UNIVERSITY OF AMSTERDAM

UvA-DARE (Digital Academic Repository)

“Cuidando de uma crise”

Cuidado e controle na saúde mental comunitária

Muusse, Christina; Kroon, Hans; Mulder, Cornelis Lambert; Pols, J.

DOI
10.48006/2358-0097/V9N1.E9107

Publication date
2023

Document Version
Final published version

Published in
Novos Debates: Fórum de Antropologia

License
CC BY

Link to publication

Citation for published version (APA):
Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C. L., & Pols, J. (2023). “Cuidando de uma crise”: Cuidado e controle na saúde mental comunitária. *Novos Debates: Fórum de Antropologia*, *9*(1), Article e9107. https://doi.org/10.48006/2358-0097/V9N1.E9107

General rights
It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations
If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: https://uba.uva.nl/en/contact, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (https://dare.uva.nl)

Download date:16 Oct 2026

“CUIDANDO DE UMA CRISE”
Cuidado e controle na saúde mental comunitária

“Caring for a Crisis”: Care and Control in Community Mental Health

Christien Muusse[1,2]
Hans Kroon[3,3]
Cornelis Lambert Mulder[4,5]
Jeannette Pols[4,6]

[1] Timbros Institute (TET), Utrecht, Netherlands.

[2] Department Ethics, Law and Humanities, Amsterdam UMC, Amsterdam, Netherlands.

[3] Department Ethics, Law and Humanities, Amsterdam UMC, Amsterdam, Netherlands.

[4] Department of Social and Behavioral Sciences, Tranzo Scientific Center for Care and Welfare, Tilburg
University, Tilburg, Netherlands.

[5] Antes Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, Netherlands.

[6] Department of Anthropology, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands.

NOVOS DEBATES, 9(1): E9107, 2023
DOI: 10.48006/2358-0097/V9N1.E9107

Resumo

No debate sobre coerção em psiquiatria, cuidado e controle são muitas vezes justapostos. Neste artigo, argumentamos que essa dicotomia não é útil para descrever as formas mais complexas de inter-relacionamento existentes entre usuários de serviços, profissionais de saúde e o cenário de cuidado específico em uma equipe de saúde mental comunitária (ESMC). Utilizando a abordagem etnográfica da ética empírica, contrastamos as formas como controle e cuidado caminham juntos em situações de crise psiquiátrica em dois ESMCs: um em Trieste (Itália) e outro em Utrecht (Países Baixos). As ESMCs holandesas e italianas são interessantes de comparar, pois diferem no que diz respeito à forma como o cuidado comunitário é organizado, a quantidade de medidas coercitivas, o número de leitos psiquiátricos e o fato de Trieste aplicar uma política de portas abertas em todos os ambientes de atendimento. Contrastar as duas equipes pode nos ensinar como, em situações de crise psiquiátrica, controle e cuidado se inter-relacionam em diferentes coreografias. Usamos o termo coreografia como metáfora para encapsular a ideia de uma situação de crise como um conjunto de ações coordenadas de diferentes atores no tempo e no espaço. Isso fornece duas coreografias para lidar com uma crise de maneiras diferentes. Argumentamos que a aplicação de uma fronteira rígida entre cuidado e controle dificulta o uso da relação entre cuidador e paciente no cuidado.

Palavras-chave

ética empírica; saúde mental comunitária; crise psiquiátrica; coerção e constrangimento; autonomia.

Abstract

In the debate on coercion in psychiatry, care and control are often juxtaposed. In this article we argue that this dichotomy is not useful to describe the more complex ways service users, care professionals and the specific care setting interrelate in a community mental health team (CMHT). Using the ethnographic approach of empirical ethics, we contrast the ways in which control and care go together in situations of a psychiatric crisis in two CMHT's: one in Trieste (Italy) and one in Utrecht (the Netherlands). The Dutch and Italian CMHT's are interesting to compare, because they differ with regard to the way community care is organized, the amount of coercive measures, the number of psychiatric beds, and the fact that Trieste applies an open door policy in all care settings. Contrasting the two teams can teach us how in situations of psychiatric crisis control and care interrelate in different choreographies. We use the term choreography as a metaphor to encapsulate the idea of a crisis situation as a set of coordinated actions from different actors in time and space. This provides two choreographies of handling a crisis in different ways. We argue that applying a strict boundary between care and control hinders the use of the relationship between caregiver and patient in care.

Keywords

empirical ethics; community mental healthcare; psychiatric crisis; coercion and constraint; autonomy.

Introdução[7]

Com a desinstitucionalização da saúde mental, surgiram preocupações sobre como cuidar de uma pessoa em crise de saúde mental na comunidade (Neale, Rosenheck 2000). Nos debates em torno dessa preocupação, cuidado e controle são muitas vezes sobrepostos; o cuidado representa "o bem", enquanto o controle é o mal a ser evitado (Valentini et al. 2015; Jerak-Zuiderent 2012; Lawn et al. 2016). Neste artigo, tomamos cuidado e controle como conceitos que se sobrepõem em situações de crise psiquiátrica. Cuidado e controle andam juntos; ou mesmo o cuidado pode ser uma forma de controle e vice-versa. Sugerimos a expressão **cuidado-controle** para analisar as relações entre os dois. Usamos a metáfora das **coreografias** de cuidado-controle (Cussins 1998; Law 2010) para articular diferenças. A metáfora da coreografia de uma dança nos ajuda a compreender como o cuidado e o controle se inter-relacionam, pois capta tanto o caráter temporal quanto o espacial das práticas de cuidado que envolvem o início de uma crise psiquiátrica.

Para fazer isso, voltamo-nos para as práticas contrastantes em duas equipes de saúde mental comunitárias (ESMCs): uma ESMC em Trieste (Itália) e uma equipe em Utrecht (Países Baixos), e exploramos como essas práticas relacionam cuidado e controle de diferentes maneiras. Isso é interessante porque as práticas diferem na quantidade de medidas coercitivas e no número de leitos psiquiátricos. Alguns números: Trieste tinha 15 leitos por 100.000 habitantes (dado adquirido via troca de e-mail) em 2018, contra 89 por 100.000 habitantes na região de Utrecht (2017)[8]. Cada cidade usa um sistema jurídico e de prestação de contas diferente. Trieste aplica uma política de portas abertas em todos os ambientes de atendimento, tendo fechado seu hospital psiquiátrico (Muusse, Van Rooijen 2015), enquanto nos Países Baixos 41% dos leitos utilizados para internação por até 1 ano e

[7] Esta é uma tradução do artigo intitulado ""Caring for a crisis!" Care and control in community mental health", publicado em 2022 no periódico Frontiers in Psychiatry (vol. 12) pelos autores Christien Muusse, Hans Kroon, Cornelis Lambert Mulder e Jeannette Pols. Tradutor: Rudiney Ivo Lima dos Santos. Revisores: Rafael Mesquita e Luísa Muccillo.

[8] Vektis. Disponível *on-line* em: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ambulantisering-in-de-ggz (Acesso em 21 de maio, 2021).

19% dos leitos em instituições de longa permanência são em enfermarias fechadas (Kroon et al. 2021). O que podemos aprender com essas diferenças? Quais atores estão envolvidos em situações de cuidado-controle em ambos os locais? Como isso leva a diferentes práticas de cuidado-controle? É possível dizer algo sobre as diferenças?

Para responder a essas questões, desvendamos as diferentes maneiras de entender e lidar com a crise, adotando uma abordagem da ética empírica em que o foco está na prática do cuidado e nos valores que passam a importar nessas práticas (Mol, Moser, Pols 2010; Pols 2015; Willems, Pols 2010). A etnografia é utilizada como principal método de pesquisa para examinar essas práticas cotidianas. Primeiramente, esboçamos as duas coreografias de cuidado-controle, mostrando como clientes, profissionais e o específico cenário de cuidado se inter-relacionam nas duas equipes. Em seguida, traçaremos os contrastes entre as duas coreografias. Ao final do artigo, discutiremos se essas formas alternativas de entender a relação entre cuidado e controle podem ajudar a preencher a lacuna (Valentini et al. 2015) entre o tratamento voluntário, por um lado, e as medidas coercitivas, por outro.

Materiais e métodos

Etnografia como um método

Para responder às questões sobre as práticas cotidianas de cuidado em torno de uma crise psiquiátrica e as normatividades nelas embutidas, utilizamos uma abordagem etnográfica tendo como principal método a observação participante. A etnografia é escolhida como método porque oferece a possibilidade de "estudar em primeira mão o que as pessoas fazem e dizem em contextos particulares" (Hammersley 2016) permitindo, assim, observar o que é performado como "bom" (Mol et al. 2010) pelos envolvidos nas práticas de cuidado. A etnografia como método está em consonância com o referencial teórico da ética empírica que "analisa as formas como as pessoas e as coisas convivem em práticas particulares como microssociedades" (Pols 2015: 82) e os valores colocados em cena nessas práticas.

Neste estudo, a primeira autora realizou trabalho de campo no âmbito de uma ESMC em Utrecht durante cinco meses, dividido em dois períodos. Em Trieste, ela realizou um trabalho de campo mais intenso em três blocos por um total de

cinco semanas. Embora a primeira autora tenha uma compreensão básica do italiano, em Trieste a comunicação foi auxiliada por um intérprete familiarizado com os cuidados de saúde mental, a fim de obter uma compreensão detalhada da prática cotidiana. A primeira autora (e o intérprete em Trieste) acompanhou os trabalhadores em suas rotinas diárias, incluindo visitas domiciliares e reuniões de equipe. Durante o trabalho de campo, o foco das observações não foi direcionado por casos pré-selecionados, mas informado pela questão de pesquisa sobre as ideias sobre o bom cuidado apresentadas em situações que foram qualificadas como "eclosão" de uma crise. Na prática, isso levou a uma abordagem ampla, na qual foram estudados não apenas os casos centrados no paciente, mas também, por exemplo, as estruturas de prestação de contas nas equipes.

