

ARTÍCULO ORIGINAL

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

HIGHLIGHTS

1. Covid-19 ha agravado la denegación de atención a la crisis.
2. La escasez de servicios afecta a la atención; el CAPS dirige los casos al SAMU.
3. El CAPS no atiende a las personas en crisis, especialmente durante la pandemia.

Carla Gabriela Wünsch¹ 
Luciane Prado Kantorski² 

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.

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

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

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>

¹Universidade Federal do Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19 ha afectado a la salud mental en todo el mundo, especialmente en las personas con trastornos mentales preexistentes. Los efectos inmediatos del virus sobre la salud, el aislamiento y el miedo a la infección, la muerte y la pérdida de familiares son factores de riesgo para las personas con trastornos mentales graves¹⁻². Además, el declive y cierre de los servicios de salud mental, que ya se producía antes de la pandemia, ha afectado aún más a esta población².

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó un documento con acciones para hacer frente al sufrimiento mental durante y después de la pandemia, entre ellas garantizar la atención presencial ininterrumpida de los trastornos mentales graves³. Una revisión sistemática y un metaanálisis indicaron que las personas con trastornos mentales preexistentes corren un mayor riesgo de que Covid-19⁴ empeore. Además, un estudio también reveló que la pandemia ha provocado un aumento de los ingresos hospitalarios relacionados con la psicosis en Francia, con un mayor número de personas que se enfrentan a nuevas crisis mentales graves en unidades sanitarias especializadas⁵.

Las crisis psíquicas graves se conceptualizan como momentos de evocación y expresión que promueven la resignificación personal. Durante estos periodos, el Yo se vuelve difuso o se pierde, con alteraciones en los sentimientos, el comportamiento y la percepción sensorial. Esto puede provocar rupturas en la percepción de la realidad y afectar a las relaciones familiares y sociales. Sin embargo, estos momentos también ofrecen oportunidades de transformación, proporcionando nuevos significados para la persona⁶.

Sin embargo, las posibilidades de atender a estas personas se han visto afectadas durante la pandemia y agravadas por la necropolítica del Estado⁷. La necropolítica se refiere a la forma en que las políticas y prácticas gubernamentales afectan directamente a la vida y la muerte de las personas en contextos de salud pública. Y cómo las políticas pueden promover la muerte o descuidar la preservación de la vida⁸, especialmente en grupos vulnerables como las personas en crisis psíquica.

En salud mental, la necropolítica puede manifestarse de diversas formas, con cambios en la Red de Atención Psicosocial, a través de Ordenanzas, Resoluciones y Notas Técnicas, favoreciendo el aumento del apoyo a la hospitalización psiquiátrica, representando la antítesis del modelo de atención propuesto por la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Además, se hizo evidente el estancamiento en el ritmo de implantación de los servicios comunitarios, que fue científicamente cuestionado⁹.

Esto representa la contrarreforma psiquiátrica en curso en el país, que comenzó antes de la pandemia de Covid-19, excluyendo y oprimiendo a los grupos vulnerables. La política de salud mental, alcohol y otras drogas en el contexto brasileño también se ve afectada por intereses económicos y políticos, desmantelando lo logrado por la Reforma Psiquiátrica Brasileña², lo que resulta en segregación y discriminación.

Así, durante la pandemia de Covid-19, a pesar de los esfuerzos de adaptación de la atención en salud mental en Brasil¹⁰⁻¹², existe la necesidad de investigaciones sobre la atención en crisis de salud mental durante este período que puedan contribuir a una comprensión integral de las complejidades involucradas en la atención en salud mental durante la pandemia; así como al desarrollo de estrategias de intervención y políticas públicas más eficaces dirigidas a esta área. Así, el objetivo de este estudio fue analizar la

atención en crisis graves de salud mental desde la perspectiva de los profesionales de la salud, los individuos y los familiares durante la pandemia de Covid-19.

MÉTODO

En un estudio cualitativo de casos múltiples, se seleccionaron dos casos: un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y una Unidad de Atención de Emergencia (UPA) en una capital de la región Centro-Oeste de Brasil. Ambos servicios son campos de clases prácticas y reciben un número significativo de casos de crisis. Las situaciones de crisis se seleccionaron por conveniencia, ya que surgieron durante el tiempo que la investigadora pasó en ese lugar.

