



DESAFIOS DO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O FETICHE DA CRISE EM QUESTÃO

*Challenges of psychosocial care in the brazilian psychiatric reform:
the fetish of the crisis in question*

*Desafios de la atención psicosocial en la reforma
psiquiátrica brasileña: el fetichismo de la crisis en cuestión*



Rossana Seabra Sade  



Rafael Nicolau Carvalho  

Resumo

O presente artigo trata-se de uma reflexão da oficina realizada na Escola Franca e Franco Basaglia, na cidade de Belém no ano 2025, tendo como referência a discussão do texto “Fetichismo da Crise: desafios para a atenção psicossocial” produzido pelos autores. Durante a oficina, realizou-se uma análise crítica sobre a temática, a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Abordou-se a crise psíquica como uma das principais dificuldades enfrentadas pela saúde mental no contexto da atenção psicossocial, discutiu-se que no âmbito dos serviços surgem conflitos entre os dois paradigmas ainda presentes, o psiquiátrico e o psicossocial. Conclui-se que isso decorre da forma como a psiquiatria apropriou-se da categoria crise, tornando-a um verdadeiro fetichismo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção em Crise. Reforma Psiquiátrica.

Introdução

O presente texto é uma reflexão sobre o artigo “Fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial”, publicado por Sade e Carvalho (2025), e discutido na oficina realizada na Escola Franca e Franco Basaglia, na cidade de Belém, no mesmo ano. A oficina teve como objetivo problematizar a questão da crise psíquica no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, discutindo como ela se tornou um fetiche para a psiquiatria contemporânea e um desafio para as práticas de cuidado orientadas pelo paradigma da reforma.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a crise se insere tanto no campo das práticas de cuidado quanto no das políticas públicas. Essas duas dimensões não são independentes; ao contrário, estão profundamente interligadas, uma vez que a organização política do campo da saúde mental induz a produção de novas práticas e, ao mesmo tempo, é transformada por elas.

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um marco na luta pela defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental no país. Também é símbolo da luta democrática, que aliada ao Movimento Sanitário catalisaram as forças progressistas na cena política do final da década de 70 e durante os anos 1980, pautando o fim Ditadura Militar e em defesa da saúde pública como direito de todos. Nesse sentido, a reforma também era um projeto de sociedade, alicerçada na democracia e nos direitos humanos e que objetiva, particularmente, a desinstitucionalização da loucura e a construção de uma rede de cuidados. A desinstitucionalização para o campo da saúde mental implica alterar o foco do cuidado das instituições fechadas de caráter asilar para a comunidade e o território (Hirdes, 2009). Para Amarante (1996), a desinstitucionalização refere-se também a crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico, que se apropriou da experiência da loucura, para se afirmar enquanto campo do saber.

A reforma avançou, sendo materializada por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que trata da proteção e dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e da reversão do modelo assistencial, ou seja, o cuidado antes pautado no modelo psiquiátrico tradicional ou asilar passaria o modelo de atenção psicossocial e construção de uma nova rede de cuidados.

A partir de então, esboçou-se um conjunto de normativas que foram gradativamente afirmando os preceitos da reforma como a redução progressivas dos leitos psiquiátricos, o investimento em serviços substitutivos ao modelo asilar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), para acolhimento das pessoas egressas de longos períodos de internação em instituições psiquiátricas associados com auxílios à reabilitação psicossocial como o Programa Volta para Casa (PVC), por exemplo. Em 2011, essa estrutura que veio paulatinamente sendo construída, com base em um trabalho multidisciplinar e intersetorial, é reorganizada para compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, Ministério da Saúde, 2011) e que tem por objetivo oferecer ações de cuidado em saúde mental para as pessoas com problemas de saúde

mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, em uma rede que aglutina diferentes pontos de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo a atenção primária, a rede de urgências e emergências, hospitais gerais e todos os serviços e programas que já faziam parte da então “rede de saúde mental”.

