

ARTIGO ORIGINAL

## O CUIDADO NA CRISE PSÍQUICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 À LUZ DA NECROPOLÍTICA\*

### PSYCHIC CRISIS CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE LIGHT OF NECROPOLITICS\*

#### HIGHLIGHTS

1. A Covid-19 agravou a negação de atendimento à crise.
2. Escassez de serviços afeta atendimento; CAPS direciona casos para SAMU.
3. CAPS não atende pessoas em crise, especialmente na pandemia.

Carla Gabriela Wünsch<sup>1</sup> 

Luciane Prado Kantorski<sup>2</sup> 

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze care in severe psychic crises from the perspective of health professionals, people, and family members during the COVID-19 pandemic. **Method:** a multiple-case study, carried out with eight health professionals, six people in a crisis, and seven family members, monitored for three months, from October 2021 to June 2022, in a Brazilian capital. The data was analyzed using content analysis and the theoretical framework of necropolitics. **Results:** three categories emerged: "Scrapping the Psychosocial Care Network," "Outpatient Psychosocial Care Centre," and "Attending to the psychic crisis in the pandemic." This confirms a necropolitics that cuts across the field of mental health and affects vulnerable people, and the debate on funding and race is urgent. **Conclusion:** The lack of specialized mental health services, coupled with outpatient mental health services that began before the pandemic, has worsened crisis care.

**KEYWORDS:** Crisis Intervention; Pandemics; Covid-19; Black or African American; Health Services.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Wünsch CG, Kantorski LP. Psychic crisis care during the COVID-19 pandemic in the light of necropolitics. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96041>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 impactou a saúde mental globalmente, especialmente para aqueles com sofrimento mental pré-existente. Os efeitos imediatos do vírus na saúde, o isolamento e o medo da infecção, morte e perda de familiares, são fatores de risco para a pessoa em sofrimento mental grave<sup>1-2</sup>. Além disso, a diminuição e fechamento de serviços de saúde mental, já ocorrendo antes da pandemia, afetou ainda mais essa população<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2020 um documento com ações para lidar com o sofrimento mental durante e após a pandemia, incluindo a garantia de atendimento presencial ininterrupto para condições graves de saúde mental<sup>3</sup>. Uma revisão sistemática e meta-análise indicou que pessoas com transtornos mentais pré-existentes correm maior risco de agravamento da Covid-19<sup>4</sup>. Além disso, estudo também revelou que a pandemia levou a um aumento nas internações hospitalares relacionadas à psicose na França, com mais pessoas enfrentando novas crises psíquicas graves em unidades de saúde especializadas<sup>5</sup>.

A crise psíquica grave é conceituada como momentos de evocação e expressão que promovem a resignificação pessoal. Durante esses períodos, o Eu se torna difuso ou perdido, com alterações nos sentimentos, comportamentos e percepção sensorial. Isso pode resultar em rupturas na percepção da realidade e afetar as relações familiares e sociais. Entretanto, esses momentos também oferecem oportunidades de transformação, proporcionando novos significados para a pessoa<sup>6</sup>.

No entanto, as possibilidades de cuidado dessas pessoas foram impactadas durante a pandemia e agravadas pela necropolítica do Estado<sup>7</sup>. A necropolítica se refere à maneira como as políticas e práticas governamentais afetam diretamente a vida e a morte das pessoas em contextos de saúde pública. E, como políticas podem promover a morte ou negligenciar a preservação da vida<sup>8</sup>, especialmente em grupos vulneráveis, como as pessoas em crise psíquica.

Na saúde mental, a necropolítica pode se manifestar de diversas formas, com alterações na Rede de Atenção Psicossocial, por meio de Portarias, Resoluções e Nota técnica, favorecendo o aumento do apoio à internação psiquiátrica representando a antítese do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, a estagnação no ritmo de implementação de serviços comunitários ficou evidente e foi cientificamente contestada<sup>9</sup>.

Isso representa a contrarreforma psiquiátrica em curso no país, iniciada antes da pandemia da Covid-19, excluindo e oprimindo grupos vulneráveis. A política de saúde mental, álcool e outras drogas no contexto brasileiro também é afetada por interesses econômicos e políticos, desmontando o que foi conquistado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>2</sup>, resultando em segregação e discriminação.

Assim, durante a pandemia da Covid-19, apesar dos esforços para adaptar a atenção à saúde mental no Brasil<sup>10-12</sup> são necessárias pesquisas sobre o atendimento à crise psíquica durante este período que possam contribuir para uma compreensão abrangente das complexidades envolvidas na atenção à saúde mental durante a pandemia; bem como para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de intervenção e políticas públicas voltadas para essa área. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar o cuidado na crise psíquica grave na perspectiva de profissionais da saúde, pessoas e familiares durante a pandemia da Covid-19.

## MÉTODO

Numa pesquisa qualitativa de múltiplos casos, foram selecionados dois casos: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em uma capital da Região Centro-Oeste do Brasil. Os dois serviços são campos de aulas práticas e recebem um número expressivo de atendimento à crise. As situações relacionadas às crises foram selecionadas por conveniência, à medida que iam sendo acolhidas durante a permanência da pesquisadora no local.