Sin embargo, las posibilidades de atender a estas personas se han visto afectadas durante la pandemia y agravadas por la necropolítica del Estado⁷. La necropolítica se refiere a la forma en que las políticas y prácticas gubernamentales afectan directamente a la vida y la muerte de las personas en contextos de salud pública. Y cómo las políticas pueden promover la muerte o descuidar la preservación de la vida⁸, especialmente en grupos vulnerables como las personas en crisis psíquica.

Los criterios de inclusión fueron personas en crisis psicóticas intensas o recientes, con alucinaciones y/o delirios, que tuvieran un domicilio fijo y vivieran con su familia. Se utilizó un protocolo para recoger datos y controlar las situaciones de crisis. El protocolo es esencial en los estudios de casos múltiples. Es un documento que contiene los instrumentos, procedimientos y reglas generales seguidas durante la recogida de datos, aumentando la fiabilidad de la investigación¹³.

Para las personas en crisis y sus familias, se utilizó una entrevista discursiva sobre la experiencia de la crisis de salud mental. Para los profesionales, se construyó un instrumento semiestructurado con preguntas sobre la atención en crisis, flujos y procesos de trabajo antes y durante la pandemia. De esta forma, se realizó el seguimiento de seis situaciones de crisis y la recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2021 y junio de 2022, utilizando entrevistas con los profesionales que atendieron las situaciones de crisis, con las personas en crisis y familiares, así como notas de campo e historias clínicas. Fueron realizadas exclusivamente por una doctoranda con experiencia en investigación y atención a crisis.

Se realizó un seguimiento de cada caso durante tres meses, con una entrevista cara a cara en los servicios sanitarios, dos visitas domiciliarias y contactos telefónicos quincenales, lo que sumó un total de al menos cinco interacciones. Este periodo permitió observar posibles cambios en las situaciones de crisis e identificar nuevas necesidades. En total, se entrevistó y realizó el seguimiento de tres personas en crisis, tres familiares y cuatro profesionales de los CAPS (una enfermera, dos psicólogos y un trabajador social); y, en la UPA, de tres situaciones de crisis, cuatro familiares y cuatro profesionales (dos enfermeras, un médico y un trabajador social). En ambos servicios, los profesionales entrevistados fueron los implicados en la atención a estas familias.

Las entrevistas se grabaron con el consentimiento de los participantes y duraron una media de 90 minutos. Las notas de campo y la recogida de datos de las historias clínicas se realizaron en los servicios de salud, siguiendo un guión creado por el investigador. Los audios y los registros se organizaron en el programa MAXQDA-Analytics Pro 2022.

Las categorías se crearon utilizando el análisis de contenido¹⁴. En el preanálisis, los datos se organizaron y separaron por casos de estudio (CAPS y UPA). Durante la exploración,

las palabras se clasificaron y agruparon, dando lugar a 123 fragmentos: CAPS ambulatorio (17), desguace (63) y Covid-19 (46). Tras la lectura, se descartaron cuatro fragmentos, lo que dio lugar a tres categorías analíticas: desguace de la Red de Atención Psicosocial (57), ambulatorización del CAPS (17) y atención en crisis durante la pandemia (45).

Las categorías analíticas se discutieron a partir del marco teórico de Achille Mbembe sobre necropolítica, considerando que, durante la pandemia, las estrategias de salud mental pueden reflejarse en el cuidado, impactando desproporcionadamente en la vida de personas ya vulnerables y resonando con el concepto de Mbembe sobre la muerte de los cuerpos⁸.

Se utilizó la herramienta de visualización del programa para mostrar los vínculos entre las categorías de forma comprensible mediante el mapa de frecuencias de la Figura 1. El programa utilizó los documentos iniciales y mostró automáticamente la relación entre las categorías. El programa utilizó los documentos iniciales y mostró automáticamente la relación entre las categorías.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación con el número de dictamen 5.057.047 en 2021. La información fue codificada para preservar la confidencialidad, identificando los profesionales y servicios (Profesional 1 - UPA, Profesional 1 - CAPS) y las situaciones de crisis monitoreadas (Familiar - situación de crisis 1, Familiar - situación 2), así como las historias clínicas (HC) y las notas del investigador (NP).