Durante as observações, as anotações foram feitas à mão, seja no local (por exemplo, durante as reuniões) ou imediatamente após as ocasiões (por exemplo, após as visitas domiciliares). Relatórios de trabalho de campo mais detalhados foram escritos o mais rápido possível, geralmente no mesmo dia. Distinções foram feitas entre notas observacionais e notas mais interpretativas, que foram uma parte importante do caráter iterativo da pesquisa em que a análise não é uma fase separada após a coleta de dados, mas parte do trabalho de campo.

Além da observação participante como método, foram realizadas entrevistas com três grupos de entrevistados:

• Parceiros (de cuidado) de ambas as ESMCs: a seleção de parceiros de cuidado relevantes para uma entrevista foi baseada nos dados observacionais coletados. Por exemplo, em Utrecht, o trabalho de campo mostrou que havia contato frequente com a empresa de habitação, logo os parceiros foram abordados para uma entrevista [oito em Utrecht, quatro em Trieste; mais entrevistas com parceiros foram realizadas em um estudo anterior].

• Clientes das equipes: Em cada local, os clientes foram abordados para uma entrevista formal (três em Utrecht, quatro em Trieste) sobre suas experiências com o cuidado e apoio da ESMC. Mais importante, com um maior número de usuários do serviço, surgiram formas frequentes e diferenciadas de contato informal durante o trabalho de campo; por exemplo, durante visitas domiciliares, reuniões na ESMC, almoço, ou durante visitas a unidades habitacionais ou iniciativas de pares.

• Membros da equipe: após o trabalho de campo, alguns membros da equipe foram abordados para uma entrevista adicional (cinco em Utrecht, seis em Trieste). A seleção dessas entrevistas foi baseada no caráter iterativo da pesquisa: observações específicas levaram a perguntas adicionais e, assim, membros relevantes da equipe foram abordados para refletir sobre essas questões em uma entrevista. Um exemplo neste artigo é a entrevista de um psiquiatra em que o caso de "Miss Westering" é discutido. Além dessas entrevistas, a reflexão sobre o processo cotidiano de cuidado com os trabalhadores da equipe foi parte contínua da observação participante; por exemplo, durante as viagens para visitas domiciliares.

Ao final do trabalho de campo, uma discussão em grupo com a equipe foi organizada em ambos os locais da pesquisa, nos quais os resultados iniciais do trabalho de campo foram discutidos e refletidos junto à equipe. Durante o trabalho de campo, também houve uma troca entre as duas equipes: a ESMC de Trieste visitou a equipe holandesa e ambas, juntamente com a primeira autora, realizaram um *workshop* sobre o CCITP[9] sobre cuidados de crise (outubro de 2018, Rotterdam). Existe uma tradição mais longa de realização de visitas a Trieste da parte da organização na qual está inserida a equipe holandesa. Alguns dos trabalhadores da ESMC de Utrecht, incluindo o líder da equipe, visitaram Trieste pelo menos uma vez.

Posição no campo

A etnografia reconhece que os próprios pesquisadores não são estranhos nem neutros. O pesquisador é quem faz a interpretação, com base em observações de uma determinada perspectiva situada e corporificada. Como Gibbons, Hammersley e Atkinson (1986) afirmam, isso torna a reflexividade um elemento importante na condução da pesquisa qualitativa:

> A reflexividade implica que as orientações dos(as) pesquisadores(as) serão moldadas por suas localizações sócio-históricas, incluindo os valores e interesses que essas lhes conferem. Isso representa uma rejeição da ideia de que a pesquisa social é, ou pode ser, realizada em algum domínio autônomo e isolado tanto da sociedade mais ampla quanto da biografia do(a) pesquisador(a), de tal forma que suas

[9] Nota do Tradutor: CCITP é uma sigla para Profissional Certificado em Ameaça Contra-interna (Certified Counter-Insider Threat Professional).

> descobertas não sejam afetadas por processos sociais e características pessoais (Gibbons, Hammersley, Atkinson 1986: 15).

Para atender ao caráter reflexivo da pesquisa qualitativa, é importante que o(a) pesquisador(a) seja transparente sobre como a perspectiva situada molda seus resultados (Malterud 2001). Neste estudo, a primeira autora tinha experiência com saúde mental comunitária, tanto no cenário holandês quanto em Trieste. Os resultados de investimentos anteriores (Muusse, Van Rooijen 2015) informaram a seleção dos locais de pesquisa (Trieste e Utrecht) e a questão concernente à maneira de lidar com situações de crise em um ambiente comunitário. O fato de a primeira autora estar familiarizada com os dois locais de pesquisa por mais tempo possibilitou o acesso fácil e rápido ao campo e a auxiliou na compreensão dos acontecimentos. A primeira autora é antropóloga de formação e, portanto, pôde observar a prática cotidiana do cuidado e as decisões tomadas com relativa distância, embora conservando familiaridade com a organização do cuidado e a maior parte da linguagem utilizada nas equipes, bem como com as mais especializadas descrições médicas.

Análise do material

Como dito acima, na etnografia, a análise de dados não é uma etapa distinta da pesquisa (Gibbons, Hammersley, Atkinson 1986), mas um processo contínuo em que o pesquisador vai e volta entre questões informadas empírica e teoricamente pelos dados coletados. Após a realização do trabalho de campo, tanto as transcrições das entrevistas quanto as notas de campo foram analisadas usando *Maxqda* (2020). A primeira rodada de análise foi aberta: o material foi lido e discutido pela equipe de pesquisa e relido pela primeira autora, sendo assim feita uma primeira seleção de temas importantes, como, por exemplo, as formas de prevenir uma crise. As etapas seguintes de análise consistiram em uma combinação de etapas abertas e seletivas para aprimorar a análise (método comparativo constante). Isso levou a um foco na relação entre cuidado e controle. Na análise, atentamos tanto às semelhanças quanto às diferenças entre Trieste e Utrecht.

Durante a análise optamos por utilizar a metáfora de uma coreografia (Cussins 1998; Law 2010), para descrever a forma como diferentes atores se relacionam em momentos de uma chamada crise psiquiátrica e como diferentes formas de cuidado e controle fazem parte disso. Law usa essa metáfora para

descrever as complexidades em torno de cuidar e matar no contexto da epidemia de febre aftosa entre o gado em 2001 no Reino Unido. Law (2010) refere-se a Cussins (1998) quando descreve uma coreografia como "o arranjo e distribuição de eventos e atores no espaço e no tempo, ora aproximando atores, ora mantendo-os separados" (Law 2010: 67). Law aponta que no sentido literal o termo coreografia se refere à escrita de uma dança, mas que na prática comum "o termo é usado para se referir a um conjunto espaço-temporal de regras ou práticas que moldam, mas não determinam as ações dos corpos e dos dançarinos" (Law 2010: 68). Usamos o termo **coreografia de cuidado-controle** como metáfora para encapsular a ideia de uma situação de crise como um conjunto de ações coordenadas entre diferentes atores no tempo e no espaço. Ao contrastar as **coreografias de cuidado-controle** de Trieste e Utrecht, veremos que muitos dos "atores" que entram em cena em ambos as ESMCs são comparáveis; no entanto, há diferença entre o que é posto em cena, em que momento, por quem e em qual lugar.

Ética

Durante as visitas ao local e as reuniões, a primeira autora sempre foi transparente sobre seu papel; na sala de espera e no *hall* de entrada das ESMCs foram fornecidas informações sobre a pesquisa, incluindo uma foto da primeira autora e seus detalhes de contato. Os interlocutores das entrevistas deram o seu consentimento informado. Todo o material foi anonimizado e não foram recolhidos nomes ou outros dados pessoais. Seguindo a tradição antropológica, são utilizados pseudônimos neste texto e algumas características pessoais são alteradas quando necessário para proteger o anonimato das pessoas envolvidas. O METC da *Vrije Universiteit* (VU, número FWA00017598)[10] declarou que o *Medical Research Involving Human Subjects Act* (WMO)[11] não

[10] N.T.: Na Universidade Livre de Amsterdã (Vrije Universiteit Amsterdam), METC é a sigla de Medisch-ethische toetsingscommissie. No Brasil, o METC seria análogo ao Comitê de Revisão de Ética Médica ou, mais comummente, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). FWA00017598 corresponde ao que chamamos localmente de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), o número de identificação atribuído ao projeto de pesquisa uma vez submetido ao processo de revisão ética.

[11] N.T.: A Lei Holandesa de Pesquisa Médica com Sujeitos Humanos (Dutch Medical Research with Human Subjects Law, WMO) equivale às resoluções criadas e preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no Brasil.

se aplica ao estudo. Permissão ética adicional foi fornecida pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Trimbos.

Diferentes estratégias foram usadas como verificação de membros participantes. Primeiro houve a discussão em grupo em ambas as equipes. Em adição, se acordadas, as transcrições das entrevistas seriam enviadas aos entrevistados. Os entrevistados também foram informados sobre as citações usadas neste artigo, sejam elas descrições de trabalho de campo ou parte de uma entrevista. Alguns contatos-chave na área tiveram a oportunidade de ler o artigo inteiro antes da submissão e ofereceram seus comentários e ideias. Isso não levou a mudanças substanciais.

Resultados: duas coreografias de cuidado-controle

Contexto

Contexto Histórico

O "modelo Trieste" de saúde mental que se desenvolveu desde a década de 1970 é baseado nas ideias de Franco Basaglia (1924-1980), um psiquiatra italiano. Ele afirmou que a pessoa com a doença mental – e não o transtorno – deve ser colocada no centro do sistema de saúde mental. Na década de 1970, ele propôs uma maneira diferente de organizar o sistema de saúde mental de Trieste: fechar o hospital psiquiátrico e fazer uma mudança radical na organização dos cuidados de saúde mental na comunidade, iniciando os Centros Comunitários de Saúde Mental (CCSM). Foram princípios importantes nesse movimento: oferecer um baixo limiar ao cuidado, trabalhar com as portas abertas e minimizar a coerção (Foot 2014; Portacolone et al. 2015). Esse movimento em 1978 levou à implementação da Lei 180 em toda a Itália, que previa o fechamento dos hospitais psiquiátricos. A implementação real dessa lei variou muito entre as várias regiões da Itália (Fioritti 2018; De Vito 2015).