A Raps faz parte de uma estratégia para superar a fragmentação das ações de cuidado em saúde que instituiu diferentes redes de atenção. Do ponto de vista da reforma, a Raps representou uma grande conquista.

Assim, pode-se dizer que a RAPS é ao mesmo tempo um campo de práticas de cuidado e de políticas públicas. As práticas de cuidado desenvolvidas na rede são notadamente influenciadas pelos preceitos da reforma e pelos saberes produzidos pelos diferentes profissionais e suas disciplinas. O campo das políticas públicas por sua vez reflete a organização política e social no tempo histórico e se desdobra na implementação e organização da rede, nos seus objetivos, recursos disponíveis etc. assim, práticas de cuidado e política estão entrelaçados e presentes nas inúmeras ações de saúde que se desenvolvem na rede e para além dela, refletindo posturas, ideologias, paradigmas e modos de fazer.

Assim, é na RAPS, com toda a sua complexidade, que a crise psíquica é abordada, tanto do ponto de vista das práticas de cuidado quanto do ponto de vista político, aqui, expresso pela organização da rede.

A atenção à crise psíquica enfrenta desafios significativos no campo da saúde mental, especialmente pela sua natureza de urgência, dos paradigmas que a interpretam e pelos estigmas e preconceitos que a acompanham, tornando-a um verdadeiro fetiche na contemporaneidade.

A crise é um dos fenômenos de maior dimensão na saúde mental, por estar carregada do modelo social de normalidade, causando um grande sofrimento no indivíduo que vivencia e em todos que compartilham. Esta análise, nos permite avaliar, a importância dos modelos de abordagem a “crise”, que resgatem o olhar na existência e no sofrimento da pessoa, outro saber, sem estar centrado no paradigma doença-cura. O avanço da reforma permitiu o diálogo com outras formas de compreensão sobre a crise, o respeito a diversidade de experiências, e por incorporar a própria singularidade do sujeito que sofre. Contudo, essa abertura não eliminou o paradigma psiquiátrico e sua leitura sobre a crise, o que dificulta a sua abordagem no âmbito das práticas como da organização política da rede.

Assim, deve-se rever o papel dos serviços, no qual é fundamental promover: inclusão social, cidadania e autonomia, onde o usuário é protagonista de seu cuidado, desenvolvendo habilidades de enfrentamento, redução de crises futuras e diminuição de medicamentos, mantendo a sua singularidade. No modelo de atenção psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, a atenção à crise está associada principalmente à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas um cuidado comunitário em rede, voltado para que o indivíduo resgate sua vida por inteiro.

Por outro lado, o modelo psiquiátrico consolidou uma forma de tratar a crise que é totalmente diferente do paradigma psicossocial, onde a contenção e a internação em hospitais psiquiátricos,

promovem o afastamento do indivíduo do convívio familiar e comunitário. A internação já foi a principal resposta à crise e fundamentada na segurança e no controle. A Reforma psiquiátrica brasileira, traz uma mudança de paradigma, a ideia de que a crise psíquica deve ser tratada no contexto da comunidade, promovendo o cuidado em liberdade, esse paradigma reconhece o potencial transformador da crise (Ferigato et al., 2007).

Diante desse quadro, as próximas seções buscam analisar alguns elementos que permitem compreender a complexidade da crise psíquica no âmbito da atenção psicossocial e da RAPS, tomando como eixo a discussão sobre o modo como ela é compreendida e historicamente apropriada pela psiquiatria e convertida em um verdadeiro fetiche. Ao problematizar essa construção, pretende-se evidenciar seus efeitos tanto nas práticas de cuidado quanto na organização da rede, bem como os desafios colocados à consolidação do paradigma psicossocial.