RESULTADOS

Disolución de los servicios de la Red de Atención Psicosocial

Durante las entrevistas, quedó claro que el sistema de salud mental del municipio se encuentra en una situación precaria, con denuncias de falta de medicamentos y ausencia de servicios esenciales en la red asistencial. Esta situación tiene un impacto significativo en el RAPS, que se ve debilitado por el desguace de los servicios de salud mental, favoreciendo el ingreso en hospitales psiquiátricos.

(sobre los servicios insuficientes en los RAPS) Creo que son los propios CAPS, porque cuando estos pacientes llegan aquí, ya están en crisis porque a veces no han tenido un seguimiento adecuado a nivel ambulatorio (...) bien porque no tienen la unidad, bien porque no tienen la medicación, bien porque no tienen un resultado. (Profesional 1 - UPA)

El CAPS 3 aún no ha abierto. Estos pacientes que vienen aquí, que a veces incluso acaban yendo al hospital psiquiátrico, si hubiera un CAPS 3, podríamos llevarlos allí, a uno que trabajara 24 horas, y ni siquiera necesitaríamos enviar a estos pacientes al hospital psiquiátrico. Es necesario, es necesario para ayer. (Profesional 5 - CAPS)

Además de la necesidad de un CAPS III, inexistente en la capital, los profesionales también están preocupados por el número de personas atendidas en el CAPS, que, según ellos, no deberían permanecer en el servicio.

Al llegar al CAPS, los profesionales informaron de que, durante la fase más difícil de Covid-19, las citas se hacían por turnos, suspendiendo las citas durante quince días y

limitando después el número de casos nuevos por día. En este momento de la recogida, las citas se dan de forma individual, lo que parece contribuir a la sobrecarga de trabajo de los profesionales. (NP).

Otro factor se refiere al componente logístico del RAPS, que está desguazado en muchos aspectos y genera discontinuidad en el seguimiento. No hay informatización de las historias clínicas en el CAPS, faltan carpetas y un lugar adecuado para guardarlas. Otro problema es la falta de un coche en la unidad para realizar visitas domiciliarias, búsquedas activas, apoyo a la matriz, entre otros, limitando a los profesionales al uso de un teléfono fijo.

Supongamos que dentro de seis meses reciben el alta y vuelven a tener una crisis; vendrán aquí, su pasado quedará registrado en nuestros archivos, pero ahora no sabemos qué ha pasado en esos seis meses, qué seguimiento han tenido. (Profesional 1 - UPA)

Las actividades de grupo y las visitas a domicilio se suspendieron y no se habían reanudado en el momento de finalizar la recopilación. Se utilizó un teléfono fijo para las búsquedas activas. La falta de disponibilidad de un coche para el apoyo a las matrices y las visitas a domicilio se produjo incluso antes de la pandemia. Antes, los profesionales tenían que reservar con el vehículo del ayuntamiento, pero ahora ya no es posible. (NP)

Se pudo identificar que la estructura física de los CAPS está deteriorada. Las instalaciones son antiguas, a veces insalubres, en el caso del único baño a disposición de los profesionales, sin salas específicas para la aplicación de medicamentos y sin existencias de equipos y medicamentos. Faltan suministros básicos para la atención.

Un ventilador de techo se cayó encima de la mesa del comedor, asustando a todos en el CAPS. Hay varios bancos rotos en el lugar; el aseo para los profesionales es insalubre, no hay jabón para lavarse las manos. (NP).

En cuanto al paciente, solemos disponerlos aquí, en la camilla. Los tumbamos, ni siquiera tenemos una sábana. Ponemos una sábana sobre el paciente, a veces lo tapamos, y lo tumbamos hasta que se estabiliza. Ahora, si es tarde, nos encargamos de que el paciente se vaya a casa, con su familia, con su madre. (Profesional 5 - CAPS)

En la UPA, los profesionales hablaron de la desatención del gobierno municipal a los enfermos mentales. Señalan la falta de camas de observación y de profesionales para hacer frente a la crisis.

