deste ensaio, somados aos textos seminais da área de saúde mental e atenção psicossocial.

Para fins de organização da busca e recuperação dos textos, foi lançada mão da estratégia PIO<sup>7</sup>, em que o problema (P) corresponde ao conceito de crise na saúde mental; o interesse (I) refere-se à atenção à crise em saúde mental; e o desfecho (O) consiste na contribuição e no fortalecimento do debate para uma prática assistencial em saúde mental sustentada na perspectiva teórica com aplicação da realidade local/regional.

Os textos recuperados foram lidos dialogicamente, permitindo a descrição teórica, discussão e análise lógica conceitual do fenômeno estudado. A estrutura argumentativa caracterizou o cenário atual com estabelecimento de nexos causais e teóricos para explicar as dinâmicas do fenômeno estudado e analisar a atenção à crise em saúde mental nos serviços de atenção psicossocial e nos demais pontos de atenção da RAPS, norteado pela PNSM.

## Resultados e Discussão

### Trajetória Histórica do Olhar Sobre a Loucura

Segundo Fialho<sup>6</sup>, o conceito de Loucura e as diversas propostas de sua abordagem foram construídos histórica e socialmente ao longo de séculos, variando conforme o contexto temporal, social e cultural. O percurso histórico da loucura desde os seus primórdios até a promulgação da Lei da RPB é marcado por intensas lutas e movimentos de militância que atravessaram diferentes períodos históricos.

Nesse sentido, as crises sociais, como guerras, revoluções e os avanços do conhecimento científico na área da saúde, exerceram influências significativas para que essas transformações no campo da saúde mental pudessem emergir. Conforme afirmam Nunes et al.<sup>8</sup>, os antecedentes históricos evidenciam que a própria concepção da sociedade acerca da loucura tende a se transformar em períodos de crise.

Na antiguidade, acreditava-se que a doença mental era causada por fenômenos sobrenaturais como possessão e castigo divino. Segundo Melo e Veloso<sup>9:12</sup>, "[...] nem sempre esse fenômeno foi denominado de loucura. Antes do Século XV, era compreendido como possessão, e as pessoas consideradas 'loucas' circulavam pelas cidades revestidas de um caráter sagrado". Esses autores ressaltam que, neste período, a figura do louco nos centros urbanos era comum, e eles eram vistos como seres abençoados ou amaldiçoados pelos deuses.

Este cenário começou a mudar por volta do século XVI, quando a loucura passou a ser associada à desordem social. Já a partir do século XVII, intensificou-se o isolamento das pessoas consideradas insanas - "loucos", desempregados, mendigos e "vagabundos" - por meio da

internação dos chamados improdutivos, movidos pela crença de que tal prática os curaria a ponto de torná-los funcionais novamente. Porém, nos dois séculos seguintes, com o surgimento da psiquiatria como especialidade médica, o olhar sobre a loucura tem um novo paradigma, conforme mencionam Melo e Veloso<sup>9:153</sup>:

*"O Século XIX foi uma época marcada pelo surgimento do manicômio como um local voltado para tratar a alienação mental, como classificado por Pinel. Além do mais, com o advento das ciências naturais, o entendimento que pairava nessa época encontrou nas estruturas cerebrais a coerência para conceber a loucura como "doença mental".*

Para esses autores, nesta época, o internamento ganha uma legitimidade moral, terapêutica e epistemológica, através da percepção de controle das pessoas em crise psíquica. Segundo Fialho<sup>6</sup>, o século XX foi marcado pela expansão dos manicômios, que estavam cada vez mais abarrotados de pessoas em um período crítico pós-Segunda Guerra Mundial. Aqui, inicia-se muito gradualmente o olhar para essas pessoas como sujeitos de direitos, e os manicômios passaram a ser comparados a campos de concentração nazistas, trazendo incômodos sociais, em um contraponto com um grande número de jovens que havia sobrevivido à guerra com graves danos psíquicos. Tais situações emergiram a saúde mental enquanto campo fértil para o despontar de novos paradigmas no cenário mundial, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico e buscando transformações nos conceitos e nas formas de lidar com a loucura. Com isso, inicia-se, principalmente na Europa, um movimento chamado antipsiquiatria, que culminaria anos depois na RPB.