Nos Países Baixos, o processo de desinstitucionalização foi mais gradual. Diferentes formas de saúde mental comunitária já existiam antes da Segunda Guerra Mundial e serviram de exemplo para outros países naquela época (Vijselaar, Van Hoof, Kok 2009). Nas diferentes fases de desinstitucionalização pela qual passaram os Países Baixos, o objetivo era reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e ampliar a inclusão social, em vez de fechar totalmente o hospital. Hospitais psiquiátricos agora funcionam em cooperação com ESMCs e equipes de Tratamento

Comunitário Assertivo Flexível (Van Veldhuizen 2005; Nugter et al. 2016) e outras formas de atendimento ambulatorial.

ESMC de Trieste

Trieste é uma cidade com 205.000 habitantes no norte da Itália. Cada ESMC é composta por enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, especialistas em reabilitação e assistentes sociais e se localiza em um Centro de Saúde Mental Comunitária (CSMC). O CSMC funciona como um único ponto de responsabilidade em uma área de abrangência, oferecendo tratamento diurno, em consultório e domiciliar, e funcionando como centro de acolhimento para usuários do serviço, vizinhos, familiares e outros. Os enfermeiros se revezam na recepção do centro, permitindo-lhes agir rapidamente sobre as demandas de cuidado tanto dos pacientes quanto de outras pessoas. Não há lista de espera e não há necessidade de encaminhamento para atendimento no CSMC. No centro onde a primeira autora realizou as observações, havia um total de seis camas em quartos para uma ou duas pessoas, disponíveis para pacientes que precisassem pernoitar. Caso pessoas necessitem de cuidados psiquiátricos agudos após às 20 horas, são encaminhadas para o serviço de crise psiquiátrica do hospital geral (*SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* – Serviço Psiquiátrico para Diagnóstico e Tratamento), que possui uma pequena enfermaria com seis leitos. Tanto o CSMC quanto a ala psiquiátrica têm uma política de portas abertas.

A ESMC incide em projetos com diferentes cooperações sociais, que fornecem serviços de suporte à vida e abrigo, e com outros prestadores de cuidados como serviços sociais que atuam no mesmo distrito de saúde. A ESMC tem como objetivo responder a uma crise interna à comunidade, de forma a evitar transições no cuidado por meio do provimento de cuidado no seio comunitário e, assim, evitar a hospitalização aguda (Mezzina, 2016; WHO, 2021).

ESMC de Utrecht

Utrecht está localizada no meio dos Países Baixos e é uma cidade um pouco maior que Trieste, com aproximadamente 360.000 habitantes. A ESMC onde realizamos nosso trabalho de campo é composta por profissionais de saúde de duas organizações; uma focada no serviço de suporte à vida e a outra

nos cuidados de saúde mental. Uma proporção dos pacientes recebe atendimento de ambas as organizações. A equipe inclui um psicólogo, um psiquiatra, um especialista por experiência, enfermeiros de saúde mental e gerentes de casos pessoais. Em seu trabalho, a ESMC adapta o modelo de Tratamento Comunitário Assertivo Flexível (TCAF), um modelo de cuidado que combina gestão de casos individuais com um volume de casos compartilhados e alcance assertivo. Ao contrário de Trieste, onde não é necessário encaminhamento para atendimento de uma ESMC, a equipe atende aqueles indicados como necessitados de tratamento especializado em saúde mental. Caso não haja indicação de tratamento ou os problemas não sejam prioritariamente psiquiátricos, as pessoas são encaminhadas para outras equipes ou domínios assistenciais. O panorama de cuidados de saúde mental em Utrecht é, portanto, mais diferenciado e fragmentado do que em Trieste: junto à ESMC existem equipes para tratamento de primeira linha, outras organizadas em torno de um diagnóstico específico (por exemplo, Distúrbios do Espectro Autista) e há, ainda, diferentes instalações clínicas. Alguns desses grupos e instalações são administrados pela mesma organização de saúde mental, enquanto outros estão localizados nos hospitais gerais da cidade.

Coreografia de cuidado-controle em Trieste

Que situações são vistas como um risco para (o início de) uma crise tanto na ESMC de Trieste quanto em Utrecht? Começamos com a coreografia de cuidado-controle em Trieste. Tomamos o cuidado em torno de usuários e situações específicas do serviço como ponto de partida para mostrar como os usuários, os profissionais e o cenário de cuidado específico se relacionam entre si.

Identificando uma crise

Como se define e identifica uma crise em Trieste? Esse é um tema recorrente nas reuniões diárias da equipe. Um chefe de um CSMC descreve[12] uma crise da seguinte forma:

[12] N.T.: Por todo o tópico "3. Resultados", com exceção do subtópico "3.1.1. Contexto histórico", os(as) autores utilizam o presente como tempo verbal preponderante (*simple present*). Mesmo acontecimentos pontuais ocorridos durante o trabalho de campo são narrados nesse modo temporal

> **Líder de equipe**: Muitas vezes, uma crise não é a crise de uma pessoa, mas a crise de um contexto. Se houver boas relações na rede ou na família, é fácil resolver os problemas. Muitas vezes as relações não são boas e aí o problema anda em círculos, se mantém.
>
> **Entrevistador**: E os sintomas psiquiátricos?
>
> **Líder de equipe**: Esses problemas existem e são reais. Você não deve negar isso, mas não é tanto sobre os sintomas em si, mas sobre os sintomas que criam um comportamento difícil. Os sintomas estão sempre numa relação onde os problemas evoluem: no sistema (Entrevista, chefe do CSMC).

Se uma crise é vista como uma crise de um contexto, entram em cena diferentes atores: ao lado da saúde mental, está a família e a rede social mais ampla. Eles são necessários para identificar o início de uma crise:

> Se falamos da configuração de uma crise, e para intervir no momento certo, é fundamental saber ouvir as pessoas. Todo mundo pode ouvir gritos ou choros, isso não é tão difícil. Mas se alguém está sussurrando, você deveria conseguir ouvir também (Entrevista ex-diretor Trieste CMHC[13]).

A crise pode começar com um sussurro difícil de ser ouvido pelos membros da equipe. Para ouvir esses sussurros, a equipe precisa de uma forte conexão com a rede social dos usuários do serviço. Identificar uma crise é, portanto, um esforço compartilhado da ESMC e da rede social mais ampla. A equipe considera importante descobrir precocemente os sinais de uma crise e, para alcançar esse objetivo, a rede social do usuário é envolvida ao máximo (Mezzina, Johnson 2008).

Cuidado e controle para Ricardo

Aqui está a situação de Riccardo, um jovem que fica no centro durante o primeiro período do meu trabalho de campo:

("um chefe de um CSMS descreve" ao invés de "um chefe de um CSMS descreveu"). Uma vez que a estrutura temporal utilizada em etnografias é um debate clássico dentro da disciplina antropológica, optamos por uma tradução fiel à opção feita pelos(as) autores(as).

[13] N.T.: No centro comunitário de saúde mental (community mental health center - CMHC), atua a equipe comunitária de saúde mental (community mental health team - CMHT) ou, simplesmente, a locução adjetiva, saúde mental (mental health - MH), encontrada mais livremente ao longo do artigo.

> Quando entro no jardim da ESMC junto com a Arianna, uma enfermeira, Riccardo está ali sentado, fumando, com outra enfermeira ao lado dele. Arianna explica que os membros da equipe sempre se juntam a Riccardo quando ele sai por causa do risco de ele se afastar. Ela me conta um pouco mais sobre sua situação. Riccardo veio para ficar no centro de forma voluntária há alguns dias porque houve uma "*crisi brutta*" em que ele também se tornou fisicamente agressivo. Ele é um jovem de vinte e poucos anos, mas já está sob os cuidados da ESMC há alguns anos. Ela afirma que um dos problemas é o relacionamento dele com os pais; eles nunca apoiaram o tratamento ou a medicação. Eles tentaram coisas diferentes – começar uma educação, encontrar um emprego – mas nunca deu certo.
>
> Durante um turno da noite, um enfermeiro descreve a atitude da equipe em relação a Riccardo como a busca por um equilíbrio entre ficar de olho nele e não estar muito perto. No dia seguinte, observo um exemplo: um voluntário de uma organização juvenil que a equipe envolveu no apoio a Riccardo o leva para tomar um sorvete, em uma *trattoria* na estrada. Naquela mesma tarde, uma enfermeira caminha com Riccardo em direção ao portão do jardim, anunciando "Vamos tomar um sorvete!". "Mas já fizemos isso hoje!", outra enfermeira responde. "OK, um café então!". E lá vão eles (com base nas notas de campo).

Nesta situação, existem diferentes atores envolvidos em seu cuidado e controle. Primeiro, há o centro. Como a ESMC está em um local com seis leitos, existe a possibilidade de internar Riccardo no centro sem transferir os cuidados dele para uma equipe clínica separada. Na linha da filosofia de Basaglia, no centro, as portas ficam sempre abertas. No entanto, isso não significa que os movimentos de Riccardo não sejam controlados de alguma forma. Em vez de uma porta mantendo Riccardo dentro, as enfermeiras e outros (voluntários ou mesmo a primeira autora, ao responder à pergunta muitas vezes repetida, "Onde está Riccardo?") estão envolvidos na observação dos movimentos de Riccardo, de forma a evitar um possível afastamento. A equipe senta-se ao lado dele enquanto fuma no jardim e o leva para fora, para tomar um sorvete ou um café. Esse cuidado com Riccardo é ao mesmo tempo uma forma de checar e controlar seus movimentos, guiando-o e seguindo-o para os lugares onde ele quer estar, ao invés de impor os desejos da equipe sobre seus movimentos. Driessen (2017) nomeou essa maneira de alinhar os desejos dos pacientes com os desejos dos profissionais como "*will-work*".