Antes, nuestra lucha interna era por las camas de estabilización porque teníamos el visitador, ahora nuestra lucha es: a veces tengo una cama de estabilización y no tenemos psiquiatría para pasar. (Profesional 3 - UPA)

Como he dicho, sólo tenemos un psicólogo durante el día, sólo tenemos trabajadores sociales durante el día, sería interesante tenerlos allí a tiempo completo. Profesionales especializados también en Salud Mental. (Profesional 1 - UPA)

Esta desatención también se observa en relación con los contratos de trabajo de los profesionales sanitarios, ya que, debido al tipo de contrato, es necesario renovar el contrato cada dos años, lo que genera una sensación de inseguridad para ellos.

Esta semana he sido testigo de cómo los profesionales hablaban de inseguridad laboral debido al tipo de relación laboral, dado que al final de cada año los contratos continúan

o no. Lo que me hace darme cuenta de que, de los ocho profesionales entrevistados, sólo uno es funcionario. (NP)

Mi relación con la ciudad es un contrato. Ahora, a finales de año, el 31 de diciembre de 2021, termina mi contrato. Se puede renovar o no. Nos sentimos inseguros. (Profesional 1 – CAPS)

La lógica ambulatoria del CAPS

Las declaraciones muestran que, antes de la pandemia de Covid-19, los CAPS se enfrentaban a problemas como un enfoque ambulatorio de la atención, horarios de trabajo irregulares, falta de discusiones de casos y de visitas a domicilio, así como falta de supervisión institucional. También había dificultades para acceder a profesionales médicos y falta de Proyectos Terapéuticos Singulares.

Las personas piensan que el CAPS es un ambulatorio, aunque funcione como ambulatorio. Esto se debe a que no tenemos supervisión (supervisión institucional) y estudio de casos con todo el equipo; los horarios de trabajo están fragmentados; algunas personas trabajan ocho horas y otras seis. (Profesional 2 - CAPS).

Oí a un profesional comentar a otro que el CAPS necesitaba ser desambulatorio, como si hubiera pasado por un proceso de ambulatorización. Esto parece coherente con los registros médicos, ya que no encontré ningún PTS en los registros, incluso antes de la pandemia. (NP).

Se les ve en el pasillo [a los profesionales médicos]. Es algo que debería ser más natural. Él es médico y nosotros somos profesionales como él en el CAPS. Debería ser un intercambio. Como el intercambio con otros profesionales, un intercambio. Los médicos también deberían ser así, reunirse y discutir. (Profesional 1 – CAPS)

Esta fragmentación de la atención también se observa en las historias clínicas. Los profesionales se detienen a registrar historias (a veces el mismo suceso es relatado por distintos profesionales), cambios en las funciones mentales, descripciones del comportamiento en el momento de la consulta, llamadas telefónicas realizadas y recetas dispensadas por un miembro del personal.

23/07/2021 – Su abuela, la Sra. Flor, llamó al CAPS para pedir una receta. 30/07/2021 – La tía retiró la receta. (HC)

22/11/2021 – El paciente acudió a su cita solo, mostrando un comportamiento estable por el momento, pero con un diálogo algo logorreico. Informó de que llevaba 15 días sin tomar su medicación. Se entregaron recetas de risperidona 2 mg y escitalopram (HC)

Los profesionales se turnan en la atención individual, pero no se observa una continuación de las acciones con intervenciones y objetivos específicos, y mucho menos la construcción del PTS, indispensable en situaciones de crisis psicológicas graves. La observación anterior muestra que la discusión del caso no es atendida por todo el equipo y su foco principal es la medicación.

