

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SAVANNAH LEITZKE CARVALHO

**MOTIVAÇÕES DOS TRABALHADORES NO ATENDIMENTO À PESSOA EM CRISE NO
CAPS AD III: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Porto Alegre

2022

SAVANNAH LEITZKE CARVALHO

**MOTIVAÇÕES DOS TRABALHADORES NO ATENDIMENTO À PESSOA EM CRISE NO
CAPS AD III: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde mental e Enfermagem.

Eixo temático: Cuidado em saúde mental.

Orientadora: Profa. Dra. Cíntia Nasi

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

LeitzkeCarvalho, Savannah

Motivações dos trabalhadores no atendimento a pessoa em crise no CAPS AD
III: um estudo fenomenológico/SavannahLeitzkeCarvalho.—
2022.

150f.

Orientador: Cíntia Nasi.

Dissertação (Mestrado) —
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR—
RS, 2022.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Intervenção em crise
. 4. Usuário de drogas .
5. Fenomenologia. I. Nasi, Cíntia, orient. II. Título.

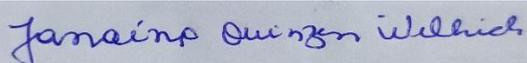
Savannah Leitzke Carvalho

Motivações dos trabalhadores no atendimento à pessoa em crise no CAPSAD III: um estudo fenomenológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 28 de junho de 2022

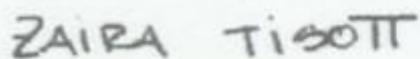
Banca Examinadora



Profa Dra. Janaína Quinzen Willrich

Presidente da Banca – Orientador(a)

Universidade Federal de Pelotas



Dra. Zaira Letícia Tisott

Membro da banca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro da banca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Eu sempre guardei nas palavras os meus desconcertos.

Manoel de Barros

AGRADECIMENTOS

No entre de um dos momentos mais difíceis da humanidade deste século XXI, nasce uma dissertação com as palavras de uma enfermeira, que acredita na palavra enquanto ato, reflexão e luta. Este trabalho é para a enfermagem enquanto categoria, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que na pandemia de COVID-19 estiveram presente em cada CAPS, unidade de saúde e hospital, com sobrecarga de trabalho, com medo do contágio e da transmissão do vírus, que abdicaram do cuidado de suas famílias para permanecer no *front* do cuidado à população. Aos que morreram nessa batalha, aos que feridos dela saíram, aos que continuam trabalhando e aos que produzem ciência para qualificação e valorização do trabalho da enfermagem. Este trabalho é para vocês (nós), que apesar de tudo, permaneceram.

Enquanto ser mundano, gostaria de agradecer à minha mãe Ireni e ao meu pai Sandro, por me amarem em completa liberdade, apoiando as minhas escolhas e me acolhendo nos momentos de dificuldade. Pai e mãe, tem um pouco de vocês em cada frase deste trabalho. Eu sou o que vocês são.

Ao meu companheiro Rafael Caetano, pela paciência, amorosidade e parceria. Obrigada por me dar a mão e toparem me acompanhar nesta trajetória incerta.

Às minhas amigas Manuella e Morgana, pelo estímulo a continuar minha pesquisa e por me fazerem acreditar que sou capaz de me tornar mestra. O mundo exige muito das mulheres, mas com vocês é mais fácil rebelar-se contra o mundo e viver de acordo com o desejo. Obrigada por vocês existirem.

Aos trabalhadores e usuários do CAPS AD IV Centro Céu Aberto, por ter despertado em mim o interesse de pesquisar crise psíquica no contexto de álcool e drogas, em especial aos técnicos de enfermagem que estiveram ao meu lado, lutando pela garantia de uma assistência em saúde mental baseada na subjetividade e no respeito aos Direitos Humanos.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS pela oportunidade de cursar uma pós-graduação e à minha orientadora Professora Dra. Cintia Nasi por ter me apresentado este lindo referencial teórico-filosófico e ter me apoiado em cada escolha, estando sempre disponível para me ensinar, sem nunca perder a sensibilidade e a criticidade.