Uma porta fechada controla os movimentos dos pacientes, mas cuidar e se manter próximo também podem ser entendidas como formas de controle dos movimentos. Mas é importante diferenciá-las. Uma porta fechada restringe os movimentos à força e separa os de dentro dos de fora. Orientar e seguir movimentos faz outra coisa; controla movimentos por meio do envolvimento dado pelo contato intenso e pela manutenção da proximidade. Embora isso possa ser muito direto, o curso das atividades não é tão determinado quanto se Riccardo estivesse atrás de uma porta fechada. Diferentes negociações e formas de "ser cuidado" são possíveis.

Cuidado de Crises no SPDC

Orientar e seguir movimentos por espaços sem portas fechadas também funciona na enfermaria psiquiátrica do hospital geral de Trieste:

> Junto-me à psiquiatra que está de plantão no turno da tarde/noite no SPDC. Uma ambulância havia trazido um jovem do abrigo de refugiados localizado no porto de Trieste. Ele estava intimidando as pessoas, agindo com violência e automutilação. Quando a psiquiatra quer examiná-lo, o homem primeiro não quer sair do quarto. Algum tempo depois, o homem está andando pelo corredor em direção à saída. Ele tem um curativo em torno de ambos os braços. A psiquiatra e duas enfermeiras o seguem, uma delas bloqueando o acesso direto à porta e tomando um atalho pelo escritório administrativo. A psiquiatra tenta continuamente conversar com ele em uma mistura de italiano/inglês durante o passeio pelo corredor, convencendo-o a passar a noite: "Onde você gostaria de ir a esta hora do dia? Você está doente, por favor, fique esta noite". "Realmente, você está muito fraco agora, vamos lá, você tem que descansar um pouco" e "amanhã você pode sair, mas por favor descanse agora – *per favore*, *per favore*". A psiquiatra o leva de volta para a sala, dando-lhe um braço. Esse processo é repetido duas vezes. Ele fora admitido formalmente de maneira voluntária, então, detém o direito de deixar a enfermaria. A psiquiatra confirma isso, mas continua a convencê-lo a ficar. Ela diz a ele: "Claro que a porta está aberta, se você quiser, pode sair. Mas, realmente, é mais sensato se você ficar para a noite. Você quer fumar? Você pode fumar no seu quarto!". Então, o homem volta para seu quarto e o ritual se repete novamente. A psiquiatra lhe oferece medicação com a explicação de que "isso vai deixar você calmo", o que o homem aceita. Ainda assim, ele quer sair, afirmando que tem um compromisso. A enfermeira lhe oferece o uso de seu

> telefone no escritório da administração para marcar sua consulta. Neste pequeno consultório, a psiquiatra e o homem se sentam e ela tenta entabular novamente uma conversa com ele: "Você é tão jovem. Quantos anos você tem? Vinte? Por favor, sente-se, você não está em condições de ir", e ela aponta para as bandagens em torno de seus braços. Mais uma vez, ela o leva para seu quarto, dando os braços a ele. Eles caminham juntos pelo corredor; parece que o homem vai passar a noite (com base nas notas de campo).

Nesta situação, o jovem é persuadido a passar a noite, porque os profissionais de saúde acharam sua condição muito grave para estar nas ruas. Eles tentam controlar a situação persuadindo-o a ficar, posicionando-se e movendo-se no espaço para dificultar sua saída. O instrumento mais importante para conseguir isso é engajando-o em uma conversa e, ao fazê-lo, procuram pontos de abertura que possam usar em sua negociação com ele. Ele tem permissão para fumar em seu quarto, por exemplo, embora oficialmente isso infrinja as regras da casa. Eles o deixam usar o telefone e, ao mesmo tempo, aproveitam essa oportunidade para se sentar com ele e conversar. Eles discutem, suplicam, bajulam e quase imploram, mas nunca forçam diretamente o homem a ficar. As características físicas dessa ala — a porta aberta — criam uma situação em que a única maneira de fazê-lo ficar é engajar-se no contato intenso.

Ao lado dos esforços para se engajar em uma conversa e contato intenso para controlar a situação, o homem é obrigado a mover-se pelo espaço de maneiras específicas, sem ser enfrentado fisicamente de forma direta. Na verdade, parecia[14] a performance de uma dança, onde cada parceiro se move em relação ao outro. A psiquiatra realizou fisicamente esse movimento dando-lhe um braço e conduzindo-o ao local desejado: seu quarto. Mais uma vez, movimentos de controle são realizados pela condução de gestos, movimentos e formas de tocar uns aos outros.

Medicação como cuidado-controle

[14] N.T.: Apesar de os(as) autores(as) utilizarem o "presente etnográfico" como estilo narrativo, quebram, em algumas passagens, o paralelismo sintático construído. Ao invés de escrever "parece uma performance de dança" [*it looks like a performance of dance*]" e manter o paralelismo com a estrutura que elegeram, optaram nesse caso (e em alguns outros) por modificar o tempo verbal: "parecia uma performance de dança" [*it looked like the performance of a dance*].

Outra parte da coreografia do cuidado-controle em Trieste é a oferta de medicamentos. A oferta de medicamentos faz parte da negociação entre profissionais, usuários e, por vezes, a família, como é o caso de Riccardo. A medicação é uma forma de cuidado que às vezes precisa ser controlada, mesmo que não seja forçada (ou seja, verificar se a medicação foi de fato tomada). No entanto, esse controle é, em si, uma maneira de evitar agravamentos. Muitos usuários do serviço vão ao centro para pegar seus medicamentos diariamente, mensalmente ou em qualquer outro momento entre essas duas escalas de tempo. Fazer com que as pessoas obtenham regularmente sua medicação consiste em uma combinação de cuidado (via medicação) e controle, por meio do acompanhamento de seu estado de saúde. Esse quadro oferece à equipe a possibilidade de intervir imediatamente quando algo parece errado:

> O enfermeiro Mauro está caminhando até Ravi, um homem que mora com a mãe. Ravi costuma visitar o centro todas as manhãs para pegar sua medicação, mas fez uma ligação dizendo que dessa vez não poderia ir devido a uma dor nas costas. Para o enfermeiro Mauro, esse é um motivo para fazer um *check-up* não agendado. Quando entramos no apartamento, a mãe nos leva até a cozinha; Ravi está lá, sentado em um banco de madeira. Mauro pergunta como ele está. Ravi reclama das costas e do medo de não conseguir mais se mexer. A mãe entra constantemente na conversa, explicando o quão pesada a situação é para ela. Mauro pergunta à mãe sobre sua família. A mãe agradece a oportunidade de mostrar fotos da família e da marcenaria de seu falecido marido. Tudo leva mais de uma hora. Durante essa conversa, Mauro entrega a medicação para Ravi: pílulas e um líquido, um com P ("*pomeriggo*"/tarde), outro com S ("*serra*"/noite). No caminho de volta, verifico se é medicação extra. "Não", diz Mauro, "mas eu peguei, porque Ravi não visitou o centro esta manhã". Ele afirma que este foi um bom dia e eu pergunto por quê. "Porque houve tempo para conversar", ele responde. "Essa conversa não é aguda no momento", acrescenta Mauro, "mas é importante a longo prazo, para evitar uma crise" (com base em notas de campo).

A distribuição de medicamentos dessa forma pode ser entendida como parte da coreografia do cuidado-controle, pois oferece a oportunidade de verificar o status do atendimento dos usuários, manter a ingestão de medicamentos estável e construir relações com a família para intervir rapidamente quando necessário.

Mas a verificação da medicação também funciona de outras maneiras. Em entrevista, a diretora dos serviços de saúde mental (MH) aponta que a medicação faz parte da relação entre usuários e profissionais: "Às vezes você tem que aceitar que as pessoas recusam a medicação. A aceitação da medicação é muitas vezes um passo importante no processo mais amplo de trabalhar na recuperação".

Por fim, a medicação pode ser uma forma de possibilitar um relacionamento ou uma conversa. Isso aconteceu no SPDC; oferecer ao homem medicação calmante tornou mais fácil seu engajamento em uma conversa, apesar de seu estado agitado. Como um dos psiquiatras afirmou em uma conversa sobre o controle de uma crise: "Às vezes, é primeiro dormir, depois conversar!". A medicação, então, abre caminhos para possibilitar uma abordagem relacional do cuidado. A medicação, portanto, faz parte da dança em torno de lidar com uma crise e não uma intervenção isolada.

O papel da reda

A hora de conversar – seja sobre marcenaria ou medicação e sintomas – é importante a longo prazo, porque o objetivo da coreografia de Trieste de cuidar e controlar é construir um relacionamento com os pacientes e suas redes sociais, como a mãe de Ravi. Essa imersão relacional é importante para evitar uma crise. O trabalho de relacionamento e a criação de rede também puderam ser testemunhados durante a admissão de Riccardo no centro. A equipe estabeleceu contato com os voluntários de uma organização juvenil na esperança de que isso criasse novos contatos; ademais, envolveu uma cooperação social no trabalho e tentou encontrar moradia para Riccardo junto a outros jovens. O trabalho de crise nessas situações incide nos relacionamentos por meio da construção e manutenção da rede de relações do paciente. Um ex-diretor do MH Trieste reflete que:

> O conceito de crise em si é inexistente, está sempre em um contexto específico. E, como profissional, importa o que você faz nesse contexto. Há sempre uma configuração e, se você estiver organizado na comunidade local, poderá intervir em todas as etapas. Muitas vezes, quando chamamos algo de crise, vemos apenas o fim do processo, o momento agudo. Mas se você estiver realmente presente na comunidade local você pode intervir antes dessa fase e pode fazer a diferença (Entrevista ex-diretor MH Trieste).

A percepção de que uma rede social forte pode não apenas prevenir, mas também amortecer e, assim, controlar uma crise significa que muito do trabalho em Trieste é dedicado à construção e manutenção dessas relações (Muussee, Kroon, Mulder, Pols 2020). A rede pode ser uma fonte de informação durante uma crise. O contato com a rede social cria uma rede de cuidado-controle de "muitos olhos" na qual é mais fácil verificar como se está, "ouvir os sussurros" na preparação para uma crise e intervir se necessário.