Atención a las crisis psíquicas graves

Las tres situaciones de crisis supervisadas en el CAPS afectaron a dos hombres y una mujer. Todos ellos accedieron al Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) y a la UPA durante sus primeras crisis de salud mental, y posteriormente fueron derivados al CAPS. El joven de 19 años empezó a ser controlado por el servicio de salud mental en 2021, cuando tenía 18 años. De raza negra y residente en un barrio de clase media-baja, vive con su madre, su padrastro y tres hermanos. El otro joven, de 23 años, empezó a asistir al CAPS en 2020, cuando tenía 21 años. Negro, vive con su abuela, también en un barrio de clase media-baja, y estuvo ingresado en un hospital psiquiátrico unos dos meses. La mujer, de 29 años, morena, empezó a ser atendida por el equipo en el momento de la recogida de datos de la investigación, en 2021, durante su primera crisis psíquica, y vive con su pareja y su hijastro.

Las tres situaciones de crisis encontradas en la UPA afectaron a dos mujeres y un hombre. La primera mujer, de 32 años, morena, vive con su madre, su hijo y dos hermanas. Sus síntomas comenzaron hace unos cuatro años, pero se han intensificado en los dos últimos. La segunda joven, 23 años, negra, empezó a tener síntomas cuando tenía 19 años y actualmente vive con su hermana, pero ha estado sin hogar. El joven, 31 años, blanco, vive solo con el apoyo de su ex madrastra y su padre. En su momento, todas las situaciones fueron derivadas para su ingreso en un hospital psiquiátrico.

Incluso antes de la pandemia, el enfoque del equipo ante situaciones de crisis que provocaban un comportamiento más desorganizado era llamar al centro SAMU y/o derivar a la persona a la UPA. Cuando se ponían en contacto con el SAMU, se les preguntaba sobre la aparición de comportamientos agresivos, para poder llamar a la Policía Militar en esos casos.

Después de que empezara la pandemia, se hizo más difícil porque el SAMU ya no acoge a gente. Antes de la pandemia, esto del SAMU era un poco difícil, pero luego empeoró porque no tenían dónde llevar a la persona en ese momento. Se llamaba al SAMU, daban la medicación in situ y la persona se quedaba en casa, o a veces incluso daban la medicación aquí en el CAPS. (Profesional 4 - CAPS)

Conductas como tomar la medicación y marcharse, y el hecho de que la propia familia tuviera que llevar a la persona a la UPA, evidencian una atención sin continuidad y centrada en la medicación. En el contexto de la pandemia, el triaje para determinar la gravedad del caso y la medicación en el domicilio de la persona fueron realizados por el SAMU.

Llamó al SAMU. Entonces, como ya había tomado este medicamento, le pusieron dos inyecciones. Luego durmió, durmió... desde entonces no ha mejorado, ¿verdad? (...) el SAMU vino, se fue. (Familiar - situación de crisis 2)

En otros casos, la UPA empezó a negarse a tratar una crisis grave de salud mental, incluso cuando la traía el SAMU, alegando falta de camas.

Por el amor de Dios, te lo ruego, no como, no duermo, por el amor de Dios. "No puedes soportarlo". No, el SAMU puede. No, sólo si tienes, no sé qué, no sé qué. (Familiar - situación de crisis 2)

El CAPS aconseja que, durante una crisis, los familiares se pongan en contacto con el SAMU o lleven a la persona a la UPA y sólo llamen al CAPS cuando se haya estabilizado. En consecuencia, los familiares no tienen en cuenta el apoyo del CAPS durante las crisis.

Los profesionales también señalan un desconocimiento de los protocolos oficiales o de los flujos del servicio.

05/11/2020 - Hacia las 16.10 horas, la abuela acudió a la unidad sin compañía e informó de que su nieto se encontraba mal, deambulaba por las calles y no tomaba correctamente su medicación. Se le aconsejó que lo llevara a la UPA en caso de crisis. (RP)

Cuando se preguntó a los profesionales si sabían de dónde podía proceder dicho flujo o si se había establecido un protocolo para este tipo de atención, no supieron responder. En el momento de esta recogida y observación, no tuve acceso a ningún flujo asistencial o protocolo. (NP)

Los profesionales mencionan la cuestión social presente en la atención de los CAPS. Además, de las seis situaciones observadas en la investigación, cinco de ellas involucraban a personas negras y/o morenas. Durante la observación en servicio, se hicieron algunas anotaciones sobre la raza de las personas atendidas.