RESUMO

Introdução: A atenção à crise psíquica no contexto de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas sofreu mudanças paradigmáticas importantes com o advento da Reforma Psiquiátrica. O modelo manicomial de exclusão social, violações de direitos humanos e de controle de corpos dá lugar ao modelo psicossocial de cuidado aos sujeitos, baseado no cuidado com respeito às subjetividades, no âmbito comunitário e em redes de serviços de saúde. Todavia, sobram cicatrizes sociais profundas do modo manicomial na atuação de trabalhadores frente à crise psíquica. **Objetivo:** Este estudo tem o objetivo de compreender o significado das ações dos trabalhadores no atendimento à pessoa em crise no CAPS AD III. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, sob a luz do referencial teórico-fenomenológico da fenomenologia social de Alfred Schütz. Esta pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, localizado no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram selecionados através do método *bola de neve* e constituíram-se em um total de 14 trabalhadores. A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista fenomenológica de forma on-line através da plataforma Google Meet e de forma presencial nas dependências do CAPS AD, nos meses de fevereiro e março de 2022. Os preceitos éticos foram respeitados e o estudo foi aprovado no dia 09 de dezembro de 2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n.º 5.155.975/CAE 52618321.0.0000.5347. **Resultados:** A partir da análise das informações emergiram quatro categorias concretas: a compreensão do fenômeno crise; ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise; sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise e intenções dos trabalhadores no atendimento à crise. A partir dos resultados, percebeu-se que a crise é compreendida pelos trabalhadores como um momento de sofrimento agudo, mas que carrega em si um potencial de transformação. As relações sociais existentes referentes a família, questões socioeconômicas e pandemia da COVID-19 influenciam no processo de crise dos sujeitos. As ações dos trabalhadores são focadas no manejo verbal e no vínculo, sendo a contenção mecânica realizada somente como última alternativa para evitar riscos maiores ao usuário como autoagressão e heteroagressão. Sentimentos de angústia e tristeza são evidenciados pelos trabalhadores, durante a contenção mecânica, e frustrações são evidências referentes à ausência do familiar como corresponsável do cuidado. Os trabalhadores têm como expectativa realizar um manejo em que não haja contenção mecânica, em que ocorra a diminuição do sofrimento e, ainda, esperam encontrar significados para a crise. **Considerações finais:** Percebe-se que fatores ligados ao modelo biologicista, periculosidade, criminalização e estigmatização do usuário são dificultadores do atendimento nos CAPS AD. Avalia-se a educação permanente e a discussão de casos entre os trabalhadores como potência para uma abordagem ampliada referente ao atendimento de crise. Portanto, este estudo auxilia na compreensão por parte dos trabalhadores no que diz respeito à pessoa em crise e contribui para efetivação do cuidado em liberdade e em redes de atenção psicossocial.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Intervenção na Crise. Usuário de drogas. Pesquisa qualitativa. Fenomenologia.

ABSTRACT

Introduction: The attention to the psychic crisis in the context of people who use alcohol and other drugs underwent important paradigmatic changes with the advent of the Psychiatric Reform. The insane asylum model of social exclusion, human rights violations and body control gives way to the psychosocial model of care for subjects, based on care with respect to subjectivities, in the community and in health service networks. However, there are deep social scars of the insane asylum mode in the work of workers in the face of the psychic crisis.

Objective: This study aims to understand the meaning of workers' actions in caring for people in crisis at CAPS (psychosocial care center) AD III. **Methodology:** This is a qualitative study, in the light of Alfred Schütz's theoretical-phenomenological framework of social phenomenology. This research was conducted in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs, located in the city of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul. Study participants were selected using the snowball method and constituted a total of 14 workers. The collection of information was conducted through a phenomenological interview online through the Google Meet platform and in person at CAPS AD premises, in February and March 2022. Ethical precepts were respected, and the study was approved on December 9, 2021 by the Research Ethics Committee under opinion No. 5.155.975/CAE 52618321.0.0000.5347.

Results: From the analysis of the information, four concrete categories emerged: the understanding of the crisis phenomenon; workers' actions in the face of the crisis phenomenon; workers' feelings in responding to the crisis and workers' intentions in responding to the crisis. From the results, it was noticed that the crisis is understood by the workers as a moment of acute suffering, but that it carries a potential for transformation. Existing social relationships related to family, socioeconomic issues and the COVID-19 pandemic influence the crisis process of the subjects. The workers' actions are focused on verbal management and bonding, with mechanical restraint being performed only as a last alternative to avoid greater risks to the user, such as self-harm and hetero-aggression. Feelings of anguish and sadness are evidenced by workers during mechanical restraint, and frustrations are evidence regarding the absence of the family member as co-responsible for the care. The workers expect to conduct a management in which there is no mechanical restraint, in which suffering is reduced, and they also hope to find meanings for the crisis. **Final considerations:** It is noticed that factors linked to the biological model, dangerousness, criminalization and stigmatization of the user are obstacles to care in CAPS AD. Continuing education and the discussion of cases among workers are evaluated as a potential for an expanded approach regarding crisis care. Therefore, this study helps workers understand the person in crisis and contributes to the effectiveness of care in freedom and in psychosocial care networks.