Compreensão da crise

A difícil definição de crise deve considerar o contexto e a organização da própria psiquiatria em determinado contexto histórico (Dell'Acqua & Mezzina, 2005). A palavra crise tem sua origem no grego *Krisi* que caracteriza uma situação ou momento de risco em que uma decisão precisa ser tomada. Também deriva do latim *crisis* que indica um momento de escolha e de mudança. O termo congrega tanto o risco como mudança, no seu sentido filosófico, o termo carrega os atributos semânticos originários, podendo ainda significar purificação (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

A crise psíquica, no contexto histórico e cultural, já foi caracterizada como: manifestação do divino, sabedoria, possessão, bruxaria, subversão da ordem social, e assume o rótulo de doença, tarefa realizada pela psiquiatria. A crise, enquanto “loucura”, é banida de todo seu conteúdo simbólico, sendo apropriada a marca incontestável da doença mental, do desvio e da periculosidade (Ferigato et al., 2007; Dassoler, 2022).

A psiquiatria, mesmo passando por transformações, por meio das reformas, a intervenção a crise é abordada como algo negativo, sendo a autonomia arrancada dos indivíduos e entregue nas mãos dos profissionais que exercem total controle sobre a pessoa. Isso porque a crise foi transformada, pela psiquiatria em patologia e em desvio.

Essa transformação pode ser observada nos sistemas de diagnóstico promovidos pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), por meio das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que rotulam muitos comportamentos e sintomas como diagnósticos psiquiátricos. Os manuais são objetos de críticas quanto à sua validade científica, apesar de serem utilizados globalmente para o diagnóstico dos sofrimentos psíquicos (Amarante et al., 2018; Zorzanelli et al., 2014).

Desta forma, mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica, com a transição paradigmática do modelo asilar para o de atenção psicossocial. Percebe-se, que foram cristalizados dois sentidos para a crise psíquica: 1) podendo ser denominada como crise psiquiátrica, que preserva às concepções

produzidas no âmbito da psiquiatria e que evoca os sentimentos de medo e de algo incontrollável que precisa ser contido; e 2) crise psicossocial, que aborda a crise como uma vivência/experiência em que algo de insuportável rompe com o sistema de significação da pessoa ou ameaça as esferas de sua vida, podendo comprometer a sua existência física e simbólica, mas que também pode ser utilizada para transformação, pois permite comunicar seu sofrimento, que não era traduzido pelo indivíduo que atravessa a experiência.

Há uma dualidade nas formas de compreensão, a crise no paradigma psiquiátrico é traduzida como sintoma de transtorno mental e precisa ser contida imediatamente, enquanto para o paradigma psicossocial ela é uma experiência que precisa ser atravessada. Enquanto experiência, ela tem relação com os contextos sociais da vida, como a família, o trabalho, as emoções, a cultura e com as relações. Sob esta perspectiva, a crise deve ser acolhida e seu conteúdo analisado pelos diversos profissionais envolvidos no cuidado.

Araújo (2022) argumenta que a crise não deve ser vista como um evento isolado ou resultado de uma “doença mental”. A autora aborda que a crise é uma consequência do sofrimento acumulado por várias formas de violência, opressão, vulnerabilidade e dilemas que o indivíduo não consegue processar, devido à falta de recursos emocionais, culturais e sociais.

O fetiche da crise

Conforme o dicionário Houaiss, o termo “fetiche” possui diversos significados. Pode referir-se a um objeto ao qual se atribuem poderes mágicos, a uma parte do corpo considerada possuidora de atributos especiais ou eróticos e, ainda, a algo que exerce forte atração e fascínio (Houaiss, 2025). Essas definições são oriundas dos contextos em que o termo foi utilizado e como foi reelaborado. A palavra em si deriva do português “feitiço”, no sentido de encantamento, e foi usada no contexto da colonização durante os séculos XV e XVI, para descrever objetos considerados mágicos por povos africanos (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

A palavra, por sua vez, deriva do latim *facticius* que significa algo artificial, ou seja, feito pelo homem. O termo foi incorporado ao francês *fétiche*, no século XVIII, por meio de estudos antropológicos relacionando-o a práticas mágico-religiosas de povos africanos. Da antropologia, o termo migrou para outras áreas e desenvolveu-se, ampliando seu significado e ensejando a expressão fetichismo, que se tornou uma noção importante para as ciências humanas e médicas, sendo usada, inicialmente, na antropologia e sociologia. E foi apropriado pela psicanálise, psicologia e psiquiatria. Como podemos observar, os usos do termo promoveram sua ampliação e, conseqüentemente, colaboraram para os sentidos atribuídos a ele (Mountain, 2014; Salvador Roberto et al., 2009).