As manifestações da RPB iniciam-se a partir dos anos 1970. Este movimento esteve diretamente associado ao contexto político vivenciado pelo país, marcado pelo processo de redemocratização. Além disso, sofreu influência das transformações nas práticas de cuidado desenvolvidas na Europa, especialmente na Itália, bem como dos estudos de Basaglia e colaboradores. Boni et al.<sup>10:10,11</sup> afirmam que "[...] uma característica importante do movimento da luta antimanicomial no Brasil foi localizar a natureza violenta do modelo manicomial, com relação aos usuários e aos direitos humanos, e a sua impossibilidade de servir ao cuidado das pessoas com sofrimento psíquico". Impulsionado também pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o debate sobre a mudança no modelo de cuidado foi se fortalecendo progressivamente no cenário nacional.

Nos dias atuais, o olhar para a loucura é proposto por um arcabouço legal embasado nos princípios do cuidado em liberdade, com base territorial e com o suporte de uma rede de cuidado, propondo o fim dos manicômios como forma de cuidado na crise, possibilitando a extensão dos direitos dos usuários, visando à reconstrução da sua cidadania e à reinserção social. Nos últimos 20 anos, essa lei trouxe grandes avanços, com redução significativa no cuidado manicomial, ampliando a rede substitutiva de serviços de saúde mental e atenção psicossocial. Conforme afirmam Moreira e Kyrillos Neto<sup>11</sup>, este novo modelo tem como objetivo articular essa rede de atenção psicossocial



com vistas à inclusão social do usuário, facilitando seu vínculo com a família e a sociedade, através de tratamento ambulatorial e atividades de ressocialização, tendo o CAPS no centro desta rede como o principal articulador do cuidado.

Nesse sentido, é fundamental assinalar que o olhar direcionado à pessoa em sofrimento mental deve estar voltado ao reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direitos e deveres, protagonistas de sua própria história. Trata-se de um indivíduo que precisa ser cuidado em liberdade, em seu território, com dignidade e respeito aos seus direitos fundamentais. Nesta perspectiva, é importante uma reflexão acerca da atuação dos serviços substitutivos no âmbito da RAPS ante os eventos de crise em saúde mental em sua interlocução com o cuidado territorial e comunitário, conforme previsto nos instrumentos legais brasileiros, leis e portarias.

### Concepções de Crise em Disputa

Nos dias atuais, a definição de crise em saúde mental ainda se constitui em um campo de intensas disputas conceituais. Isso porque, para alguns autores, defensores do modelo biomédico, essa crise está diretamente associada aos sinais e sintomas de pessoas em desequilíbrios emocionais e em surtos. Consequentemente, essa visão impõe um viés de periculosidade à pessoa em crise. Em contrapartida, o modelo da atenção psicossocial propõe ruptura com essa lógica, compreendendo a crise como um momento de profunda subjetividade e uma oportunidade de reorganização da existência do sujeito em seu território, conforme pontua Amarante<sup>12:82,83</sup>:

*"A atenção à crise representa um dos aspectos mais difíceis e estratégicos. No modelo clássico da psiquiatria, entende-se crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. [...] Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. [...] enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social".*

Contudo, é preciso refletir sobre as significativas divergências teóricas e práticas em torno da atenção à crise em saúde mental e sobre como manejá-las nos serviços da RAPS e nos diversos pontos da rede intersetorial, onde ainda há uma tensão antagônica sobre a existência e/ou permanência, ou mesmo o consorciamento desses modelos de cuidado tão divergentes, que é o cuidado cativo e/ou o cuidado liberto, o manicômio e/ou o território, o biomédico e/ou o biopsicossocial. Essa dicotomia se traduz ainda como desafiadora e de resistência social e demanda arcabouço teórico e sentimento de humanidade para aquele que a faz.

*"[...] 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 à intensidade, frequência e gravidade de sintomas em uma correspondência histórica entre gravidade,*

Dessa forma, perceber que há diferentes crises nos seus diferentes paradigmas faz-se complexo, mas é fundamental para se produzir um cuidado biopsicossocial. Para Dias<sup>13:596</sup>, a "[...] 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".

Outro aspecto a ser ponderado é que a psiquiatria e o modelo biomédico ainda seguem marcando a assistência e a atenção à crise em saúde mental, mesmo em espaços de reabilitação psicossocial presentes nos dias atuais, cuja crise segue associada aos diversos diagnósticos e sinais e sintomas. Coutinho et al.<sup>14:2</sup> ressaltam que "nem sempre a equipe de saúde, os usuários e seus familiares estão de acordo sobre o que é crise e, tampouco, sobre as propostas de intervenção nesse momento específico".