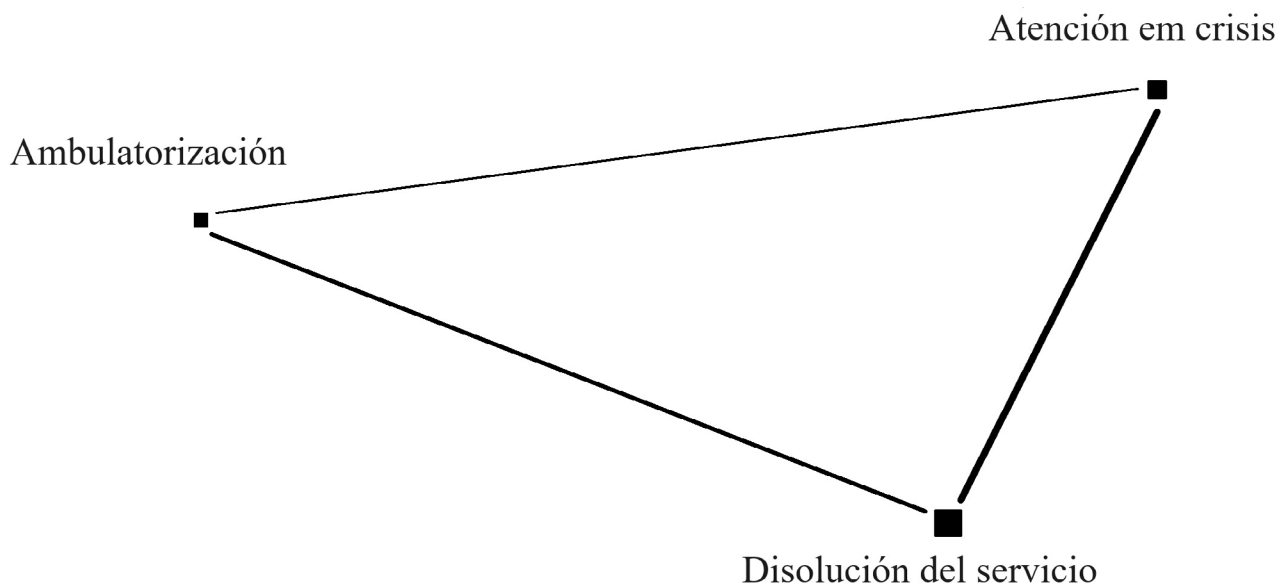
La mayoría de las personas atendidas aquí son negras y de baja condición social. (Profesional 4 - CAPS)

Pero sabemos, está claro, sobre todo aquí en CAPS, que nuestro público es en gran medida de las clases sociales más bajas (Profesional 5 – CAPS)

Me llamó la atención que los historiales médicos a los que tuve acceso en el CAPS tienen una portada en la que se piden varios datos sobre la persona, pero uno de los únicos campos en blanco es el de la raza. (NP)

Además, la siguiente figura muestra la relación entre las categorías analizadas. Puede observarse que cuanto más a menudo se atribuyen juntas las categorías, más cerca aparecen en el mapa. Puede analizarse entonces que la categoría de desguace está más fuertemente vinculada a lo que se debatió en la respuesta a la crisis.

Figura 1 – Mapa analítico que muestra la relación entre las categorías analizadas. Cuiabá, MT, Brasil, 2023.



Fuente: MAXQDA (2023)

El trazo más grueso muestra que existe una mayor relación entre el desguace del servicio y la atención en crisis, seguida de la relación entre el desguace y la atención ambulatoria del CAPS.

DISCUSIÓN

En los últimos años se han creado entornos en los servicios sanitarios, especialmente en salud mental, que no promueven la vida, sino que prolongan la muerte, sobre todo en crisis psiquiátricas graves. Ha habido décadas de infraestructuras reducidas, instalaciones y profesionales limitados y una disminución significativa de la inversión pública en salud. La salud mental ha estado históricamente infrafinanciada, al igual que el Sistema Único de Salud¹⁵.