No entanto, as possibilidades de cuidado dessas pessoas foram impactadas durante a pandemia e agravadas pela necropolítica do Estado<sup>7</sup>. A necropolítica se refere à maneira como as políticas e práticas governamentais afetam diretamente a vida e a morte das pessoas em contextos de saúde pública. E, como políticas podem promover a morte ou negligenciar a preservação da vida<sup>8</sup>, especialmente em grupos vulneráveis, como as pessoas em crise psíquica.

Os critérios de inclusão foram pessoas em crises psicóticas intensas ou recentes, com alucinações e/ou delírios, possuir moradia fixa e convivência familiar. Utilizou-se um protocolo para a condução da coleta de dados e do acompanhamento das situações de crise. O protocolo é essencial em pesquisas de casos múltiplos. Trata-se de um documento que contém os instrumentos, procedimentos e regras gerais seguidas durante a coleta de dados, aumentando a confiabilidade da investigação<sup>13</sup>.

Para a pessoa em crise e seus familiares, foi utilizada a entrevista discursiva sobre a experiência da crise em saúde mental. Já para os profissionais, um instrumento semiestruturado foi construído com perguntas sobre o atendimento da crise, fluxos e processos de trabalho antes e durante a pandemia. Desta forma, seis situações de crises foram acompanhadas e a coleta de dados ocorreu entre outubro de 2021 e junho de 2022, usando entrevistas com profissionais que atenderam às situações de crise, com as pessoas em crise e familiares, além de notas de campo e prontuários. Foram conduzidas exclusivamente pela doutoranda com experiência em pesquisa e em atenção à crise.

O acompanhamento de cada caso durou três meses, com uma entrevista presencial nos serviços de saúde, duas visitas domiciliares e contatos telefônicos quinzenais, totalizando ao menos cinco interações. Esse período permitiu observar possíveis mudanças nas situações de crise e identificar novas necessidades. No total, três pessoas em crise, três familiares e quatro profissionais do CAPS (uma enfermeira, dois psicólogos e um assistente social) foram entrevistados e acompanhados; e, na UPA, três situações de crise, quatro familiares e quatro profissionais (duas enfermeiras, uma médica e um assistente social). Em ambos os serviços, os profissionais entrevistados foram aqueles envolvidos nos atendimentos destas famílias.-

As entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes, com duração média de noventa minutos. Notas de campo e coleta de dados em prontuários foram realizados nos serviços de saúde, seguindo um roteiro criado pela pesquisadora. Os áudios e registros foram organizados no programa MAXQDA-Analytics Pro 2022.

As categorias foram criadas por análise de conteúdo<sup>14</sup>. Na pré-análise, os dados foram organizados e separados por caso estudado (CAPS e UPA). Durante a exploração, as palavras foram classificadas e agrupadas, resultando em 123 fragmentos: ambulatorização do CAPS (17), sucateamento (63) e Covid-19 (46). Após nova leitura, quatro fragmentos foram descartados, resultando em três categorias analíticas: sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial (57), ambulatorização do CAPS (17) e atendimento da crise durante a pandemia (45).

As categorias analíticas foram discutidas com base no marco teórico de *Achille Mbembe* sobre a necropolítica, considerando que, durante a pandemia, as estratégias de saúde mental podem refletir no cuidado, impactando desproporcionalmente na vida de pessoas já vulneráveis e ressoando com o conceito de morte dos corpos de Mbembe<sup>8</sup>.

Foi utilizada a ferramenta de visualização do programa, a qual permitiu evidenciar as ligações entre as categorias de forma compreensível por meio do mapa de frequência na Figura 1. O programa utilizou os documentos iniciais e evidenciou a relação entre as categorias de forma automática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 5.057.047 em 2021. As informações foram codificadas para preservar o sigilo, identificando os profissionais e serviços (Profissional 1 - UPA, Profissional 1 — CAPS) e as situações de crise acompanhadas (Familiar - situação de crise 1, Familiar — situação 2), além dos registros de prontuário (RP) e notas do pesquisador (NP).

## RESULTADOS

### Sucateamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial

Durante as entrevistas realizadas, ficou evidente que a saúde mental do município está em situação precária, com relatos de falta de medicamentos e ausência de serviços essenciais na rede de atendimento. Essa situação tem um impacto significativo na RAPS, que se mostra fragilizada diante do sucateamento da saúde mental, favorecendo a internação em hospital psiquiátrico.

(sobre os serviços insuficientes na RAPS) *Eu acho que são os CAPS mesmo, porque esses pacientes quando chegam aqui para nós, já chegam em crise porque às vezes não tiveram um acompanhamento adequado em nível ambulatorial (...) seja realmente por não ter a unidade, seja por não ter a medicação para ele, seja por não ter um desfecho de atendimento.* (Profissional 1 – UPA)

*Está faltando o CAPS 3 abrir. Esses pacientes que vêm para cá, que às vezes até acabam indo para o hospital psiquiátrico, se houvesse o CAPS 3, a gente poderia leva-la para lá, para um que funcionasse 24 horas, nem precisaríamos mandar esses pacientes para o hospital psiquiátrico. Precisa, precisa é para ontem.* (Profissional 5 – CAPS)

Além da necessidade do CAPS III, inexistente na capital, permanece a preocupação dos profissionais em relação à quantidade de pessoas atendidas no CAPS, que, segundo eles, não deveriam permanecer no serviço.