KEY WORDS: Mental Health. Mental Health Services. Crisis. Drug user. Qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Exemplo de relação direta entre trabalhador e usuário.....	46
Figura 2	Percepção requer envolvimento.....	49
Figura 3	Relação de familiaridade.....	50
Figura 4	Corpo de memória.....	51
Figura 5	Mapa das distritais Porto Alegre.....	58
Figura 6	A compreensão do fenômeno crise.....	80
Figura 7	Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise.....	88
Figura 8	Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.....	94
Figura 9	As intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Caracterização dos trabalhadores entrevistados, Porto Alegre, 2022.....	66
Quadro 2-	Categorias e subcategorias relacionadas ao fenômeno crise.....	69
Quadro 3-	Categorias e subcategorias relacionadas às ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise.....	70
Quadro 4-	Categoria e subcategoria relacionada aos sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.....	70
Quadro 5-	Categoria e subcategorias das intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.....	71

LISTA DE SIGLAS

AD-	Álcool e outras drogas
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD-	Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas
CMP-	Contenção Mecânica Protetiva
DINAMS-	Divisão Nacional de Saúde Mental
EUA-	Estados Unidos da América
MS-	Ministério da Saúde
MTSM-	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PNAD-	Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
RAPS-	Rede de Atenção Psicossocial
RD-	Redução de danos
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD-	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de consentimento livre e esclarecido
TR-	Técnico de referência
UPA-	Unidade de atendimento pré-hospitalar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 A história da loucura, a Reforma Psiquiátrica e o cuidado às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas.....	18
3.2 A crise na atenção psicossocial: a influência do modelo biomédico e a estigmatização do usuário de álcool, crack e outras drogas.....	28
4. BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS.....	38
4.1 A fenomenologia.....	38
4.2 A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.....	43
4.3 Motivações fenomenológicas para o desenvolvimento da pesquisa.....	52
5. TESSITURA FENOMENOLÓGICA.....	55
5.1 Tipo de estudo.....	55
5.2 Campo de estudo.....	56
5.3 População de estudo.....	59
5.4 Coleta de informações.....	60
5.5 Análise de informações.....	62
5.6 Considerações bioéticas da pesquisa.....	62
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	65
6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	65
6.2 Construção das categorias concretas.....	68

6.3 A compreensão do fenômeno crise.....	71
6.3.1 A crise como um processo de transformação.....	71
6.3.2 A crise como um momento agudo de intervenção imediata.....	73
6.3.3 A compreensão da crise para além da agitação psicomotora.....	74
6.3.4 A crise no contexto social e familiar.....	76
6.3.5 Principais achados da categoria concreta a compreensão do fenômeno crise....	79
6.4 Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise.....	80
6.4.1 O trabalho em equipe no atendimento a situações de crise.....	80
6.4.2 O manejo verbal e o vínculo como forma prioritária de cuidado.....	83
6.4.3 As motivações dos trabalhadores na execução da contenção química e mecânica protetiva.....	84
6.4.4 A construção do trabalho em rede.....	86
6.4.5 Principais achados da categoria concreta ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise.....	87
6.5 Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.....	89
6.5.1 Sentimentos reverberados no atendimento à crise.....	89
6.5.2 Frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise.....	92
6.5.3 Principais achados da categoria concreta sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.....	93
6.6 Intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.....	95
6.6.1 O bem-estar e a diminuição do sofrimento.....	95
6.6.2 Proteção da equipe e do usuário.....	95
6.6.3 Encontrar significados para crise.....	
	96

6.6.4 Principais achados da categoria concreta intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.....	97
6.7 Típico da ação referente às ações dos trabalhadores no atendimento à crise.....	98
7. INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	126
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	136
APÊNDICE B - Caracterização dos sujeitos.....	137
APÊNDICE C - Questões norteadoras para coleta de informações.....	141
ANEXO A - Tabela para identificação dos sujeitos da pesquisa.....	142
ANEXO B- Termo de anuência do responsável pela instituição.....	143
ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	143

1 INTRODUÇÃO

Então a razão me falou: o homem não pode fazer parte do orvalho como as pedras fazem. Porque o homem não se transfigura senão pelas palavras. E era isso mesmo.