El concepto de necropolítica y su proyecto de someter la vida al poder de la muerte debe ser reflexionado como estructuras estatales, no sólo gubernamentales. Podemos ver la degradación de las políticas sociales debido a las políticas de austeridad, disfrazadas por la crisis financiera del Estado y la infrafinanciación de los servicios no alineados con el capital¹⁶. Sin embargo, decir que sólo vivimos una necropolítica desde 2019 es frágil, ya que la lucha por garantizar los derechos de la Constitución brasileña y los conquistados por la Lucha Antiasilo es constante¹⁷.

Los científicos señalan que las muertes causadas por el COVID-19 en Brasil han tenido diferentes impactos según la raza, el género, el territorio y la situación económica, afectando a las infecciones, las muertes y la vacunación¹⁸⁻²⁰. Un estudio reveló que la población negra brasileña enfrentó más hospitalizaciones y muertes por síndrome respiratorio agudo severo, mientras que hubo una reducción entre la población blanca²¹. Esta misma población negra

afectada por el virus ha sido históricamente excluida de los hospicios. La falta de datos raciales consistentes en los servicios de salud refuerza esta exclusión, con profesionales que dudan en preguntar sobre la autodeclaración racial, por considerarla más burocrática que analítica¹⁸.

Los cuerpos racializados e improductivos para la lógica capitalista son más vulnerables durante la pandemia, ya que las políticas de prevención dan prioridad a los cuerpos socialmente valorados, mientras que los cuerpos devaluados son desatendidos, como en las crisis psíquicas durante Covid-19¹⁶. Se cuestiona el lugar otorgado a la vida, la muerte y el cuerpo humano, especialmente durante una crisis psíquica grave⁸.

En el municipio estudiado durante la pandemia, la falta de flujos de atención a distancia para la salud mental provocó la interrupción de los servicios y la desatención de casos graves de crisis de salud mental¹⁶. La atención a la salud mental es crucial durante la pandemia, ya que el contexto puede provocar crisis o agravar el sufrimiento mental. Las restricciones sanitarias han limitado las actividades presenciales, pero las experiencias locales e internacionales indican alternativas virtuales y subrayan la importancia de la atención presencial en situaciones urgentes.

En Brasil, experiencias como los chats de escucha en línea, las redes sociales con material científico accesible, los folletos, la telematrización de la salud mental y la reestructuración de la atención presencial¹⁰⁻¹² han sido lideradas por universidades, consejos profesionales y profesionales de cada servicio. El Ministerio de Salud no lideró la salud mental durante la pandemia, lo que provocó una falta de gestión y de decisiones para la gobernanza del país.

En contraste, gobiernos como el italiano han reconocido la salud mental como una prioridad, aplicando intervenciones a distancia y telemedicina. En atención básica, se mantuvo la atención presencial para casos graves y el triaje telefónico para casos nuevos y urgencias²⁰. En Francia, se mantuvieron las consultas presenciales y las visitas a domicilio en los casos necesarios, que representaban el 20% de los casos²². En China, se establecieron políticas de gestión unificadas con servicios en línea ampliamente adoptados, aplicaciones móviles y colaboración entre la comunidad académica y las autoridades sanitarias²³.

En cuanto a la atención en crisis, cuando se acompaña de agitación psicomotriz, existe la idea errónea de que el CAPS no es un servicio para estos casos. Hay que subrayar que el CAPS es el lugar para la atención en crisis, ya que debe considerar los casos graves y persistentes²⁴. La presencia de la necropolítica en el trabajo de salud mental dificulta la reflexión de los profesionales e interfiere en la prestación de los cuidados. Esto puede conducir a la reproducción del modelo asilar y a la priorización de la hospitalización psiquiátrica.

La lógica ambulatoria de los CAPS no favorece la autonomía y la reinserción social de las personas en crisis, poniendo en peligro el acceso continuo a la atención, especialmente durante la pandemia, y debilitando la lógica de la atención territorial. Es esencial implementar la corresponsabilidad entre las redes asistenciales para ofrecer una atención integral a las personas en crisis².

Además de la atención en línea y de una información clara sobre la pandemia, es crucial contar con un equipo multiprofesional de base territorial que ofrezca atención y apoyo, con sólidas directrices de gestión gubernamental en Brasil. Garantizar una financiación y estructura adecuadas para los RAPS es fundamental, incluyendo condiciones de trabajo estables, con licitaciones públicas y salarios dignos.