Para Freud, o fetiche está relacionado à psicanálise e à sexualidade como um conceito importante para entender os mecanismos psíquicos. O fetichismo seria, então, algo ou um objeto que substitui um desejo sexual ou um conflito psíquico.

Segundo Freud, durante o desenvolvimento psicossocial do menino, ele percebe que a mãe não tem pênis e relaciona isso com a possibilidade de castração, gerando medo e ansiedade. Para lidar com esse conflito, emerge um fetiche em algum objeto, ou em uma parte do próprio corpo, para substituir o medo, dotando esse objeto de um significado sexual poderoso. Assim, o objeto fetichizado substitui subjetivamente o medo ao mesmo tempo que preserva e transfere o desejo para o objeto, o feitiço, o encantamento do objeto, apresenta uma característica que verdadeiramente não a possui, o fetiche sexual, cria-se a ilusão de que o indivíduo está protegido da castração, há a criação de relações falsas para substituir as relações reais (Carvalho & Simanke, 2024).

O significado de fetiche segundo Freud ajuda-nos a refletir o fetiche da crise. Sabemos que a psiquiatria, na busca de se estabelecer como uma ciência, converte a experiência da loucura em sua própria história. Para isso, ela toma a loucura como objeto de sua atuação e a figura do louco como objeto de intervenção. Essa conversão em patologia, inicialmente ainda muito associada a desvios morais. Nessa relação, também se esconde o desejo da psiquiatria em se tornar uma disciplina capaz de ordenar a vida e o espaço social por meio do seu sistema classificatório e do poder, incorrendo a “normatização”.

A psiquiatria cristalizou a crise, tornando-a um fetiche. Ou seja, operam-se aqui a substituição e ilusão no fetiche da crise, cria-se uma relação artificial em que ela, por si só, afirma a constatação da *doença mental* e nega os aspectos psicossociais e sócio-históricos de sua relação. Ao fazer isso, temos a significação de atributos mágicos e trágicos. Ela torna-se um mistério e por isso produz um fascínio intrínseco. É trágica, porque perturba a ordem social, as certezas profissionais, evocando medo e angústia nas pessoas que a presenciam ou que lidam com ela. Mesmo com a emergência de novos saberes, que resgatam e ressignificam a experiência da loucura, como aqueles aludidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, preserva-se a crise psíquica como calcanhar de Aquiles para os movimentos reformistas.

A crise é o objeto fetiche para a psiquiatria, porque ela protege a psiquiatria da negação de sua autoridade por outras áreas, fortalecendo o discurso de que só a psiquiatria é capaz de lidar com crise. Por isso, mesmo para profissionais que reconhecem a loucura como uma experiência e que se esforçam em tratar a crise psíquica como uma vivência que precisa ser atravessada, eles são capturados por seu mistério e rendem-se ao seu fascínio, buscando contê-la, obcecados por registrar e tipificar suas manifestações, atentos aos seus sinais e às formas de manejo de seus sintomas.

Não é difícil encontrar na literatura estudos que demonstrem esse fetiche expresso na contraposição entre os dois paradigmas. Ele está presente quando, ao lidar com a crise, os profissionais têm dificuldade em compreendê-la, sentem medo e angústia e suas concepções transitam da visão entre o paradigma psiquiátrico e o psicossocial sem as devidas mediações. O fetiche da crise simboliza a interação entre dois paradigmas, apesar de sua contradição (Moura et al., 2022; Carvalho et al., 2024; Homercher & Volmer, 2021).