O sistema jurídico

Nas situações com Ravi e Riccardo, embora o contato às vezes fosse difícil e exigisse muito trabalho, o tratamento era voluntário no sentido de que as situações eram controladas sem medidas legais e sem o uso de força direta ou coação. Para evitar a coerção, os profissionais se envolvem em negociações, persuadindo os pacientes a aceitarem o cuidado. Se persuadir, negociar e envolver a rede não funcionar e a situação for percebida como grave, uma ordem de tratamento comunitário (OTC, ou TSO em italiano) pode ser emitida, com base na necessidade de critério de tratamento. A ausência de um critério de periculosidade relaciona-se à visão de Basaglia e é vista como um passo fundamental para romper a ligação muitas vezes feita entre transtornos mentais e periculosidade (Mezzina 2018). Na Itália, o critério de periculosidade não está listado como requisito para tratamento forçado (Ferracuti et al. 2021). Prevalece o critério de necessidade de tratamento. A lei estipula que, dentro de um OTC, os médicos são obrigados a buscar o consentimento e, nesse caso, os tratamentos involuntários terminam.

Em Trieste, o número de OTCs emitidos, no entanto, é relativamente baixo, em 2018: foram 30 OTCs para 18 pessoas (dado adquirido via troca de e-mail). Se um OTC for emitido, isso é feito principalmente em um centro para evitar ao máximo as transições nos cuidados. Isso significa que enfermeiros e outros são designados para apoiar e orientar uma pessoa com OTC (mesmo lado a lado, quando a crise é grave) no centro e acompanhá-los ao sair. Quando um OTC é emitido, muitas vezes diferentes atores estão envolvidos para tornar possível esse apoio intenso. Esses podem ser parentes, pessoas que trabalham na cooperação social ou outros envolvidos na rede de um paciente.

Coreografia de cuidado-controle em Utrecht

Identificando uma crise

Para entender como em Utrecht a coreografia do cuidado-controle toma forma e como ela contrasta com a coreografia do cuidado-controle em Trieste, devemos examinar como as situações de risco de crise são identificadas. Portanto, é importante descrever um instrumento específico que é usado na ESMC em Utrecht: o quadro TCAF.

O quadro TCAF é uma planilha do Excel que é projetada em uma tela todas as manhãs na reunião da equipe. A planilha do Excel lista os clientes que são percebidos como estando em risco de crise. A ficha do "quadro" traz informações sobre o diagnóstico, o motivo pelo qual alguém é "colocado" no quadro, além de detalhes sobre sua rede social, uso de drogas, situação jurídica e os objetivos e desejos que foram formulados junto a esse cliente. Todas as manhãs, são discutidas possíveis intervenções, como ajustes na medicação, solicitação de medida jurídica ou intensificação da frequência de visitas domiciliares. A ideia por trás do quadro consiste em oferecer uma maneira flexível de alternar entre o trabalho diário em equipe para aqueles (em risco de estarem) em crise, e uma abordagem de gestão de caso individual menos intensa, para períodos em que aqueles estão em estabilidade (Van Veldhuizen 2007).

Na ESMC de Utrecht, "ser colocado no quadro TCAF" significa, portanto, que alguém é identificado como em crise ou em risco de crise, com base no contato com a pessoa ou com a rede. Isso pode ser devido a uma série de razões diferentes. Em uma manhã aleatória, a primeira autora listou as razões pelas quais os usuários do serviço foram colocados no quadro TCAF naquele dia específico. Isso mostra uma grande diversidade de razões sociais e médicas:

> Levantamento de agitação e suspeita, automutilação/Expressão de pensamentos suicidas/Baixo peso corporal/Agressão, envolvimento em bebida/Ansiedade/Comportamento supersticioso, intimidador/Alta hospitalar recente/Risco de perda da guarda da(o) filha(o)/Comportamento estranho e compulsivo/Em risco de despejo (notas de campo).

O quadro oferece uma maneira estruturada de identificar o risco de uma crise quando ela é mais ou menos aguda. Uma vez que uma situação é identificada como em risco de se deteriorar em uma crise, como a situação pode ser controlada e cuidada?

Aqui está o caso da Srta. Westering, uma mulher de 40 anos, que vive junto com o marido e dois filhos.

> Soube pela primeira vez sobre a Srta. Westering durante uma reunião extra que foi agendada porque a equipe estava preocupada com sua condição. Sem consultar a psiquiatra, ela parou de tomar a medicação e a equipe temia que ela ficasse hipomaníaca. Seu marido diz que ela está alucinando. Eles discutem como podem quebrar o ciclo repetitivo de abandonar a medicação e acabar em crise novamente.
>
> Na semana seguinte, uma enfermeira informa à equipe que a Srta. Westering chamou a equipe de crise e uma ambulância duas vezes à noite. A equipe sabe por experiência que ela se estabilizará se começar a tomar a medicação, mas até agora ela se recusou. O que fazer? Iniciar a ingestão supervisionada de medicamentos ou iniciar um procedimento jurídico para forçá-la a tomar medicamentos? Uma enfermeira me explica que o fornecimento de medicação supervisionada é feito por outro prestador de serviço que também trabalha fora do horário de expediente. Outra enfermeira afirma que eles têm que ser rigorosos e claros porque há crianças envolvidas. Temos que dizer: "É isso que vamos fazer!"
>
> Ao término da reunião, o marido da Srta. Westering está esperando no escritório da ESMC. Ele veio pedir ajuda à equipe, porque não dormiu a noite inteira; ele estava cuidando de sua esposa, com medo de que ela se afastasse. A equipe decide fazer-lhe uma visita domiciliar. Ao retornarem, eles me dizem que a situação era grave e que eles querem hospitalizar a senhorita Westering imediatamente com uma admissão involuntária de emergência (AIE). No dia seguinte, uma gerente de caso me conta que quando chegaram à sua casa, ela já havia feito as malas; A Srta. Westering se encontrava disposta a ir ao hospital. Ela está agora em uma ala de crise de forma voluntária (notas de campo).

No caso do controle de cuidados para a Srta. Westering, diferentes atores desempenharam um papel. Primeiro, há a ESMC. Quando uma situação em torno de um paciente sob seu cuidado é identificada como uma crise, tanto o cuidado quanto o controle em torno de um usuário do serviço são intensificados. Assim como em Trieste, mais membros da equipe estão envolvidos de forma flexível e cada membro é atualizado sobre a situação através do quadro TCAF. Uma vez que a equipe em Utrecht é composta por trabalhadores de uma organização de tratamento e por uma organização de suporte à vida, isso também oferece a possibilidade de intensificar o cuidado envolvendo esta última. Ao contrário de Trieste, uma internação em Utrecht pode

ser vista como uma boa intervenção para controlar a situação e cuidar do cliente. Tratamento e suporte mais intensos podem ser dados em comparação ao apoio ambulatorial da ESMC; por exemplo, quando alguém precisa de cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana, algo que a ESMC em Utrecht não oferece.

Portanto, diferentes parceiros de cuidados e diferentes formas de expertise estão envolvidas na coreografia de controle-cuidado para a Srta. Westering: há uma rede de diferentes tipos de profissionais e organizações de cuidado que entram no palco quando há suspeita de uma crise e a ESMC percebe a situação como arriscada. Uma organização separada pode ser chamada quando a ingestão supervisionada de medicamentos parece necessária. Além disso, existem os serviços de emergência e, como último recurso, a enfermaria de crise, onde os clientes podem ser admitidos voluntariamente, ou contra a sua vontade com uma medida legal. Diferentemente de Trieste, a continuidade do atendimento da ESMC em Utrecht nem sempre significa prestar atendimento pela mesma equipe (Mezzina, Johnson 2008), mas conectar organizações responsáveis que funcionam em rede para possibilitar a continuidade do atendimento. Em vez de ficar sob os cuidados da mesma equipe, em Utrecht uma internação em crise significa a transferência para uma equipe clínica e o atendimento é coordenado entre as duas equipes e diferentes formas de expertise.

O papel da rede

Ao lado da ESMC e de outros estabelecimentos de saúde mental, a rede social de clientes como a Srta. Westering também é um fator importante na situação. No caso da Srta. Westering, existe apoio por parte do marido, que também controla sua segurança, ficando acordado a noite toda para vigiá-la. Ademais, há as crianças. Sua vulnerabilidade é uma razão para a equipe prestar atenção redobrada e, dessa forma, influenciar o controle do cuidado com a Srta. Westering. Isso fica claro durante uma reunião matinal em que a psiquiatra compartilha suas experiências:

> A psiquiatra fala sobre uma visita domiciliar à Srta. Westering no início daquela semana. Durante a visita domiciliar, a psiquiatra mencionou que eles poderiam solicitar uma ordem de tratamento comunitário [tratamento supervisionado pela OTC], mas a Srta. Westering não esboçou qualquer reação. A psiquiatra então falou sobre as crianças, que era importante

> para ela ser uma mãe forte. Ela compartilha com a equipe que pensou, hesitante, se essa era a coisa certa a fazer e que parecia um pouco manipuladora. Uma enfermeira diz: "Agora você está sendo muito dura consigo mesma. É a verdade, não é? Negociar faz parte do nosso trabalho" (notas de campo).

Refletimos sobre isso em uma entrevista. A psiquiatra explica mais sobre suas considerações:

> Achei difícil. Prefiro discutir aberta e racionalmente com alguém sobre o que está acontecendo e o que seria uma escolha sábia e deixar o máximo de autonomia possível ao paciente. Mas, por outro lado, faz parte do nosso trabalho diário persuadir um pouco as pessoas na direção das escolhas que consideramos saudáveis ou sábias. Tem dois lados. Eu gosto de ser aberta e direta, e isso [referir-se a ser uma boa mãe[15]] pareceu um pouco manipulação (Entrevista, psiquiatra).