*Ao chegar ao CAPS, os profissionais relataram que durante a fase mais difícil da Covid-19, os atendimentos ocorreram por meio de escala de trabalho, suspendendo os atendimentos durante quinze dias e depois limitando os números de atendimento de novos casos por dia. Neste momento da coleta, os atendimentos são realizados de forma individual o que parece contribuir para a sobrecarga do profissional.* (NP)

Outro fator diz respeito ao componente logístico da RAPS, sucateado em muitos sentidos e gera descontinuidade do acompanhamento. Não há informatização dos prontuários no CAPS, faltam pastas e um local adequado para eles serem armazenados. Outra problemática apontada é a falta de carro na unidade para realizar os atendimentos domiciliares, busca ativa, matriciamento, dentre outros, limitando os profissionais ao uso do telefone fixo.

*Vamos supor que daqui a seis meses elas recebam alta e novamente tenham uma crise; elas virão aqui, em nosso prontuário, estará registrado o passado delas, mas agora, não se sabe o que aconteceu nesses seis meses, que acompanhamento ela teve.* (Profissional 1 – UPA)

*As atividades em grupos e visitas domiciliares foram suspensas e até a finalização da coleta, neste serviço, estas não tinham sido retomadas. Utilizava-se um telefone fixo para as buscas ativas. A indisponibilidade de carro para a realização de matriciamento e visitas domiciliares ocorre antes mesmo da pandemia. Antes, os profissionais precisavam agendar com o veículo da prefeitura, agora isso não é mais possível.* (NP)

Foi possível identificar que a estrutura física do CAPS se encontra sucateada. As instalações são antigas, por vezes insalubres, no caso do único banheiro disponível para os profissionais, sem salas específicas para aplicação de medicamentos e estoques de equipamentos e medicamentos. Faltam insumos básicos para o cuidado.

*Um ventilador de teto caiu em cima da mesa do refeitório, foi um susto para todos que estavam no CAPS. Existem diversos bancos quebrados que estão no local; o banheiro dos profissionais é insalubre, não há sabão para a lavagem das mãos.* (NP)

*Em relação ao paciente, nós geralmente o arrumamos aqui na maca. Nós arrumamos, nem lençol a gente tem. Colocamos um TNT, às vezes forra ali, deitamos ali o paciente até ele estabilizar. Agora se for tarde já, aí providenciamos para o paciente ir para casa, com a família, com a mãe.* (Profissional 5 – CAPS)

Na UPA, as falas dos profissionais remetem ao descaso da gestão municipal para com as pessoas em sofrimento mental. A falta de leitos de observação e profissionais para o atendimento da crise são pontuados por eles.

*Antes, nossa briga interna eram os leitos de estabilização porque tínhamos o visitador, agora nossa briga é: às vezes tenho leito de estabilização e não temos a psiquiatria para passar.* (Profissional 3 – UPA)

*Como te falei, só tem psicóloga durante o dia, só temos assistentes sociais durante o dia, seria interessante tê-las o período integral também na unidade. Profissionais realmente especialistas também em Saúde Mental.* (Profissional 1 – UPA)

Este descaso também se apresenta em relação aos vínculos empregatícios dos profissionais da saúde, uma vez que, devido ao tipo de vínculo, o contrato precisa ser renovado ao final de cada dois anos, gerando um sentimento de insegurança para eles.

*Essa semana presenciei as falas de profissionais conversando sobre a insegurança no trabalho devido ao tipo de vínculo empregatício, uma vez que a cada final de ano os contratos são continuados ou não. O que me faz refletir que, dos oito profissionais entrevistados, apenas um é concursado.* (NP)

*Meu vínculo com a prefeitura é de contrato. Agora, no final do ano, dia 31 de dezembro de 2021, o meu contrato encerra. Pode ser renovado ou não. A gente fica naquela insegurança. (Profissional 1 – CAPS)*

## **A lógica ambulatorial do CAPS**

As declarações mostram que, antes da pandemia de Covid-19, o CAPS enfrentava problemas como enfoque ambulatorial no atendimento, horários de trabalho irregulares, falta de discussões de casos e visitas domiciliares, além de ausência de supervisão institucional. Também havia dificuldade de acesso ao profissional médico e falta de Projetos Terapêuticos Singulares.

*As pessoas pensam que o CAPS é um ambulatório, embora funcione como ambulatório. Isso porque não temos supervisão (supervisão institucional) e um estudo de caso com toda a equipe; os horários de trabalho são fragmentados; algumas pessoas fazem oito horas e outras, seis horas. (Profissional 2 – CAPS).*

*Ouçõ uma profissional comentar com outra que é necessário desambulatorizar o CAPS, por ser como se ele tivesse sofrido um processo de ambulatorização. Esse fato me parece condizente com os prontuários, uma vez que não encontrei nenhum PTS nos registros, mesmo antes da pandemia. (NP)*

*Você observa no corredor [profissional médico]. É uma coisa que deveria ser mais natural. É um médico e a gente é profissional igual a ele, no CAPS. Era para ser uma troca. Igual à troca com os outros profissionais, uma troca. O médico também deveria ser assim, de encontrar e discutir. (Profissional 1 – CAPS)*

Essa fragmentação do cuidado é também observada nos prontuários. Os profissionais se detêm a registrar histórias (às vezes o mesmo acontecimento com relatos de profissionais diferentes), alterações das funções mentais, descrição do comportamento no momento da consulta, ligações realizadas e dispensação de receituário médico por membro da equipe.