Manoel de Barros

Início este trabalho a partir da reflexão de Manoel de Barros: quantas pessoas, consideradas loucas, só gostariam de pertencer e foram silenciadas, através da exclusão social, do tratamento moral e demais violação de direitos, impossibilitadas de “transfigurar” por meio das palavras?

Por um longo período, práticas de exclusão e abandono aos corpos desviantes eram empregadas na sociedade, buscando a “limpeza social”. A instituição hospitalar é criada primeiramente como ferramenta de “limpeza social”, em que os indesejáveis eram trancados nessas instituições e excluídos da sociedade. Entretanto, a instituição torna-se um local mal visto pela sociedade em geral, com grande incidência de doenças endêmicas, funcionando como um depósito de pessoas que não obtinham nenhum valor social (FOUCAULT, 2018).

Como alternativa de controle, a medicina se consagra no campo hospitalar, como *locus* de investigação e intervenção, incluindo também os estudos da mente, oportunidade na qual o hospício começa a assumir uma função terapêutica. Neste momento, inicia o processo de legitimidade da psiquiatria enquanto campo de saber e os estudos da mente se consagram como disciplinas do campo médico (CAPONI, 2012).

O hospital psiquiátrico torna-se um local de tratamento para loucura, baseado na exclusão social e em práticas de intervenção baseadas no controle, visando corpos disciplinados e obedientes. Para o alcance desse objetivo, foram utilizadas ferramentas de tratamento moral que violavam os direitos dos indivíduos que lá permaneciam (CAPONI, 2012).

O louco, enquanto sujeito, não era visto em sua singularidade, pois o foco não era a saúde, tampouco sua palavra, mas sim a doença e o sintoma. Não havia possibilidade de significar.

“o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a “instituição”)” (ROTELLI *et al.* 1990).

A lógica de atenção não era pautada no indivíduo, mas sim na instituição, a qual visava manter o controle dos que lá estavam e, para isso, utilizavam-se de práticas punitivas, as quais geraram diversas denúncias de maus-tratos e de violação de direitos. O movimento social e a sociedade civil, impulsionados pelo modelo da Reforma Psiquiátrica Italiana, mobilizam-se para propor um novo modelo assistencial de cuidado como proposta de política pública brasileira. Após anos de luta, a Lei 10.216 é aprovada e torna-se um marco histórico importante no reconhecimento do sujeito com sofrimento psíquico, o qual rompe com o modelo asilar de controle de corpos, excluídos do ambiente social, e estabelece o cuidado de forma humanizada, baseado na reinserção social e no reconhecimento do sujeito de forma biopsicossocial (AMARANTE; TORRE, 2018).

Minha formação como enfermeira foi construída a partir do modelo psicossocial de atenção, baseado no respeito às pessoas, no cuidado humanizado e na liberdade. Desde que iniciei o curso de Enfermagem, aprendi sobre a importância da escuta, principalmente, em relação àqueles a quem pouco foi dada a oportunidade de falar e de serem verdadeiramente escutados. Antes de estudar Anatomia, Fisiologia, Bioquímica, tive a oportunidade de entrar em uma Unidade Básica de Saúde e ouvir as pessoas, suas alegrias e suas dores. Sempre levei comigo a importância da palavra, por meio da escuta, como estratégia de cuidado em saúde: movimentos de cura.

Na saúde mental, encontrei minhas motivações para seguir enquanto enfermeira e pesquisadora, em um campo permeado pelo silenciamento dos indivíduos considerados loucos, que historicamente têm o seu direito à palavra negado ou considerado como de menor importância. Neste percurso de ações vivenciadas nos últimos dez anos, primeiramente como acadêmica, depois como residente em saúde mental coletiva e agora como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), tive diversos encontros com as palavras de pessoas que usam drogas ou e/ou com pessoas em sofrimento psíquico, sendo elas, por vezes, positivas e agradáveis, em outras, de cunho negativo e doloroso.