As crianças passam a fazer parte da coreografia do cuidado-controle quando a psiquiatra as envolve na discussão com a mulher sobre o uso da medicação. Este é um dilema para ela: quando a persuasão se torna manipulação? Idealmente, ela respeita a autonomia dos pacientes e discute abertamente as diferentes possibilidades de tratamento sobre os princípios da tomada de decisão compartilhada. Mas quando essa conversa não é possível, a negociação ou a persuasão para evitar um agravamento também faz parte do trabalho. O problema aqui é que essa visão de cuidado pautada na autonomia individual faz com que ela se pergunte se engajar-se em persuadir ou manipular ainda é um bom cuidado, ao mesmo tempo em que reconhece que faz parte da prática cotidiana do cuidado. Em Trieste, a negociação e a persuasão não foram problematizadas dessa forma, mas foram vistas como uma forma legítima de evitar a coerção dentro da relação.

Medicação como cuidado-controle

No controle de cuidados para a Srta. Westering, a medicação desempenha um papel de diferentes maneiras. Primeiro, a falta de motivação para continuar tomando a medicação é vista como um dos motivos para identificar a situação como "de risco". Não é identificada apenas como um risco porque a adesão à medicação é vista como importante para prevenir uma crise em geral, mas especificamente porque eles

[15] N.T.: Comentário inserido pela primeira autora, Christien Muusse.

sabem pela história da Srta. Westering que parar de tomar a medicação aumenta seu risco de crise. O ideal da psiquiatra em discutir abertamente diferentes possibilidades sobre o uso de medicamentos e efeitos colaterais e, juntamente à paciente, chegar à melhor solução parece não funcionar. Isso significa que outras formas de cuidado-controle devem ser empregadas. Se negociar e persuadir não funcionam, outra possibilidade vem à tona: o cuidado forçado.

O Sistema Jurídico

O trabalho de campo foi realizado um ano antes de uma nova lei sobre cuidados forçados ser implementada nos Países Baixos em 2020 (Frederiks 2018). No caso da Srta. Westering, a antiga lei ainda era aplicável. Para ela, isso significou que duas formas de cuidado forçado foram discutidas. Primeiro, há a ordem de tratamento comunitário (OTC/*rechterlijke machtiging* em holandês), mencionada pela psiquiatra em sua visita domiciliar à Srta. Westering. Uma OTC detém um status jurídico que pode ser aplicado, no momento da pesquisa, em uma situação não aguda. A OTC contém orientações para que o cliente se atenha a determinadas condições, como manter contato com um psiquiatra ou aderir a um curso de medicação, para evitar hospitalização forçada. Essa OTC possibilita, assim, em um ambiente ambulatorial, o uso de certa força para garantir que os usuários do serviço concordem com tais regras sem a aplicação de coerção direta. É visto como "*stok achter de deur*" (literalmente, um bastão atrás da porta), uma espécie de rede de segurança que pode ser usada caso alguém não cumpra os acordos feitos. A OTC foi frequentemente citada na equipe como instrumento para alinhar o comportamento dos clientes com os anseios da equipe. Foi percebida como uma forma de evitar a coerção, quando, na verdade, faz parte da lei sobre o cuidado forçado. Esse caráter dual da OTC foi discutido em entrevista com uma enfermeira:

> **Enfermeira:** Muitas vezes nos referimos a isso como um bastão – um "*stok achter de deur*". Não é realmente coerção – quero dizer, não é como – você não toma essas pílulas, portanto...
>
> **Entrevistador:** Mas é uma medida jurídica...
>
> **Enfermeira:** Sim, claro, mas na minha opinião, mesmo que não tenha todas as condições, você ainda tem que dialogar. Não é como se você não aderisse a uma das condições, então imediatamente você é internado no hospital.

> **Entrevistador:** Não funciona assim...
>
> **Enfermeira:** Não, só... Trata-se mesmo da segurança de cada um ou dos outros, ao invés de "você tem que fazer" (entrevista com enfermeira de saúde mental).

A enfermeira destaca o caráter relacional do trabalho com essa medida; permite que a equipe se engaje em um diálogo com o cliente de uma forma que enfatize a urgência da situação. Relaciona-se com o dilema frequentemente levantado nas equipes de saber se é possível intervir quando alguém recusa o atendimento. Novamente, partindo do paradigma de que o paciente é um indivíduo autônomo e tem direito legal à autodeterminação, os prestadores de cuidados idealmente são abertos e transparentes e discutem as diferentes possibilidades de tratamento (Widdershoven, Berghmans, Molewijk 2000). Mas isso se torna problemático quando as pessoas recusam atendimento ou até mesmo se recusam a se engajar em tal diálogo. A partir do ideal de autonomia individual, a opção de intervir sem ter atendido aos critérios de cuidado forçado é vista como problemática (Muusse et al. 2021). Aqui o dilema é resolvido por um respaldo jurídico para intervir quando uma abordagem relacional falha.

Quando a situação da Srta. Westering piorou e seu marido veio ao centro em desespero, foi mencionado o procedimento de admissão involuntária de emergência (AIE/IBS em holandês). Este procedimento de AIE é uma medida de curto prazo para admissão e cuidados agudos e imediatos. É uma forma de internar alguém em um hospital psiquiátrico em caso de grave perigo. Isso foi considerado necessário quando visitaram a Srta. Westering naquela manhã; mas antes que pudesse ser emitido, foi abandonado, porque a paciente decidiu cooperar com uma internação hospitalar.

A situação da Srta. Westering mostra como as medidas jurídicas não são apenas uma forma de aplicar os cuidados forçados, mas também funcionam como instrumentos na relação com o cliente para persuadir e negociar. Como se pode ver no uso da OTC condicional, a distinção entre formas jurídicas e formas relacionais de controle na prática nem sempre é clara.

Contrastando as duas coreografias

Acima descrevemos a coreografia do cuidado-controle em torno de uma crise nos casos de Trieste e Utrecht. Que contrastes podem ser feitos entre ambos?

O começo: Identificando uma crise

Em Trieste, uma crise é definida principalmente como uma crise da rede social. Isso tem consequências na forma como a coreografia do cuidado-controle é moldada; construir relações e fortalecer a rede social dos usuários do serviço é um elemento essencial na coreografia do cuidado-controle em torno de uma crise. Ao construir relacionamentos, os serviços de saúde, cooperação social, família e outros elementos se interconectam; tais conexões podem ajudar não apenas a cuidar de uma crise, mas também a controlá-la. É por isso que trabalhar em relacionamentos e engajar-se em um diálogo é visto como essencial.

Em Utrecht, uma abordagem relacional também é aplicada, mas as situações são definidas principalmente como uma crise do indivíduo, seja por razões médicas (por exemplo, uma intensificação dos sintomas) ou por razões mais sociais, como estar em risco de despejo. Embora a rede possa desempenhar um papel importante em uma situação de crise (como vimos no caso da Srta. Westering), o cuidado da equipe é direcionado ao indivíduo.

A pista de dança: Um centro ou diferentes lugares e uma expertise

A ESMC em Trieste está localizada em um centro que oferece diferentes possibilidades e restrições para cuidar-controlar uma crise, em contraste à equipe de Utrecht. A ESMC em Trieste tem a possibilidade de internar (voluntariamente), em seu Centro, os usuários do serviço com um baixo limiar e sem listas de espera, podendo, assim, oferecer cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana, e evitar a descontinuidade do atendimento em razão de transferência para uma unidade clínica. As pessoas também podem visitar o Centro como um hospital diurno, ir até lá para pegar medicamentos ou almoçar. Todas essas possibilidades dão à equipe a oportunidade de controlar o cuidado, observar e reagir rapidamente se algo parecer errado – como Ravi ter uma dor nas costas. Por outro lado, a equipe tem

possibilidades limitadas de encaminhar os pacientes para formas de atendimento mais especializadas; não há equipe de crise e apenas uma pequena enfermaria psiquiátrica de seis leitos.

Em Utrecht, a ESMC não é um ponto de acesso direto ao sistema de atendimento para pessoas que precisam de atendimento. A ESMC não funciona a partir de um centro, funciona em horário de expediente e está inserida em um cenário de cuidados diferenciados constituído por diferentes equipes especializadas para as quais as pessoas podem ser encaminhadas (equipe de crise 24 horas por dia, 7 dias por semana e diferentes opções de internamento voluntário e involuntário). A ESMC em Utrecht precisa, portanto, de uma forte cooperação com outros parceiros de cuidados profissionais. A continuidade é criada não pela continuidade dos cuidadores como em Trieste, mas pela conexão bem-sucedida de diferentes equipes e conhecimentos.

A dança: Restringindo e guiando movimentos

Ambas as coreografias mostram que, ao controlar e cuidar de uma pessoa em crise, restringir os movimentos pode ser importante. Mas a maneira como isso é feito em Trieste e Utrecht difere consideravelmente. A política de portas abertas de Trieste moldou formas criativas de se mover junto com os clientes: acompanhar e orientar os movimentos, manter a proximidade e entrar e sair do centro de maneira não coercitiva (por exemplo, tomar sorvete). Em Utrecht, seguir o movimento de uma pessoa não faz parte da prática diária da ESMC. A restrição de movimento se configura na hospitalização como forma de controle da situação e cuidado com o cliente. Nesse ponto, um paciente é admitido (voluntariamente ou não) em uma enfermaria (fechada). A transição entre liberdade de movimento e restrição por portas fechadas é, portanto, mais radical em Utrecht em comparação com a forma relacional de alinhar movimentos em Trieste, na qual uma forma estrita de coerção é evitada e as formas de orientar os movimentos podem ser mais ou menos intensivas.

O controle de movimentos também pode ser feito por meio de requerimento de medidas jurídicas; tanto na Itália como nos Países Baixos este passo só se torna possível quando todas as outras possibilidades de assistência voluntária falharam. Há duas diferenças importantes na lei entre os dois países, no entanto. Primeiro, na lei holandesa, havia a opção de uma medida jurídica "condicional" (MJC) que funciona tanto como uma rede de segurança para evitar uma crise quanto como uma legitimação

jurídica para os profissionais intervirem em situações em que um cliente não se encontra motivado a receber cuidados. Em segundo lugar, na lei italiana, a necessidade do critério de tratamento no cuidado forçado restringe as situações em que as medidas jurídicas podem ser aplicadas e reforça a ideia (retornando a Basaglia) de que o cuidado em saúde mental é responsável pelo cuidado e não pela custódia.