*23/07/2021 – A avó, a senhora Flor, ligou para o CAPS solicitando receita. 30/07/2021 — A tia retirou a receita. (RP)*

*22/11/2021 – O paciente compareceu em seu atendimento sozinho, apresentando comportamento estável no momento, porém percebe-se um diálogo um pouco logorreico. Relatou que está há 15 dias sem suas medicações. Foram entregues receitas de risperidona 2 mg e escitalopram (RP)*

Os profissionais revezam os atendimentos individuais entre si, no entanto, não se percebe uma continuação de ações com intervenções e metas específicas, e muito menos, a construção do PTS, indispensável nas situações de crises psíquicas graves. Na observação acima, percebe-se que a discussão de caso não conta com a presença de toda a equipe e seu principal foco é o medicamento.

## **O atendimento da crise psíquica grave**

As três situações de crises acompanhadas no CAPS foram de dois homens e uma mulher. Todos eles acessaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a

UPA nas suas primeiras crises psíquicas, encaminhados posteriormente ao CAPS. O rapaz de 19 anos iniciou o acompanhamento no serviço de saúde mental em 2021, com então 18 anos. Negro, morador de um bairro de classe média baixa, reside com a mãe, o padrasto e três irmãos. O outro jovem, com 23 anos, começou a frequentar o CAPS em 2020, com 21 anos. Negro, reside com a avó, também em bairro de classe média baixa, e permaneceu internado em hospital psiquiátrico por cerca de dois meses. A mulher, 29 anos, parda, começou a ser atendida pela equipe no momento da coleta de dados da pesquisa em 2021, em sua primeira crise psíquica, e reside com sua companheira e enteado.

As três situações de crises encontradas na UPA foram de duas mulheres e um homem. A primeira mulher, 32 anos, parda, reside com a mãe, o filho e duas irmãs. Iniciou os sintomas há cerca de quatro anos, mas que se intensificaram nos últimos dois. A segunda jovem, 23 anos, negra, iniciou os sintomas com 19 anos e reside atualmente com a irmã, mas já esteve em situação de rua. O rapaz, 31 anos, branco, reside sozinho com suporte da ex-madrasta e do pai. Na ocasião, todas as situações foram encaminhadas para a internação no hospital psiquiátrico.

As condutas adotadas pela equipe, antes mesmo da pandemia, para os casos de situações de crises que levam a um comportamento mais desorganizado, eram a ligação para a central do SAMU e/ou o encaminhamento da pessoa para a UPA. Quando entravam em contato com o SAMU, eram questionados acerca da ocorrência de comportamentos agressivos, a fim de que, nesses casos, a Polícia Militar pudesse ser acionada.

*Depois que começou a pandemia, ficou mais difícil porque o SAMU não leva mais. Antes da pandemia, até era um pouco difícil essa questão de SAMU, mas assim piorou porque eles não tinham para onde levar naquele momento. Chamava-se o SAMU, eles medicavam na hora, e a pessoa ficava em casa, ou às vezes medicava até aqui no CAPS. (Profissional 4 – CAPS)*

As condutas como medicar e ir embora e o fato de a própria família ter que levar a pessoa até a UPA evidenciam um cuidado sem continuidade e centralizado na medicação. Assim, no contexto pandêmico, a triagem para averiguar a gravidade do caso e as medicações realizadas na casa da pessoa passaram a ser realizadas pelo SAMU.

*Chamou o SAMU. Aí, do jeito que ele já tinha tomado esse remédio, já deram duas injeções nele. Aí, ele dormiu, dormiu... aí daquele dia para cá ele não melhorou, não é? (...) o SAMU veio, foi embora. (Familiar - situação de crise 2)*

Em outros casos, a UPA passou a negar o atendimento da crise psíquica grave, mesmo quando levada pelo SAMU, alegando falta de leitos.

*Pelo amor de Deus, estou implorando para vocês, não estou comendo, não estou dormindo, pelo amor de Cristo. "Não pode levar". Não, o SAMU pode. Não, só se tiver, não sei o que, não sei o que. (Familiar - situação de crise 2)*

O CAPS orienta que, durante uma crise, os familiares contatem o SAMU ou levem a pessoa para a UPA e, só após a estabilização psíquica, acionem o CAPS. Assim, os familiares não consideram suporte do CAPS durante as crises. Os profissionais também relatam desconhecimento de protocolos ou fluxos oficiais no serviço.