Nesse contexto, o familiar chega ao serviço solicitando intervenção para um usuário em crise. No entanto, quando a equipe realiza o atendimento, identifica que ele está, na verdade, em sofrimento causado por um conflito familiar; ou então, a equipe atende e o médico não visualiza o indivíduo em crise. Além disso, há diversos encaminhamentos precoces das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para os CAPS visando à intervenção na crise, mas as equipes não identificam a urgência relatada inicialmente.

Esse desalinhamento entre serviços e diferentes profissionais na percepção dessa crise diz muito sobre o imbricamento da gestão e dos profissionais na qualificação sobre o tema, não como interesse pessoal, mas como forma de se apropriar de seu objeto de trabalho e no reflexo disso para uma assistência qualificada nos moldes do SUS. Não se espera que familiares e/ou cuidadores se apropriem com destreza do tema, mas que, definitivamente, as equipes e serviços que cuidam estejam minimamente aptos ao atendimento dessa condição. Porém, na prática, o que se tem observado são serviços da RAPS desapropriados da temática e sem o devido despojamento ético de suas projeções pessoais. Devido a isso, ainda prevalecem condutas antagônicas àquelas propostas na PNSM, como a liberdade ou isolamento para esses casos.

Enfatiza-se, ainda, que na crise em saúde mental, o desajustamento subjetivo do indivíduo não é resolvido apenas pela estabilização dos sinais e sintomas e não deve ocorrer apenas no âmbito dos CAPS, uma vez que a intervenção no cerne do sofrimento psíquico do indivíduo torna-se imperativa para um cuidado efetivo e integral. Portanto, a gestão da crise em saúde mental é um processo de negociação de sentidos. Para que o cuidado seja efetivo, é necessário alinhar o que cada parte entende por "crise" para evitar tanto a negligência quanto a medicalização desnecessária de problemas sociais ou familiares. Quer dizer, crise em saúde mental não é apenas um ato médico.

No entanto, essas disputas quanto ao manejo da crise em saúde mental têm levado a um elemento contraditório no que tange à centralidade no usuário. Se, por



um lado, essa crise no modelo biomédico centra o cuidado nos sinais, sintomas e na sua agudização, prevalecendo um diagnóstico frente à pessoa e a um potencial de risco e periculosidade, fazendo com que a assistência para esses casos seja relegada às diversas formas de contenções e às internações hospitalares; por outro lado, na atenção psicossocial é compreendida como um fenômeno complexo de ruptura derivado de questões biopsicossociais do indivíduo, cuja direção de cuidado implica o acolhimento, vínculo e Projeto Terapêutico Singular (PTS) em liberdade, objetivando evitar a cronificação da doença e da pessoa no momento em que ela se encontra.

Com isso, nessa luta de egos, o sujeito até então de direitos segue sendo excluído socialmente na percepção de que todos sabem o que é melhor para ele, menos ele próprio, e, assim, mais uma pessoa segue invisível socialmente e perde o *status* de cidadão. Torna-se, também nesse processo, para o usuário, uma luta por um cuidado em saúde digno como qualquer outro adoecimento, por autonomia, por espaços sociais, por aceitação e por liberdade, não só do corpo como também das escolhas, pela validação de como ele manifesta querer ser cuidado.

Nessa lógica, cabe refletir que é preciso ampliar e conciliar o cuidado subjetivo da pessoa com o cuidado objetivo de suas vidas, entendendo que as causas de uma crise psíquica envolvem as questões subjetivas atreladas às questões objetivas diárias, que podem ser interpretadas desde direitos básicos como alimentação, moradia e liberdade, até o provimento de espaços suficientes e adequados para seu atendimento de saúde mental e em como isso é absorvido pelas pessoas e transformado em sofrimento cotidiano. No entanto, é importante sinalizar que uma atenção à crise em saúde mental eficaz demanda a evolução de pensamento dos profissionais em seus respectivos serviços sobre a saúde mental enquanto política pública, que requer posturas complexas e criativas frente a essa atenção, e que isso se promoverá através de espaços contínuos e concretos de educação permanente que propicie o reordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase aqui na RAPS, a partir dos condicionantes territoriais de cada região, buscando o melhor manejo do caso, sobretudo quando houver uma rede substitutiva incompleta e com incongruências de intervenção, e a ampliação e fortalecimento da rede de cuidado, para superação do cuidado fragmentado dentro da RAPS, através do matriciamento e articulação dos casos entre os diferentes níveis da atenção em saúde que a pessoa percorra, como os CAPS, Hospitais Gerais e UBSs, que promova continuidade do cuidado e enseje a prevenção de futuras crises, com primazia aos casos reincidentes.