A estética da dança: Ideais com relação ao bom cuidado

As coreografias de Trieste e Utrecht não apenas descrevem diferentes práticas de cuidado-controle, como refletem ideais sobre o que é visto como bom cuidado em torno de uma crise. Em Trieste, a forte ênfase nas pessoas como parte de uma rede social e a criação de continuidade do cuidado por meio de uma única equipe são elementos-chave no que poderíamos chamar de coreografia **relacional** de cuidado-controle. Trabalhar nessas relações permite que a equipe "ouça os sussurros" dos usuários do serviço e, assim, evite uma crise. Isso é reforçado pelo princípio das portas abertas, que leva a uma prática específica de controle de situações de crise em que as relações são muitas vezes intensificadas pela proximidade com alguém de forma mais ou menos intrusiva e em que a responsabilidade é compartilhada: quanto mais o usuário do serviço é capaz de manejar e conduzir seu comportamento, menos o serviço aplica formas de cuidado-controle lado a lado. Cuidado-controle, então, não é uma justaposição, mas um continuum – e mover-se ao longo desse continuum engajando-se em relacionamentos com a rede é uma maneira de evitar o cuidado forçado. Sair para tomar sorvete, por exemplo, não é uma forma de coação; no entanto, nessa forma de cuidar a situação é de fato controlada.

Em Utrecht, a atenção à saúde mental é mais especializada e, ao mesmo tempo, mais fragmentada, com pessoas encaminhadas para diferentes equipes dependendo da situação específica. Isso significa que em uma situação de crise é importante conectar essas diferentes expertises. Por tal razão, chamamos isso de coreografia de cuidado-controle **de expertises interconectadas.** Nesta coreografia o ideal de respeitar a autonomia individual dos pacientes é central. Essa visão de cuidado fornece orientações claras sobre como realizar um bom atendimento quando um paciente está motivado (tomando decisões com base no consentimento informado e na agência do

paciente), mas não dá uma resposta tão transparente à pergunta sobre o que fazer quando os pacientes não estão motivados para o cuidado ou não estão dispostos a se envolver em contato. Isso se refletiu, por exemplo, nas discussões com a psiquiatra sobre quando a negociação se torna manipulação.

Como aponta Pols (Pols, Althoff, Bransen 2017), uma divisão estrita entre cuidado e controle dá aos cuidadores poucas opções para agir entre polos do "não fazer nada" a partir da ideia de respeitar a autonomia individual e "aplicar a coerção". A divisão entre o cuidado baseado em princípios de autonomia individual ou a aplicação do controle pelo cuidado forçado não é tanto um continuum quanto uma linha mais ou menos estrita que se deve cruzar, embora observemos que essa distinção entre formas de controle jurídico e relacional não é sempre clara na prática.

Discussão

Nossa análise das duas coreografias de cuidado-controle mostrou que uma crise não é apenas sobre o momento agudo. Como em uma coreografia de dança, há um aspecto de tempo e espaço: uma crise evolui em uma situação específica seguindo um certo percurso de tempo. O aspecto temporal direciona a atenção para o que acontece antes e depois de um momento agudo e oferece uma alternativa ao foco predominante no risco (Lawn et al. 2016). Ampliar a perspectiva de atendimento de crise para esse período de tempo mais amplo é importante para permitir que os profissionais de saúde "ouçam os sussurros" que podem sinalizar o início de uma crise e evitar um agravamento (Groot et al. 2019).

Em ambos os lados, o ideal é que não existam formas de cuidado forçado. Mas, na prática, as pessoas nem sempre concordam com as intervenções oferecidas pelos profissionais para evitar uma crise ou não estão dispostas a se engajar no cuidado. O que fazer então? Essa questão é abordada de diferentes maneiras. Por exemplo, desenvolvendo diretrizes para alcance assertivo (Akwa 2021) e desenvolvendo modelos de atendimento como Tratamento Comunitário Assertivo (TCA) (Marshall, Lockwood 2000) e TCAF (Van Veldhuizen 2017). Neste artigo, abordamos a questão a partir de uma perspectiva ética empírica: descrevemos a prática cotidiana do cuidado e os valores que nela são colocados em cena. Como Brodwin e Velprey (2014) apontam; ideias sobre controle e restrição estão conectadas à "forma local da prática: técnicas particulares,

fundamentos e limites de tratamento que diferem de local para local e de um período histórico para outro" (Brodwin, Velpry 2014: 525). Ao descrever detalhadamente duas dessas práticas específicas, mostramos como o cuidado e o controle na prática caminham juntos de maneiras diferentes. Isso se relaciona com trabalhos anteriores que apontam como coerção e autonomia na prática estão frequentemente inter-relacionadas (Hejtmanek 2014; Banks, Stroud, Doughty 2016).

Ao contrastar os dois locais de trabalho de campo em Trieste e Utrecht como coreografias de cuidado-controle, mostramos que o que é percebido como bom cuidado em torno de uma crise difere: na **coreografia relacional** de Trieste, o cuidado é posicionado como o oposto de exclusão e isolamento. Os profissionais podem intervir e persuadir a partir das relações estabelecidas, mas a relação deve ser sempre mantida: aqui, as portas abertas são um pré-requisito para um bom atendimento. Enquanto as formas de persuasão ou interferência não são problematizadas, as formas estritas de coerção, como a hospitalização forçada, devem ser evitadas ao máximo. Há uma sensação de desconforto quando uma abordagem relacional falha e as formas de cuidado forçado são inevitáveis.

Na **coreografia de expertises intercomunicáveis** de Utrecht, os benefícios e malefícios são distribuídos de forma diferente. O bom envolve respeitar a autonomia individual, apoiar a agência e tomar decisões com base nos princípios do consentimento informado. Os males a serem evitados são interferir e tomar o controle sem fundamento jurídico. Se os cuidados com base no consentimento informado não funcionarem, haverá uma "inversão" para medidas jurídicas como OTC ou internação forçada para controlar uma crise. Essa abordagem, portanto, traça uma linha mais estreita entre cuidado e coerção e limita as opções intermediárias. Como resultado, nesta coreografia a legitimidade de persuadir, interferir ou assumir o comando se tornam mais indefinidas. No entanto, como o cuidado é relacional (Pols 2015; Tronto 2010), cuidar sem interferir é impossível. Como consequência, a forma relacional de trabalhar também é uma parte importante da prática diária de cuidar de uma crise em Utrecht, mas uma sensação de desconforto pode ser gerada no curso de sua aplicação.

Limitações

Os achados do estudo devem ser vistos à luz de algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho da pesquisa foi limitado a duas equipes para possibilitar um trabalho de campo etnográfico em profundidade, mas obviamente isso tem consequências para a generalização das evidências. Os resultados descrevem como o cuidado-controle em torno de uma crise pode ser moldado de maneiras radicalmente diferentes e como ambas as normatividades (por exemplo, o conceito de autonomia ou relacionalidade), a organização do cuidado e a forma como uma crise é identificada são fatores importantes para isso. Mas essas descobertas não levam a "fatos" aplicáveis à saúde mental comunitária em geral. As descobertas são descrições vinculadas ao contexto, que contrastamos para aprender sobre diferentes formas de controle do cuidado em torno de uma crise. Esse exercício pode ajudar a abrir novas maneiras de entender cuidado e controle, bem como a formular novas questões em outros ambientes. Estudos futuros podem trazer à tona outros aspectos importantes para melhorar a compreensão da relação entre cuidado e controle e auxiliar na determinação de indicadores de boas práticas em situações de crise.

Em segundo lugar, como aponta Malterud (2001), em pesquisas qualitativas (e talvez também quantitativas), a posição e as perspectivas dos pesquisadores afetam a pesquisa de diferentes maneiras; sobre as questões colocadas, especialmente os métodos escolhidos para colher os dados e a forma como são interpretados. Esse posicionamento foi abordado refletindo acerca do papel da pesquisadora, sua ligação com o campo, as metodologias escolhidas e o referencial teórico mobilizado.

Conclusão

Como mostrou nosso trabalho de campo, cuidar sempre significa influenciar e às vezes controlar o outro, de forma mais ou menos intensa. Na discussão sobre cuidado e coerção o que está em jogo não é como as formas de controle podem ser evitadas a todo momento, mas quais formas de cuidado-controle são privilegiadas em situações definidas como (o início de uma) crise. Nas duas coreografias que esboçamos, a conexão entre cuidado e controle é descrita em termos de relações ou em termos de autonomia. Isso fornece duas coreografias de organização do cuidado e manejo de crise de maneiras diferentes. Contrastar essas diferentes maneiras de pensar sobre cuidado-

controle pode ajudar a criar formas mais relacionais de pensar sobre o cuidado em uma crise. A aplicação de uma fronteira rígida entre cuidado e controle dificulta o uso da relação entre cuidador e paciente no cuidado.

Declaração de disponibilidade de dados: Os conjuntos de dados apresentados neste artigo não estão prontamente disponíveis por conterem informações que podem comprometer a privacidade dos participantes da pesquisa. Os pedidos de acesso aos conjuntos de dados devem ser dirigidos a Christien Muusse, cmuusse@trimbos.nl.

Declaração de ética: Os estudos envolvendo participantes humanos foram revisados e aprovados pelo METC da VU University (FWA00017598), que declarou que o Medical Research Envolving Human Subjects Act (WMO) não se aplica ao estudo. A permissão ética foi fornecida pela comissão de ética do Instituto Trimbos (TET). Os pacientes/participantes forneceram seu consentimento informado por escrito para participar deste estudo.

Contribuições dos autores: Christien Muusse foi responsável pela coleta de dados, realizou as observações e entrevistas, análise e redigiu a primeira versão do artigo. Cornelis Lambert Mulder, Hans Kroon, Jeannette Pols estiveram envolvidos nas várias rodadas de análises e forneceram comentários sobre os rascunhos do artigo. Todos os autores contribuíram para o desenho do estudo, desenvolvimento do conceito, leitura e aprovação do manuscrito final.