Possibilidades

No âmbito da dimensão política, vale ressaltar que os serviços que atendem à crise estão menos propícios às mudanças nas políticas de saúde mental, preservando seu caráter conservador em virtude também da forma como a crise foi fetichizada (Dassoler, 2022). Na atenção ofertada nos CAPS, podemos dizer que o fetiche da crise atua de forma mais difusa, pois nesse ambiente convivem concepções distintas sobre a saúde mental e sobre a crise. No mesmo espaço, pode haver intervenções pragmáticas, orientadas pelos protocolos biomédicos, e práticas desenvolvidas na comunidade, que priorizam a formação de vínculos, o acolhimento e os aspectos subjetivos (Dassoler, 2022; Dias et al., 2020).

Embora outras abordagens e perspectivas de intervenção apareçam entre os profissionais, o saber psiquiátrico é organizador da atenção. A Raps está organizada em pontos de cuidado em saúde mental nos diversos componentes da rede. Um desses componentes é a atenção de urgência e emergência, que deveriam atender à crise em alguns serviços, são eles: o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e as Unidades de atenção à urgência psiquiátrica em hospitais gerais. Nessa composição, a crise psíquica é tratada como uma urgência, em uma definição muito próxima às urgências clínicas. Então, nesse cenário, não é raro que as abordagens sejam muito conservadoras, alinhadas aos saberes médico-psiquiátricos, com uso da força física e até mesmo das forças policiais, além do difícil atendimento tanto no SAMU quanto nas UPAs (Wasum et al., 2024; Almeida et al., 2015). Aqui prevalecem os sentidos de risco e de periculosidade do fetiche da crise.

Vale registrar que, durante o percurso da Reforma psiquiátrica brasileira, houve uma preocupação maior com os usuários institucionalizados, que eram vítimas de todo tipo de violações. Nesse momento, a crise ocorria no âmbito desses hospitais. Com o aprofundamento da reforma e a criação da rede de cuidado, podemos considerar que os serviços lidam agora com novas situações de crise, não apenas a pessoa com diagnóstico de sofrimento psíquico grave, mas com pessoas que não têm histórico psiquiátrico, mas que experienciam um sofrimento importante relacionado a acontecimentos abruptos da vida, como violência, perdas significativas, falta de trabalho, condições de moradias adequadas, doenças etc. (Dassoler, 2022).

Para Basaglia (1985), o princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individualização da pessoa, isto é, a um ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, na sua função ideológica, mas sim a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Sendo assim, esses serviços, alinhados ao modelo asilar, tratam a crise psíquica como um mero objeto, despersonalizando-a e esvaziando todo o seu conteúdo simbólico. Nesse contexto, operam a clínica psiquiátrica com a contenção física e medicamentosa e o isolamento das pessoas. As drogas servem para interromper todos os conteúdos manifestos pela crise. Geralmente, essas situações tornam-se uma performance grotesca de desumanidade, reforçando ainda mais o caráter

de urgência e de perigo que já está no imaginário social sobre elas.

Ainda para Araújo (2022), a experiência de sofrimento produz o *continuum* de sofrimento, em que a experiência abrupta passa a se relacionar com outras dificuldades da própria vida, levando à intensificação de seu sofrimento e, quando faltam recursos objetivos, subjetivos e simbólicos para elaborar a experiência, o indivíduo vivencia a crise. Essas pessoas, ao serem atendidas em serviços de urgência psiquiátrica, podem ter determinadas toda a sua vida, pois, como já mencionado, na disputa entre os paradigmas, opera o fetiche da crise que irá destituir o sujeito do seu lugar, transformando-o em mero objeto de fascínio e de medo.

Considerações finais

A superação do fetiche da crise requer uma mudança paradigmática que coloque o indivíduo no centro do cuidado, reconhecendo sua singularidade e promovendo práticas inclusivas. Somente assim será possível oferecer um atendimento de qualidade que respeite os direitos humanos e promova o cuidado em saúde mental em sua totalidade.