### Fragilidades da RAPS no Manejo da Crise

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme sua legislação, está organizado para que seu atendimento ocorra de forma regionalizada. Para tanto, essa política se estabelece dentro dos territórios através das redes de atenção, que têm por finalidade prover um cuidado integral no território de origem da pessoa, por meio da coordenação e direcionamento dessa assistência à saúde<sup>15</sup>. Atualmente,

as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS se encontram constituídas pelas Redes Aline, Atenção às Urgências e Emergências (RUE), RAPS, Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas<sup>16</sup>.

Nessa lógica de funcionamento, as redes cumprem a função de organização da atenção à saúde por segmentos, mas sua integração é fundamental para que o cuidado integral possa acontecer. Assim, entende-se que elas podem atuar de diferentes formas, onde algumas tendem a se aproximar mais da vida das pessoas, e outras nem tanto, e que é nos cenários mais complexos, como na crise em saúde mental, que se exige que essas redes, através de seus territórios, provenham de respostas igualmente complexas e criativas para os diferentes casos.

Com isso, um ponto a se relevar ante essa assistência à crise em saúde mental é o trabalho em rede. É fundamental que haja entendimento e consenso de que o nível de complexidade do trabalho em saúde mental existe e exige uma atuação compartilhada entre as diversas políticas públicas, uma vez que a ação exclusiva dos CAPS não é suficiente para realizar essa assistência com a qualidade que uma crise em saúde mental exige.

*“O pressuposto é que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado. Pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde e multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto, inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde”<sup>17-254</sup>.*

Contudo, o que se observa nas leis e portarias se contradiz com a prática pela execução de cuidados isolados, com equipes e serviços provendo assistências e respostas fragmentadas e desvinculadas de um trabalho em rede. Nessa lógica, Onocko-Campos et al.<sup>18</sup> corroboram que o subfinanciamento crônico e as fragilidades na gestão da RAPS acentuam as limitações estruturais dos serviços, dificultando a consolidação de um cuidado territorial que seja, de fato, resolutivo e integral.

Por sua vez, a valorização do profissional e das equipes, seja por meio de salários dignos, de qualificação e de espaços de cuidado para quem cuida, precisa ser um ponto-chave, uma vez que também potencializa as fragilidades dessa rede. É preciso dizer que ser cuidador no contexto da saúde mental perpassa muitos desafios e enfrentamentos pessoais dos profissionais. No cotidiano do trabalho, o servidor adoece e muitas vezes entra em sofrimento psíquico pela complexidade exigida por aquela assistência e, atuando diretamente nos serviços do SUS, nem sempre - assim como os usuários em crise - recebe atendimento ágil, e a falta de assistência direcionada para quem cuida nos seus momentos de adoecimento resulta em desassistência e preconceitos não apenas ao usuário da saúde mental, como também ao profissional cuidador.

Outro aspecto é a dicotomia que se traduz em diferentes arranjos de rede, mesmo dentro da RAPS, com modelo de cuidado descentralizado e territorial e outro por modelo centralizador e hospitalocêntrico de práticas



residuais. O primeiro, ideal para a atenção psicossocial, cuja visão de crise deve ser prioritariamente atendida nos serviços substitutivos de base territorial, como os CAPS, incluindo seus leitos de acolhimento (CAPS III), onde o cuidado se inicia e se mantém o máximo possível no território do usuário, com retaguarda hospitalar em Hospital Geral apenas para casos de necessidade extrema e por tempo breve, com o CAPS sendo o ordenador do cuidado, e esse sistema se autorregula por meio do PTS compartilhado e da articulação dos pontos da RAPS. Já no segundo modelo, observa-se uma dificuldade ou negação da capacidade dos serviços substitutivos (CAPS, APS) de manejar a crise, e esta é deslocada para a rede de urgência e emergência (Hospitais Gerais, serviços de emergência) ou mesmo para o hospital psiquiátrico (embora este deva ser progressivamente substituído), que se torna o principal local de atenção à crise. O sistema é regulado pela disponibilidade de leitos de internação, e o cuidado fica menos vinculado ao território.