Financiamento: Este trabalho foi apoiado pelo Sistema de Abrigo de Lister de Utrecht (Lister Sheltered Housing Utrecht); e Jeannette Pols recebeu o subsídio para viagens Aspasia do Centro Médico Universitário em Amsterdã (AMC Aspasia Travel Grant).

Agradecimentos: Gostaríamos de agradecer a todos os profissionais de saúde e usuários de serviços nos centros comunitários de saúde mental (community mental health team - CMHT) e parceiros externos em Trieste e Utrecht que tornaram esta pesquisa possível. Agradecemos a todos que contribuíram com comentários valiosos sobre as versões anteriores deste artigo. Um agradecimento especial a Dorine Bauduin, por trabalhar conosco como intérprete durante a coleta de dados.

Referências

AKWA: Generieke module Assertieve en verplichte zorg (2021)

BANKS, LC; STROUD, J; DOUGHTY, K. 2016. "Community treatment orders: exploring the paradox of personalisation under compulsion". *Heal Soc Care Community* 24, pp.181–90. doi: 10.1111/hsc.12268

BRODWIN, P; VELPRY, L. 2014. "The practice of constraint in psychiatry: emergent forms of care and control". *Cult Med Psychiatry* 2014, pp.524– 526. doi: 10.1007/s11013-014-9402-y

CUSSINS, C. 1998. "Ontological choreography: agency through objectification in inferitility clinics". *Soc Studies of Science* 26, pp.575– 610. doi: 10.1177/030631296026003004

DE VITO, C. 2015. "Liminoids, Hegemony and transfers in the liminal experiences in Italian Psychiatry, 1960s– 1980s". In: RAUH, C; SHUMANN, D (eds) *Ausnahmezustaende. Entgrenzungen und Regulierungen in Europa waehrend des Kalten Krieges,* pp.236–252. Goettingen: Wallstein Verlag.

DRIESSEN, A. 2017. "Sociomaterial will-work: Aligning daily wanting in Dutch dementia care". In: BOLDT, J; KRAUZE, F (eds) *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*, pp. 111-133. London: Palgrave Macmillan. doi: 10.1007/978-3-319-61291-1_7

FERRACUTTI, S; PARMIGIANI, G; CATANESI, R; VENTRIGLIO, A; NAPOLI, C; MANDARELLI, G. 2021. "Involuntary psychiatric hospitalization in Italy: critical issues in the application of the

provisions of law". *Int Rev Psychiatry* 33, pp.119– 125. doi: 10.1080/09540261.2020.1772581

FIORITTI, A. 2018. "Is freedom (Still) therapy? The 40th anniversary of the Italian Mental Health Care Reform". *Epidemiol Psychiatr Sci* 27, pp.319– 323. doi: 10.1017/S2045796017000671

FOOT, J. 2014. "Franco Basaglia and the Radical Psychiatry Movement in Italy, 1961–78". *Crit Radic Soc Work* 2, pp.235– 249. doi: 10.1332/204986014X14002292074708

FREDERIKS, B. 2018. "New Dutch Care and Coercion Act: consequences for caregivers and clients". *J Appl Res Intellect Disabil* 31, pp.385.

GIBBONS, JA; HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. 1986. "Ethnography: Principles in Practice". *Contemporary Sociology* 15. doi: 10.2307/2070079

GROOT, BC; VINK, M; HUBERTS, M; SCHOUT, G; ABMA, TA. 2019. "Pathways for improvement of care in psychiatric crisis: a plea for the co-creation with service users and ethics of care". *Arch Psychol* 3, pp. 1–20. doi: 10.31296/aop.v3i3.99

HAMMERSLEY, M. 2006. "Ethnography: problems and prospects". *Ethnogr Educ* 1, pp.3–14. doi: 10.1080/17457820500512697

HEJTMANEK, K. 2014. "Practicing and resisting constraint: ethnography of "Counter Response" in American Adolescent Psychiatric Custody". *Cult Med Psychiatry* 38, pp.578–96. doi: 10.1007/s11013-014-9 403-x

JAREK-ZUIDERENT, S. 20120. "Certain uncertainties: modes of patient safety in healthcare". *Soc Studies of Science*, 42, pp.732–52. doi: 10.1177/0306312712448122

KROON, H; KNISPEL, A; HULSBOSCH, L; DE LANGE, A. 2021. *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut. LAW, J. 2010. "Care and killing: tensions in veterinary practice". In: MOL, A; MOSSER, I; POLS, J (eds) *Care in Practice*, pp.57-93. Bielefeld: Transcript Verlag. doi: 10.14361/transcript.9783839414477.57

LAWN, S; DELANY, T; PULVIRENTI, M; SMITH, A; MCMILLAN, J. 2016. "Examining the use of metaphors to understand the experience of community treatment orders for patients and mental health workers". *BMC Psychiatry* 16, pp.1-16. doi: 10.1186/s12888-016-0791-z

MALTERUD, K. 2001. "Qualitative research (en medicina): standards, challenges, and guidelines: EBSCOhost. *Lancet* 358, 483– 488. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

MARSHALL, M; LOCKWOOD, A. 2000. "Assertive community treatment for people with severe mental disorders". *Cochrane Database Syst Rev* 2, CD001089.

MEZZINA, R. 2016. "Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors Trieste, Italy". *Inf Psychiatr* 92, pp.747–754. doi: 10.1684/ipe.2016.1546

MEZZINA, R. 2018. "Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need". *Epidemiol Psychiatr Sci* 27, pp.336-345. doi: 10.1017/S2045796018000070

MEZZINA, R; JOHNSON, S. 2008. "Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre". In: JOHNSON, S; NEEDLE, J; BINDMAN, JP; THORNICROFT, G (eds) *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, pp.251-266. Cambridge: Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511543906.021

MOL, A; MOSER, I; PIRAS, EM; TURRINI, M; POLS, J; ZANUTTO, A. 2010. "Care in practice. On normativity, concepts, and boundaries the normativity of care". *Tecnoscienza* 2, pp.73–86. http://www.tecnoscienza.net

MOL, A; MOSER, I; POLS, J. 2010. "Care: putting practice into theory". In: MOL, A;

MOSER, I; POLS, J (eds) *Care in Practice,* pp.7-25. Bielefeld: Transcript Verlag. doi: 10.14361/transcript.9783839414477.7

MOLODYNSKI, A; RUGKASA, J; BURNS, T. 2010. "Coercion and compulsion in community mental health care". *Br Med Bull* 95, pp.105–19. doi: 10.1093/bmb/ldq015

MUSSE, C; VAN ROOIJEN, S. 2015. *Freedom First, Een onderzoek naar de ervaringen*

met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland. Utrecht: Lister.

MUUSSE, C; KROON, H; MULDER, CL; POLS, J. 2020. "Working on and with relationships: relational work and spatial understandings of good care in community mental healthcare in Trieste". *Cult Med Psychiatry* 44, pp.544-564. doi: 10.1007/s11013-020-09672-8

MUUSSE, C; KROON, H; MULDER, CL; POLS, J. 2021. "Frying eggs or making a treatment plan? Frictions between different modes of caring in a community mental health team". *Sociol Health Illn* 43, pp.1581– 1597. doi: 10.1111/1467-9566.13346

MUUSSE, C. et al. 2022."'Caring for a Crisis': Care and Control in Community Mental Health". Frontiers in Psychiatry, v. 12, p. 798599.

NEALE, MS; ROSENHECK, RA. 2000. "Therapeutic limit setting in an assertive community treatment program". *Psychiatr Serv* 1, pp. 499–505. doi: 10.1176/appi.ps.51.4.499

NUGTER, A; ENGELSBEL, F; BAHLER, M; KEET, R; VAN VELDHUIZEN, R. 2016. "Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study". *Community Ment Health J* 52, pp.898– 907. doi: 10.1007/s10597-015-9831-2

Personal email conversation asugi.sanita Trieste - VEKTIS. Available online at: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/

factsheet-ambulantisering-in-de-ggz (accessed May 21, 2021).

POLS, J. 2015. "Towards an empirical ethics in care: relations with technologies in health care". *Med Health Care Philos* 18, pp.81–90. doi: 0.1007/s11019-014-9582-9

POLS, J; ALTHOFF, B; BRANSEN, E. 2017. "The limits of

autonomy: ideals in care for people with learning disabilities". *Med Anthropol Cross Cult Stud Heal Illn* 36, pp.772–85. doi: 10.1080/01459740.2017.1367776

PORTACOLONE, E; SEGAL, SP; MEZZINA, R; SCHEPER-HUGHES, N; OKIN RL, A. 2015. "Tale of two cities: the exploration of the trieste public psychiatry model in San Francisco". *Cult Med Psychiatry* 39, pp.680–697. doi: 10.1007/s11013-015-9458-3

TRONTO, J. Creating caring institutions: politics, plurality, and purpose. Ethics Soc Welf. (2010) 4:158–71. doi: 10.1080/17496535.2010. 484259

VALENTI, E; BANKS, C; CALCEDO-BARBA, A; BENSIMON, CM; HOFFMAN, KM; PELTO-PIRI, V et al. 2015. "Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50, pp.1297–308. doi: 10.1007/s00127-015-1032-3

VAN VELDHUIZEN, JR. 2007. "FACT: a Dutch version ofACT". *Community Ment Health J* 43, pp.421–433. doi: 10.1007/s10597-007-9089-4

VIJSELAAR, J; VAN HOOF, F; KOK, I. 2009. "Vanlappendeken naar regionale integratie Trends in organisatie en beleid in de ggz, 1970-2000". *MGV* 64, pp. 223–238.

WIDDERSHOVEN, G; BERGHMANS, R; MOLEWIJK, A. 2000. "Autonomie in de psychiatrie". *Tijdschr Psychiatr* 42, pp.389–398.

WILLEMS, D; POLS, J. 2010. "Goodness! The empirical turn in health care ethics". *Med Antropol* 22, pp.161–170.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021. *Comprehensive Mental Health Service Networks: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches (Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches)*. Geneva: World Health Organization.