Así, en los discursos analizados, hay poca crítica a esa necropolítica, que comenzó mucho antes de la pandemia. Este hallazgo corrobora un estudio que discutió las lógicas presentes en la organización y prestación de servicios psicológicos a distancia en Brasil durante la pandemia del Covid-19. En este estudio, se concluyó que para la mayoría de los discursos analizados, era como si la situación—política, social, económica, sanitaria, ambiental, climática, ética—en la que la pandemia se está fundiendo y propagando, no fuera crítica, incluso antes de su llegada²⁵.

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. Además, como se observa en la Figura 1, la supresión de los servicios amenaza el principio de equidad del SUS y contribuye al aumento de la exclusión social existente, especialmente en la atención de los sufrimientos mentales más graves, como la crisis psíquica. Además de la atención en línea y la información clara sobre la pandemia, es crucial mantener un equipo multidisciplinario de base territorial para atender la salud mental con apoyo y vínculos. Esto requiere una sólida gestión gubernamental, una financiación adecuada y una estructura mínima para los RAPS, así como condiciones de trabajo estables y salarios dignos.

Además, la pandemia exacerbó síntomas como la culpa y la ansiedad debido a la necesidad de aislamiento social, impactando a personas con trastornos mentales preexistentes²⁶. Esta situación pone de relieve las paradojas a las que se enfrenta el Estado, que, al mismo tiempo que exige el aislamiento de la población para contener la propagación del virus, enfrenta el desafío de hacer frente al agravamiento del sufrimiento mental resultante de este prolongado aislamiento.

Se puede observar que la necropolítica, con sus estructuras de desfinanciamiento y negligencia en la atención de la salud, también genera muertes diarias debido a las desigualdades, especialmente en crisis psíquicas severas. Estas condiciones son permitidas debido a un estado crónico de aceptación, creando zonas de exposición a condiciones que no son vidas, sino una "muerte lenta"¹⁸.

Las limitaciones del estudio incluyen el tiempo de seguimiento de los casos, influenciado por la disponibilidad de recursos financieros, y el cronograma del investigador para completar la tesis. Además, la falta de una prueba piloto y la ausencia de evaluación externa del protocolo de recogida de datos por parte de los jueces también son limitaciones. Sin embargo, los instrumentos contenidos en el protocolo fueron analizados por el tribunal, ya que fueron desarrollados específicamente para cumplir con los objetivos de la tesis.

CONSIDERACIONES FINALES

Las categorías analizadas muestran cómo la necropolítica afecta negativamente a las personas negras con problemas mentales. La falta de servicios especializados y la precaria infraestructura dificultan la atención de la crisis, lo que lleva a los CAPS a derivar casos a SAMU y UPA. Durante el Covid-19, la falta de seguimiento técnico y protocolos agravó la denegación de atención por parte de las administraciones municipales, estatales y federales.

El desmantelamiento de la salud mental, con infraestructuras limitadas y reducidas inversiones públicas, ya se estaba produciendo antes de la pandemia. Cabe destacar que la necropolítica atraviesa la salud mental, evidenciando la urgente necesidad de debatir este

tema. Es fundamental incluir la participación de las personas vulnerables, especialmente de la población negra usuaria de los servicios de salud mental, para enfrentar el racismo y reafirmar el cuidado territorial y comunitario.

Para adaptar nuestros servicios de salud mental a futuras pandemias, es importante realizar investigaciones sobre las experiencias de los gestores y profesionales de la salud en diferentes contextos, con evaluaciones continuas de la atención prestada.

REFERENCIAS

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
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, Laprévote 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
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, Laprévote 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
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>

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

*Artículo extraído de la tesis doctoral: "O PROCESSO DE ATENÇÃO À CRISE PSICÓTICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL", Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil, 2023.

Recibido en: 14/08/2023

Aprobado en: 05/04/2024

Editor asociado: Dra. Susanne Betioli

Autor correspondiente:

Carla Gabriela Wünsch

Universidade Federal do Mato Grosso

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

E-mail: carla.wunsch@ufmt.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Wünsch CG, Kantorski LP**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).