*"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 crise. 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 protocolos. Já na abordagem psicossocial, prioriza-se a singularidade das intervenções a partir da avaliação de cada caso"*<sup>13:596</sup>.

Dessa forma, essas divergências teórico-práticas geram impactos na RAPS e na assistência, e se manifestam especialmente na gestão das crises, gerando conflitos entre o ideal e o realizado e se evidenciam na maneira como os serviços de saúde mental conduzem essas crises. A Portaria n.º 3.088/2011<sup>3</sup> determina que o papel ideal do CAPS é ser o ponto focal e coordenador do cuidado na crise, oferecendo suporte intensivo e acolhimento diurno, e noturno no caso do CAPS III, para se evitar a hospitalização. No entanto, a dificuldade em manter o cuidado 24 horas por dia, principalmente nos CAPS I e II, leva ao encaminhamento precoce para urgências e emergências, dificultando a estratégia de cuidado em rede e priorizando o socorro em vez da assistência psicossocial contínua.

Já na Atenção Primária à Saúde (APS), o ideal seria que este ponto de atenção fosse o primeiro a identificar precocemente o risco e iniciar o manejo no território, com apoio matricial da equipe de saúde mental do CAPS, conforme aponta Coutinho et al.<sup>14:5</sup>, em que o "[...] trabalho em rede, principalmente na interface com a atenção primária, emerge como fator extremamente significativo para a detecção da crise no território e para a construção de alternativas à internação psiquiátrica".

No entanto, historicamente, as equipes da APS têm enfrentado dificuldades para manejar pessoas com transtornos mentais, sobretudo durante a crise, resultando em encaminhamentos diretos e muitas vezes desnecessários para os serviços de urgência e para os CAPS e, com isso, sobrecarregando esses pontos da rede. Portanto, torna-se

fundamental que cada ponto dessa rede esteja organizado para intervenção diante das situações de crise.

*"O usuário em crise, mesmo encaminhado ao CAPS ou a qualquer ponto da rede de urgências, continua pertencendo à área de abrangência de uma determinada equipe da Estratégia de Saúde da Família, que é corresponsável por ele, precisando manter-se a par de seu estado enquanto está em outro serviço, ou assumir a parte que lhe cabe em seu tratamento após a alta"*<sup>6:38</sup>.

Na RUE, por sua vez, é essencial que esta ofereça retaguarda clínica e psiquiátrica qualificada em leitos de saúde mental através dos Hospitais Gerais, com internações breves e necessárias, com foco na estabilização e no rápido encaminhamento/retorno aos serviços territoriais. Contudo, a escassez de leitos e de equipes qualificadas, somada à pressão da família, dos usuários e dos próprios profissionais por um rápido encaminhamento do usuário em crise, contribui com a repetição de práticas asilares, o que desorganiza ainda mais o cuidado territorial e o vínculo com quem cuida - familiares e profissionais - e com os serviços que os recebem.

Em suma, a principal divergência teórica é entre a crise como oportunidade de transformação (abordagem psicossocial) versus a crise como perigo a ser contido e isolado (abordagem asilar/biomédica). Essa disputa se manifesta na prática como um desafio constante para garantir que a atenção descentralizada e comunitária se sobreponha à tendência de centralização do cuidado nos hospitais e nas emergências.

Entende-se, portanto, como um dos principais desafios fazer a RAPS funcionar e promover atenção psicossocial nos diferentes territórios e nos diferentes pontos dessa rede no momento de crise, pois é justamente neste momento em que a rede tende a apresentar suas fragilidades e também apresentar suas "crises" nessa atenção. No entanto, é importante que o SUS ofereça tanto equipamentos quanto uma assistência qualificada que resulte em agilidade e efetividade no cuidado das pessoas em crise psíquica, uma vez que a desassistência ou uma assistência ineficiente acarreta o agravamento do quadro e, conseqüentemente, mais transtornos à pessoa doente e àqueles que a cuidam. A controvérsia disso gera fragilidade e fragmentação da rede de cuidado e, conseqüentemente, múltiplos questionamentos e dúvidas acerca do modelo hospitalocêntrico em detrimento da eficiência da atenção psicossocial.

Dada a situação, a existência de espaços de educação permanente dentro dos serviços de saúde, não apenas para os especializados em saúde mental, a supervisão clínico-institucional e o apoio matricial para a RAS e RUE são estratégias possíveis e necessárias para minimizar os impactos que os diferentes entendimentos sobre crise em saúde mental têm causado e, com isso, tentar reverberar na atenção às pessoas em crise também nos diferentes territórios e pontos dessa rede.