A análise do fetiche da crise revela como a psiquiatria, ao longo da história, moldou a percepção da loucura e da crise em termos rígidos e normativos, obscurecendo os aspectos psicossociais e sócio-históricos essenciais para uma compreensão dessa experiência. A crise, transformada em um objeto fetichizado, desumaniza o indivíduo, reduzindo-o a um mero caso e perpetuando a ideia de perigo e de urgência que requer intervenção imediata e controladora.

De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (2005), a crise se desenvolve no espaço coletivo e o ator social deve poder atravessá-la sem perder seu vínculo com seu ambiente, com as pessoas significativas em sua vida, permitindo ampliação de possibilidades e novos laços com o serviço. Porém, a maioria dos atores sociais considerados em crise pelos serviços e pelos familiares; tomam altas doses de psicotrópicos, ficando ociosos e sonolentos, tornam-se reféns de sua crise, permanecendo sentados ou andando de um lado para outro. Os profissionais apenas olham e questionam? O que fazer, além de controlar a medicação?

A crise ao perturbar a ordem estabelecida dos serviços de saúde e a rotina dos profissionais, revela a tensão entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial. Essa tensão manifesta-se na disputa pela autoridade sobre o tratamento da crise e na busca por métodos que respeitem a individualidade e promovam a transformação pessoal sem recorrer à patologização.

Para enfrentar esses desafios, o papel do profissional deve ser transformador, dando novo significado à complexidade da crise, sem interpretá-la como incapacidade, insanidade, doença, apenas cuidando por meio de um olhar para a diversidade, respeitando o modo de viver do ator social e o seu modo diferente de relacionar-se com o mundo. O saber, portanto, não deve ser usado como técnica normativa, mas sim como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência, quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

Cabe ressaltar que a clínica no cuidado da crise deve estar voltada para a desinstitucionalização que segundo Rotelli (2001), é um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, cuja meta não é a *cura*, mas a emancipação, ou seja, buscar o potencial da crise, permitindo a pessoa constituir-se enquanto sujeito fazedor de sua história, construindo sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando o fetiche da crise.

Referências

- Almeida ABA, Souza AIJ, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24:1035-43.
- Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, organizadores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.* São Paulo: Zagodoni; 2018.
- Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Araújo AP. (Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB. [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
- Basaglia F. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico?* Jahn H, tradutora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- Brasil. (2001, 6 de abril). 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). 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 crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Carvalho DP, Simanke RT. Fetichismo e regressão em Freud e Adorno: da psicanálise à teoria social. *Psicologia USP.* 2024; 35:e220137. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220137>
- Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzner N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. *REME - Rev Min Enferm.* 2024;28:e-1552. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46943.
- Dassoler VA. O acolhimento à e o desafio na atenção psicossocial. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. *Saúde Mental, Políticas Sociais e Democracia.* São Paulo: Hucitec; 2022, p.143-157.

- Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2005, p. 161-194.
- Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(2):595-602. [acesso em 20 set 2021]. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>
- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psic UNESP*. 2007;6(1):31-44.
- Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:297-305. ISSN 1413-8123. Disponível em:
- Homercher BM, Volmer AL. Interloquções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2021;31(3):e310312. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>.
- Houaiss. Fetiche. [acesso em 8 fev 2025]. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br>
- Mountain I. Fetichismo. In: Teo T, editor. *Enciclopédia de Psicologia Crítica*. Nova York: Springer; 2014.
- Moura BR, Amorim MF, Reis AOA, Matsukura TS. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(11):e00087522. doi: 10.1590/0102-3111XPT087522.
- Rotelli, f.; Leonardis, o.; Mauri, d. *Desinstitucionalização*. hucitec: São Paulo, 2001.
- Sade RS, Carvalho RN. O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial. *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 123-131.
- Salvador Roberto MC, Augusto MF, da Rocha OB, de Mello ISP. Estudo introdutório acerca do fetichismo. *Contextos Clínicos*. Jul-Dec. 2009;2(2):106-112. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.05.
- Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e9252. doi: 10.1590/2358-289820241429252P
- Zorzanelli R, Bezera Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.