*05/11/2020 - Por volta das 16:10, a avó compareceu à unidade desacompanhada com o relato de que o neto não está bem, que sai perambulando pela rua e não está tomando os medicamentos corretamente. Orientada em caso de crise, levar à UPA. (RP)*

Quando os profissionais foram questionados se sabiam de onde poderia ter surgido tal fluxo ou se tinha sido estabelecido algum protocolo para esses atendimentos, eles não souberam responder. No momento desta coleta e observações, eu não tive acesso a nenhum fluxo de atendimento ou protocolo. (NP)

Os profissionais mencionam a questão social presente nos atendimentos do CAPS. Além disso, das seis situações acompanhadas na pesquisa, cinco deles são de pessoas negras e/ou pardas. Durante os momentos de observação em serviço, algumas notas foram realizadas sobre a raça das pessoas em atendimento.

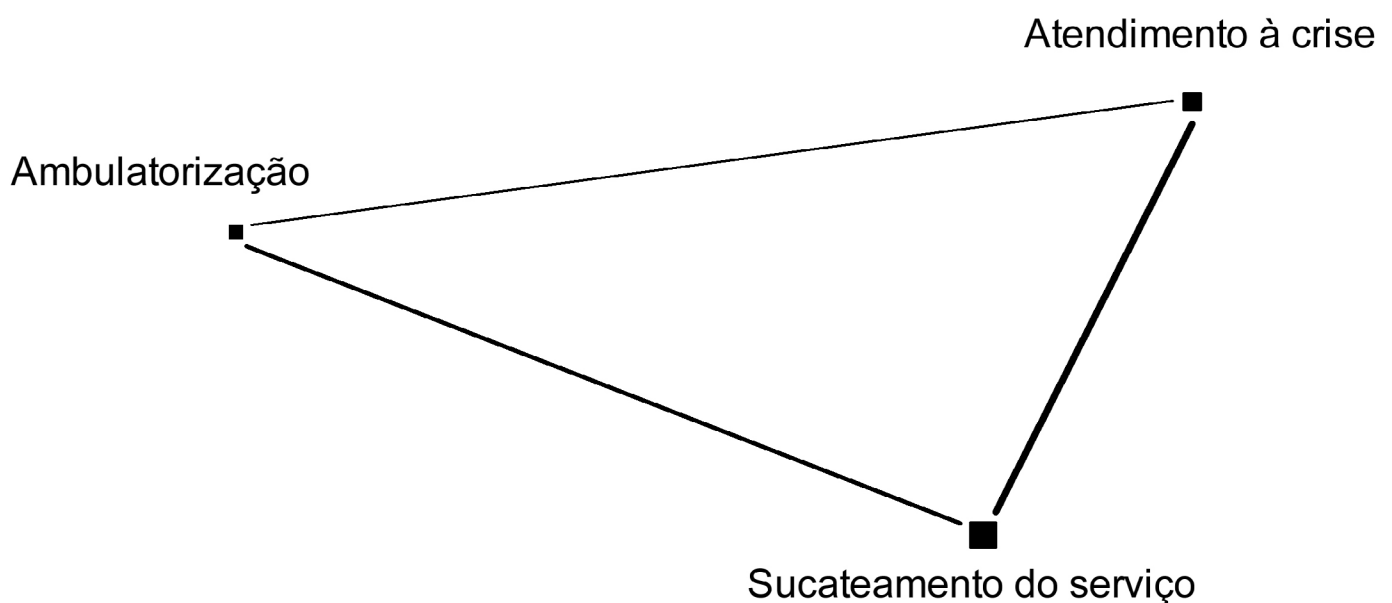
A maioria das pessoas atendidas aqui são negras e de uma condição social baixa. (Profissional 4 - CAPS)

Mas, a gente sabe, é evidente, principalmente aqui no CAPS, que o nosso público é muito, de classes sociais mais baixas. (Profissional 5 – CAPS)

Me chama a atenção que os prontuários que tive acesso no CAPS possuem uma capa em que se solicitam várias informações sobre a pessoa, no entanto, um dos únicos campos em branco é o da raça. (NP)

Ademais, a figura a seguir evidencia a relação entre as categorias analisadas. Pode-se perceber que quanto maior for a frequência com que as categorias foram atribuídas juntas, mais próximas elas aparecem no mapa. Analisa-se então que a categoria do sucateamento está mais fortemente ligada àquilo que foi discutido no atendimento da crise.

**Figura 1** – Mapa analítico que evidencia a relação entre as categorias analisadas. Cuiabá, MT, Brasil, 2023.



Fonte: MAXQDA (2023)

O traço mais espesso mostra que existe uma ligação maior entre o sucateamento do serviço e o atendimento da crise, seguida da ligação entre o sucateamento e o atendimento ambulatorial do CAPS.

## DISCUSSÃO

Nos últimos anos, criaram-se ambientes nos serviços de saúde, especialmente na saúde mental, que não promovem a vida, mas prolongam a morte, especialmente em crises psíquicas graves. Evidenciam-se décadas de infraestrutura reduzida, instalações e profissionais limitados e significativa diminuição de investimentos públicos na saúde. A saúde mental historicamente é subfinanciada, assim como o Sistema Único de Saúde<sup>15</sup>.