O fragmento textual em análise evidencia a coexistência de paradigmas antagônicos no interior da RAPS, revelando que a transição do modelo asilar para o psicossocial não é um processo linear, mas uma disputa



continua de arranjos assistenciais. De um lado, apresenta-se o modelo territorial e descentralizado, alinhado aos princípios da RPB, no qual o CAPS - em especial o CAPS III - assume o papel de ordenador da rede. Nesse arranjo, a crise é compreendida como um fenômeno a ser manejado na comunidade, utilizando o PTS como ferramenta de integração e o hospital geral como retaguarda pontual. A eficácia deste modelo reside na manutenção dos laços sociais e na subjetividade do sujeito, garantindo que o cuidado não se desvincule do território de existência do usuário.

Em contrapartida, o texto alerta para a persistência de um modelo hospitalocêntrico e centralizador, que emerge da dificuldade ou da negação da capacidade resolutive dos serviços substitutivos e da APS em situações de crise. Esta lógica residual desloca o foco da atenção à crise para a RUE e para o hospital psiquiátrico, reeditando práticas que privilegiam a internação em detrimento da inserção social. Sob esta perspectiva, a regulação do sistema deixa de ser pautada pelas necessidades clínicas e sociais do sujeito e passa a ser ditada pela disponibilidade de leitos, o que resulta em um cuidado fragmentado e desterritorializado. Portanto, esta análise sugere que o fortalecimento da RAPS depende da superação dessa dicotomia, exigindo que os serviços de base comunitária reafirmem sua competência técnica e política no manejo da crise para evitar o retrocesso à lógica da exclusão.

### Estratégias Para o Cuidado Territorial

A atenção psicossocial voltada à crise deve romper com a lógica fragmentada do modelo biomédico, deslocando o foco dos sintomas para a integralidade do sujeito e a garantia dos seus direitos. Historicamente, a pessoa em crise enfrentou a invisibilidade e a perda de subjetividade sob o pretexto do cuidado. No contexto da RPB e da PNSM, as estratégias territoriais surgem como ferramentas essenciais para garantir um atendimento humanizado, que reconheça a vulnerabilidade do indivíduo sem destituí-lo de sua cidadania.

Com isso, contrapor essa lógica de cuidado demanda escuta da pessoa em sua subjetividade, validação de sua fala e interesses, estabelecimento de vínculo, construção de um cuidado integrado no território com suporte no estabelecimento de um autoconhecimento que permita o desenvolvimento de autocuidado e autonomia como uma alternativa de prevenção à crise e de protagonismo ante as escolhas que atravessarão sua vida e seu cuidado.

Tendo a crise diversos níveis de intensidade, o vínculo se apresenta como uma das principais estratégias para se executar um cuidado da pessoa para além da doença. Ela surge no serviço como reflexo das relações sociais e produtivas, e precisa ser visualizada também como consequência de uma organização social adoeceadora atrelada aos recursos emocionais dos indivíduos em seus diversos contextos de vida, expressando-se em uma crise individual e singular derivada e reproduzida em consequência a uma crise coletiva. Boni et al.<sup>10:11</sup> retratam bem em seu estudo, destacando o papel do manicômio

dentro de uma sociedade, quando afirmam que "[...] o manicômio se apresenta como resposta às expressões das contradições sociais produzidas pelas relações capitalistas. Resposta que, como se sabe, reitera e reproduz processos de opressão e violência, agravando o sofrimento psíquico".

Nas condições de crise em saúde, com destaque na saúde mental, é fundamental que os serviços se organizem com centralidade no usuário, que estejam organizados a partir de suas necessidades, prioridades e de seus projetos de vida, com envolvimento de seus familiares e seus cuidadores. Nisso, a efetividade no cuidado ocorrerá quando essas características se sobrepuserem às inquietações dos profissionais, da gestão e dos serviços. Não se faz atenção psicossocial e cuidado integral, conforme preconizam a RPB, a PNSM e o SUS, sem destinar a atenção ao usuário enquanto pessoa de direito e de singularidade.

Nessa conjuntura, a definição do papel das instituições na atenção à crise em saúde mental de forma teórica, ética e técnica tem em muitas condutas se apresentado falha e frágil, e isso tem direcionado o cuidado e moldado os diferentes profissionais e serviços que compõem não apenas a RAPS, que atua diretamente com usuários da saúde mental, o que se reproduz também nos diferentes profissionais e serviços da rede intersetorial.

Frente a esta atenção, a construção de um plano de cuidado antes, durante e depois da crise é uma ferramenta que ganha relevância. O PTS, bem como um Plano de Crise, são ferramentas úteis que vêm sendo utilizadas nos CAPS. Nesse entremeio, realizar avaliações de risco é importante, pois direciona o manejo do usuário nesses eventos, visando reduzir a desburocratização e evitar barreiras de acesso dos usuários nos diferentes serviços e principalmente nos momentos de instabilidade pessoal causada pela crise. Nesse entendimento, Merhy et al.<sup>19:82</sup> sinalizam que:

*"[...] um projeto terapêutico nunca está pronto, acabado, mas é dinâmico e está sempre em construção e avaliação permanente. [...] Se alguma proposta não deu certo, se o cuidado não aconteceu, vale a pena discutir novamente se o PTS como está faz sentido e para quem faz sentido e se os modos de fazê-lo avançar não poderiam ser outros. E mudar de direção".*

Frequentemente, profissionais se frustram com a descontinuidade do plano pelo usuário por não compreenderem essa dinamicidade intrínseca à singularidade de cada indivíduo. Ao insistirem em intervenções de longo prazo quando o contexto permite apenas o curto prazo, acabam, equivocadamente, culpabilizando o sujeito pelo insucesso do PTS.

É importante pontuar que a territorialização do cuidado deve prevalecer para que ocorra uma atenção psicossocial. Assim, essa atenção precisa se iniciar, preferencialmente, no território, no domicílio e na rua, e não apenas em ambientes hospitalares, ou somente dentro dos CAPS, conforme pontua Lancetti<sup>20:46</sup>, em que "[...] um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmos e sua pouca abertura para o território". De tal modo, dentro de qualquer ponto da rede deve ser priorizada a promoção do cuidado em liberdade e a reinserção comunitária.



Necessita ainda, nesse processo, prover acolhimento e vínculo, enquanto tecnologias leves de cuidado essenciais para o manejo da crise e a construção de PTS que seja centrado no indivíduo. Segundo Merhy et al.<sup>19:42</sup>, "[...] estamos usando centralmente as tecnologias leves quando nos aproximamos da 'singularidade' do sujeito de quem estou cuidando". Em suma, a promoção do cuidado em saúde mental deve se enraizar em todo o território, demandando uma abordagem intersectorial e comunitária, garantindo a integralidade e acessibilidade a todos os usuários.

*"[...] se apostarmos numa clínica que acolhe, forma vínculo e acompanha o seguimento do cuidado ao usuário, ela precisa de projetos terapêuticos que assegurem o atendimento às necessidades do usuário, ou melhor, que expressem também a presença do saber do outro sobre si, e não apenas o nosso saber profissional. Neste sentido teríamos uma gestão da clínica compartilhada entre o profissional de saúde e o usuário-cidadão"*<sup>19:26</sup>.

Nesse sentido, o cuidado integral requer o envolvimento de diferentes categorias de profissionais e de diferentes políticas públicas, cujos conhecimentos teórico-metodológicos e práticos precisam estar alinhados aos preceitos da RPB, para que uma atenção psicossocial inter e transdisciplinar possa se manifestar e favorecer a expansão da oferta de um cuidado em liberdade, comunitário e vinculado às necessidades individuais e coletivas dessas pessoas e que esteja em constante avanço contra o modelo biomédico.

### Considerações Finais

Evidencia-se, portanto, que após mais de duas décadas de RPB, as RAPS e as diferentes redes do SUS ainda têm atuado de forma fragmentada e incompleta. Carece de integração entre os serviços e profissionais na assistência às situações de crise, e principalmente na continuidade do cuidado dessas pessoas no pós-crise de forma preventiva, sendo este aspecto, além da crise, um dos principais desafios contemporâneos para quem atua na saúde mental e na atenção psicossocial, buscando prover um cuidado que reflita a crise anterior e permita estabelecer estratégias de prevenção de crises futuras. Percebe-se que as instituições de forma isolada têm tentado dar resposta rápida para os eventos de crise, mas têm sido ineficazes nas intervenções nos períodos de estabilidade do usuário.