O conceito de necropolítica e seu projeto de subjugação da vida ao poder da morte devem ser refletidos como estruturas de Estado, não apenas governamentais. Observa-se a degradação das políticas sociais devido às políticas de austeridade, disfarçadas pela crise financeira do Estado e pelo subfinanciamento de serviços não alinhados com o capital<sup>16</sup>. No entanto, afirmar que vivemos uma necropolítica somente desde 2019 é frágil, pois a luta para assegurar os direitos da constituição brasileira e os conquistados pela Luta Antimanicomial é constante<sup>17</sup>.

Cientistas apontam que as mortes causadas pela COVID-19 no Brasil tiveram impactos diferentes conforme raça, gênero, território e situação econômica, afetando infecções, mortes e vacinação<sup>18-20</sup>. Um estudo revelou que a população negra brasileira enfrentou mais internações e óbitos por síndrome respiratória aguda grave, enquanto houve redução entre pessoas brancas<sup>21</sup>. Essa mesma população negra impactada pelo vírus é historicamente excluída nos hospitais. A ausência de dados raciais consistentes nos serviços de saúde reforça essa exclusão, com profissionais hesitando em perguntar sobre autodeclaração racial, considerando-a burocrática em vez de analítica<sup>18</sup>.

Os corpos racializados e improdutivos para a lógica capitalista são mais vulneráveis durante a pandemia, pois as políticas de prevenção priorizam os corpos valorizados socialmente, enquanto os desvalorizados são negligenciados, como nas crises psíquicas durante a Covid-19<sup>16</sup>. Questiona-se o lugar dado à vida, morte e corpo humano, especialmente durante a crise psíquica grave<sup>8</sup>.

No município estudado durante a pandemia, a falta de fluxos de atendimento remoto para saúde mental resultou na descontinuidade de serviços e negligência de casos graves de crises psíquicas<sup>16</sup>. atendimentos de saúde mental são cruciais durante a pandemia, pois o contexto pode causar crises ou agravar sofrimentos mentais. As restrições sanitárias limitaram atividades presenciais, mas experiências locais e internacionais indicam alternativas virtuais e destacam a importância de atendimentos presenciais em situações urgentes.

No Brasil, experiências como chat de escuta online, redes sociais com material científico acessível, cartilhas, telematriciamento em saúde mental e reestruturação do atendimento presencial<sup>10-12</sup> foram lideradas por universidades, conselhos de classe e profissionais de cada serviço. O Ministério da Saúde não conduziu a saúde mental durante a pandemia, resultando em falta de gestão e decisões para a governança do país.

Em contraste, governos como o da Itália reconheceram a saúde mental como prioridade, implementando intervenções remotas e telemedicina. No atendimento básico, manteve-se o

atendimento presencial para casos graves e realizou triagens por telefone para casos novos e emergências<sup>20</sup>. Na França, consultas presenciais e visitas domiciliares foram mantidas em casos necessários, representando 20% dos casos<sup>22</sup>. Na China, políticas de gestão unificadas foram estabelecidas com serviços online amplamente adotados, aplicativos móveis, e colaboração entre a comunidade acadêmica e as autoridades de saúde<sup>23</sup>.

No que diz respeito ao atendimento da crise, quando acompanhada de agitação psicomotora, observa-se que existe um equívoco em não considerar o CAPS como um serviço de atendimento para esses casos. Ressalta-se que o CAPS é o local para o atendimento à crise, por dever considerar os casos graves e persistentes<sup>24</sup>. A presença da necropolítica no trabalho em saúde mental dificulta essa reflexão dos profissionais e interfere na oferta de cuidados. Isso pode levar à reprodução do modelo manicomial e à priorização da internação em hospital psiquiátrico.

A lógica ambulatorial do CAPS não promove a autonomia e reinserção social da pessoa em crise, prejudicando o acesso contínuo ao cuidado, especialmente na pandemia, e enfraquecendo a lógica de cuidado territorial. É essencial implementar a corresponsabilização entre as Redes de Atenção para um cuidado integral das pessoas em crise<sup>2</sup>.

Além do atendimento online e informações claras sobre a pandemia, é crucial ter uma equipe multiprofissional de base territorial que ofereça cuidado e apoio, com diretrizes de gestão governamental sólida no território brasileiro. Garantir financiamento e estrutura adequada para a RAPS é fundamental, incluindo condições de trabalho estáveis, com concursos públicos e salários dignos.

Assim, nos discursos analisados, pouco se percebe a presença de uma crítica a essa necropolítica iniciada muito antes da pandemia. Esse achado corrobora um estudo que discutiu as lógicas presentes na organização e oferta, no Brasil, de serviços psicológicos remotos durante a pandemia da Covid-19. Concluiu-se, nesse estudo, que para a maioria dos discursos analisados é como se a situação — política, social, econômica, sanitária, ambiental, climática, ética — na qual a pandemia se funde e se dissemina, não fosse crítica, mesmo antes de sua chegada<sup>25</sup>.