Entende-se, portanto, que no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, um dos principais desafios contemporâneos é a operacionalização efetiva da RAPS nos territórios, de modo que os pontos de atenção atuem de forma integrada no momento da crise. É justamente na agudização do sofrimento que a rede tende a expor suas

fragilidades estruturais e conceituais. Contudo, as dificuldades dos serviços estendem-se também aos períodos de estabilidade do usuário. Frequentemente, observa-se um "afrouxamento" do acompanhamento quando os sintomas agudos regredem, resultando em uma assistência puramente reativa. A rede, muitas vezes pautada pela lógica da urgência, encontra dificuldades em sustentar o cuidado continuado e preventivo no território, o que pode levar ao esvaziamento do suporte social e à descontinuidade de projetos terapêuticos, precipitando, invariavelmente, novos episódios de crise.

Atrelado a isso, a precariedade do Estado na ampliação dos recursos, financiamentos e investimentos na política pública de saúde mental, tanto em serviços quanto em equipes, bem como na rede que a compõe, como também nas demais políticas públicas, como Assistência Social, Educação, Cultura, Esporte e Lazer, cuja ampliação não seria para extensão da assistência em saúde, mas no intuito de qualificar e ampliar essa assistência para as pessoas em suas diversas esferas da vida, uma vez que essas áreas também têm potencial de promoção de saúde e de qualidade de vida, e que por sua vez refletem na saúde mental das pessoas e consequentemente nos serviços de saúde, especificamente os especializados em saúde mental.

Portanto, este ensaio demonstrou que a eficácia do cuidado em rede na saúde mental depende, fundamentalmente, da superação da visão biomédica de crise e da consolidação de práticas territoriais. Frisando que a RPB é um processo contínuo e que a "crise" não deve ser vista como um problema a ser encerrado, mas como um momento de vida que exige uma rede acolhedora e não repressiva. Cada crise é singular, até mesmo para o próprio usuário, e, com isso, esse olhar direcionará o cuidado destinado à pessoa. Assim, novos estudos práticos sobre a implementação dessas redes são necessários, bem como discussões contínuas sobre as intervenções efetivas da crise enquanto uma importante e relevante questão da saúde mental.

Conclui-se que o fortalecimento da educação permanente nos serviços tem papel fundamental na dissolução dos conflitos teórico-práticos frente à assistência do usuário na crise em saúde mental, quando permitirá desmistificar o usuário com transtorno mental e sua crise, a periculosidade dessa pessoa, qualificar as equipes e serviços para atendimento dessa demanda no território e em rede, uma vez que os serviços e essas redes são formados por pessoas, pessoas acolhendo e pessoas sendo acolhidas nas suas particularidades. Dessa forma, fortalecer e qualificar as pessoas que acolhem resultará em uma rede forte e qualificada para o cuidado das pessoas em sofrimento mental e em crise.

### Referências

1. 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 da União. 9 abr 2001; Seção 1:2.
2. Silva BP. Supervisão clínico institucional como ferramenta educação permanente em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial II [projeto de extensão]. Cruzeiro do Sul (AC): Universidade Federal do Acre (UFAC); 2023.



3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
5. Dattilio FM, Shapiro DI, Grenaway DS. Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2025.
6. Fialho MB. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. p. 25-42.
7. Polit DF, Beck CT. Como formular questões clínicas bem-elaboradas. In: Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 78-95.
8. Nunes MO, Lima Junior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Cienc Saude Colet. 2019;24(12):4481-90. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25212019>
9. Melo PL, Veloso TMG. O sofrimento psíquico em relatos de usuários de saúde mental. Rev Polis Psique. 2022;12(3):151-72. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.126648>
10. Boni DD, Gomes RM, Bellenzani R. A cronicidade em saúde mental: um olhar sobre a produção científica brasileira. Rev Saude Publica. 2025;49(144):e8983. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025049008983>
11. Moreira LR, Kyrillos Neto F. Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. Rev Psicol. 2017;8(2):110-8. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.72914>
12. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
13. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADS. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Cienc Saude Colet. 2020;25(2):595-602. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10712018>
14. Coutinho MFC, et al. O percurso pela atenção à crise em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Saude Soc. 2024;33(1):e220893pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220893pt>
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:1.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Quinderê PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis. 2014;24(1):253-71. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
18. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad Saude Publica. 2019;35(11):e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
19. Merhy EE, Junior HS, Franco TB. Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022.
20. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008. (Coleção Cartografias; v. 3).