Além disso, como observado na Figura 1, o sucateamento dos serviços ameaça o princípio da equidade do SUS e contribui para o aumento da exclusão social já existente, principalmente nos atendimentos aos sofrimentos mentais mais graves, como na crise psíquica. Ademais do atendimento online e informações claras sobre a pandemia, é crucial manter uma equipe multiprofissional de base territorial para cuidar da saúde mental com apoio e vínculo. Isso exige uma gestão governamental forte, financiamento adequado e estrutura mínima para a RAPS, além de condições de trabalho estáveis e salários dignos.

Ainda, a pandemia exacerbou sintomas como culpa e ansiedade devido à necessidade do isolamento social, impactando as pessoas com transtornos mentais pré-existentes<sup>26</sup>. Essa conjuntura ressalta os paradoxos enfrentados pelo Estado, que, ao mesmo tempo, em que demanda o isolamento da população para conter a propagação do vírus, enfrenta o desafio de lidar com o agravamento dos sofrimentos mentais decorrentes desse isolamento prolongado.

Percebe-se que a necropolítica, com suas estruturas de subfinanciamento e negligência no cuidado à saúde, também gera mortes cotidianas por desigualdades, especialmente na crise psíquica grave. Essas condições são permitidas devido a um estado crônico de aceitação, criando zonas de exposição a condições que não são vidas, mas uma “morte lenta”<sup>18</sup>.

As limitações do estudo incluem o tempo de acompanhamento dos casos, influenciado pela disponibilidade de recursos financeiros e o cronograma da pesquisadora para concluir a tese. Além disso, a falta de realização de um teste piloto e a ausência de avaliação externa do protocolo de coleta de dados por juízes também são limitações. No entanto, os instrumentos contidos no protocolo foram analisados pela banca examinadora, visto que foram desenvolvidos especificamente para atender aos objetivos da tese.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As categorias analisadas mostram como a necropolítica afeta negativamente pessoas negras em sofrimento mental. A falta de serviços especializados e infraestrutura precária prejudicam o atendimento da crise, levando os CAPS a encaminhar casos ao SAMU e à UPA. Durante a Covid-19, a falta de acompanhamento técnico e protocolos agravou a negação de atendimento pelas gestões municipais, estaduais e federais.

O desmonte da saúde mental, com infraestrutura limitada e redução dos investimentos públicos, já ocorria antes da pandemia. Destaca-se que a necropolítica atravessa a saúde mental, evidenciando a necessidade urgente de debater essa questão. É imprescindível incluir a participação de pessoas vulneráveis, especialmente a população negra usuária de serviços de saúde mental, para enfrentar o racismo e reafirmar o cuidado territorial e comunitário.

Para adaptar nossos serviços de saúde mental às futuras pandemias, é importante realizar pesquisas sobre as experiências de gestores e profissionais de saúde em diferentes contextos, com avaliações contínuas dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS

1. Toubasi AA, AbuAnzeh RB, Tawileh HBA, Aldebei RH, Alryalat SAS. A meta-analysis: the mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders. *Psychiatry Res.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar. 10]; 299:113856. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113856>
2. Rezio LA, Oliveira E, Queiroz AM, Sousa AR, Zerbetto SR, Marcheti PM, et al. Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: repercussions on mental health. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar. 10]; 56. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>
3. United Nations. Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. [Internet]. New York: UN; 2020 [cited 2023 Jan. 06]. Available from: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf)
4. Molero P, Reina G, Blom JD, Martn'wz-González MA, Reinken, A, et al. COVID-19 risk, course and outcome in people with mental disorders: a systematic review and meta-analyses. *Epidemiol Psychiatr Sci.* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar. 18]; 32:e61. Available from: <https://doi.org/10.1017/s2045796023000719>
5. Danan LN, Poullé J, Bannay A, Baillot S, Laprévotte V, Dobre D. COVID-19 crisis and the incidence of hospital admissions for psychosis in France. *Encephale.* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar. 18]; 23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.003>
6. Wünsch, CG. O processo de atenção à crise psicótica em serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial [tese de doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem; 2023.

7. Muniz, RC, Ferradas, FM, Gomez, GM, Pegler, LJ. Covid-19 in Brazil in an era of necropolitics: resistance in the face of disaster. *Disasters*. [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar. 18]; 45:S97-S118. Available from: <https://doi.org/10.1111/disa.12528>
8. Mbembe A. *Necropolítica. Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1 edições; 2018.
9. Cruz, NFO, Gonçalves, RW, Delgado, PGG. Regress of the psychiatric reform: the dismantling of the national Brazilian mental health policy from 2016 to 2019. *Trab. educ. saúde*. [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar. 18]; 18(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
10. Miliauskas CR, Rocha C, Salomão F, Ferraz H, Fortes S. Remote matrix support in mental health during the COVID-19 pandemic: experience report. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan. 24]; 17(44):3116. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3116](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3116)
11. Barbosa AS, Nascimento CV, Dias LBS, Espírito Santo TB do, Chaves RCS, Fernandes TC. Work process and mental health care at the UERJ Psychosocial Care Center during the COVID-19 pandemic. *Brazilian J Heal Biomed Sci*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan. 24]; 19(1):11-9. Available from: <https://doi.org/10.12957/bjhbs.2020.53527>
12. Guedes AC, Kantorski LP, Willrich JQ, Coimbra VCC, Wunsch CG, Sperb LCSO, et al. Online mental health care during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan. 24]; 75(Suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0554>
13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5th ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan. 24]; (51). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>
16. Santos BS. A cruel pedagogia do vírus [Internet]. Coimbra: Edições Almedina; 2020 [cited 2023 Mar. 10]. Available from: [https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Livro\\_Boaventura.pdf](https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Livro_Boaventura.pdf)
17. Piza S. Sequestro e resgate do conceito de necropolítica: convite para leitura de um texto. *Trans Form Ação*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan. 24]; 45(spe). Available from: <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2022.v45esp.08.p129>
18. Barros S, Ballan C, Batista LE. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: caderno de textos. [Internet]. São Paulo: EEUSP; 2021 [cited 2023 Mar. 10]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/oer-3932>
19. Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J, editores. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 [cited 2022 Nov. 12]. Available from: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>
20. Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato M, Vita A. Mental health services in lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov. 12]; 288:112980. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112980>
21. Ferreira RBS, Camargo CL. Vulnerability of the Black Population in Brazil to the Evolution of the COVID-19 Pandemic. *Rev Cuid*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov. 12]; 12(2):e1322. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1322>
22. Bocher R, Jansen C, Gayet P, Gorwood P, Laprévotte V. Responsiveness and sustainability of psychiatric care in France during COVID-19 epidemic. *Encephale*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan. 25]; 46(3):81–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.004>

23. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan. 25]; 16(10):1732-1738. Available from: <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
24. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 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* [Internet]. 9 abr 2001 [cited 2023 Jan. 20]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
25. Saraiva LFO, Pineda D, Goldstein TS. Biopower, necropolitics and the offer of remote psychological services in times of pandemics. *Rev psicol polit.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov. 17]; 21(51):509-521. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a15.pdf>
26. Onur D, Usta H, Ayık B, Sönmez E, Özdemir C. Attitudes toward COVID-19 pandemic measures and clinical symptom severity in schizophrenia patients: a preliminary cross-sectional study. *J Int Med Res.* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar. 19]; 51(9). Available from: <https://doi.org/10.1177/03000605231195449>

## O CUIDADO NA CRISE PSÍQUICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 À LUZ DA NECROPOLÍTICA\*

### RESUMO:

**Objetivo:** analisar o cuidado na crise psíquica grave na perspectiva de profissionais da saúde, pessoas e familiares durante a pandemia da Covid-19. **Método:** estudo de múltiplos casos, realizado com oito profissionais da saúde, seis pessoas em situação de crise e sete familiares, acompanhados por três meses, de outubro de 2021 a junho de 2022, em uma capital brasileira. Os dados foram analisados por análise de conteúdo e pelo marco teórico da necropolítica. **Resultados:** evidenciaram-se três categorias: "Sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial", "Ambulatorização do Centro de Atenção Psicossocial" e o "Atendimento à crise psíquica na pandemia". Confirma-se uma necropolítica que atravessa o campo da saúde mental e afeta as pessoas vulneráveis, sendo urgente o debate sobre financiamento e raça. **Conclusão:** a falta de serviços especializados em saúde mental, somados aos atendimentos do serviço de saúde mental pautados na lógica ambulatorial, iniciado antes da pandemia, agravou o atendimento à crise.

**DESCRIPTORIOS:** Intervenção na crise; Pandemia; COVID-19; Negros; Serviços de saúde.

## LA ATENCIÓN A LAS CRISIS PSÍQUICAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 A LA LUZ DE LA NECROPOLÍTICA\*

### RESUMEN:

**Objetivo:** analizar la atención en crisis psíquica grave desde la perspectiva de profesionales de salud, personas y familiares durante la pandemia de Covid-19. **Método:** estudio de casos múltiples, realizado con ocho profesionales de salud, seis personas en situación de crisis y siete familiares, durante tres meses, de octubre de 2021 a junio de 2022, en una capital brasileña. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido y el marco teórico de la necropolítica. **Resultados:** Surgieron tres categorías: "Desguace de la Red de Atención Psicosocial", "Centro de Atención Psicosocial Ambulatoria" y "Atención a la crisis psíquica en la pandemia". Esto confirma una necropolítica que atraviesa el campo de la salud mental y afecta a las personas vulnerables, por lo que el debate sobre la financiación y la carrera es urgente. **Conclusión:** la falta de servicios especializados de salud mental, unida a los servicios ambulatorios de salud mental que empezaron antes de la pandemia, ha empeorado la atención a las crisis.

**DESCRIPTORIOS:** Intervención en la Crisis; Pandemias; COVID-19; Negros; Servicios de Salud.

\*Artigo extraído da tese de doutorado: "O PROCESSO DE ATENÇÃO À CRISE PSICÓTICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL", Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil, 2023.

Recebido em: 14/08/2023

Aprovado em: 05/04/2024

Editora associada: Dra. Susanne Betioli

### Autor Correspondente:

Carla Gabriela Wünsch

Universidade Federal do Mato Grosso

Av. Fernando Correa da Costa, S/N, Cuiabá, MT, Brasil

E-mail: [carla.wunsch@ufmt.br](mailto:carla.wunsch@ufmt.br)

### Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).