Devido a tal incerteza e imprevisibilidade que situações de crise geram, me vi em diversas situações enquanto profissional que me motivaram a realizar esta pesquisa. Estive em momentos intensos de dor e sofrimento do outro, que geraram em mim angústia, confusão e ansiedade para atuar enquanto profissional naquele momento. Desta forma, me enxergava no

dever de não colocar os usuários e demais profissionais em saúde em qualquer risco, mas, ao mesmo tempo, precisava evitar de lançar mão da contenção mecânica protetiva de maneira a priorizar a escuta, estratégias verbais e forma de organização da equipe que fossem efetivas na manutenção do cuidado de todos.

Todos esses sentimentos citados, bem como meu posicionamento em defesa de um cuidado em saúde mental em liberdade se desenvolvem dentro da perspectiva da população que faz uso de álcool e outras drogas (AD), a qual apresenta algumas particularidades em seu processo histórico, gerando estigmas de outra ordem social.

No início do século XX, as ações destinadas a pessoas que faziam uso abusivo e problemático de álcool e drogas eram realizadas, a partir do aparato jurídico-institucional, a fim de manter o controle do uso e do comércio de drogas e preservar a segurança pública do país. Na década de 1970, através da influência da medicina e do discurso técnico-científico, o usuário de álcool e outras drogas começa a ser visto como doente e, a partir disso, foi inserido no modelo manicomial, porém ainda condicionado à justiça penal, sob a coordenação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (VARGAS; CAMPOS, 2019).

A SENAD foi a responsável por adotar leis dentro da lógica repressiva e proibicionista a respeito do tratamento do usuário de drogas, conforme realizado pelos Estados Unidos da América. O Brasil, como um dos seus aliados, contribuiu para a manutenção da política proibicionista, cuja fonte era o combate ao narcotráfico, utilizando ideais criminalizantes, buscando fortalecer o campo repressivo, produzindo e reproduzindo esses tipos de relações e práticas sociais no lidar com os sujeitos que usam substâncias psicoativas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) defendia o cuidado em saúde antiproibicionista, pautado em estratégias de redução de danos, e, por um longo período, travou embates com a SENAD. O MS teve sua primeira conquista em 1994, com a realização do primeiro programa de redução de danos, pautado no combate a doenças sexualmente transmissíveis, síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), e hepatites. Depois, em 2003, teve uma nova conquista, a partir da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em que, pela primeira vez, o cuidado ao indivíduo que usa álcool e drogas é visto como uma questão de saúde pública (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

A efetivação da Política Nacional de Atenção Integral ao usuário de Álcool e outras Drogas ocorre a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), como serviço substitutivo do hospital psiquiátrico, responsável pelo atendimento a pessoas em sofrimento mental em decorrência do uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas, sob a ótica do paradigma psicossocial, antiproibicionista e de redução de danos (SILVA; ABRAHÃO, 2020).

No processo histórico, é possível perceber que sempre houve uma cooperação entre as duas instituições (psiquiatria e justiça), a qual reflete nos problemas atuais, como nos processos de criminalização do uso de drogas e de hipermedicalização (GALASSI, 2018; PEREIRA *et al.*, 2015). Devido a essa construção histórica, por vezes, os sujeitos são vistos como responsáveis pela sua condição, sendo criminalizados devido ao uso de drogas, afetando negativamente o estatuto social, o estado psicológico e a saúde física do sujeito (MENDES, 2017).

Percebo, no cotidiano como enfermeira em saúde mental, que o processo de crise em pessoas que usam drogas, atrelado à construção histórica estrutural de como são vistas, à experiência de vida e somado ao conhecimento técnico-científico do trabalhador em saúde é um processo composto por um grande imbróglgio de saber e sensações. Assim, torna-se uma vivência bastante delicada e complexa para ambos (trabalhador e usuário), pois o medo, a insegurança, a incerteza e a angústia de lidar com o sofrimento do outro faz com que, muitas vezes, sem muito pensar no usuário, o trabalhador opte ligeiramente por utilizar de contenção química ou contenção mecânica para o silenciamento da crise, sem antes pensar em outras formas de enfrentamento, em que o usuário, com o auxílio do trabalhador, invista em intervenções não farmacológicas para o compreensão do seu próprio processo de crise.

O manejo em uma situação de crise deve ser realizado com respeito ao usuário, atrelando ao conhecimento técnico-científico os aspectos advindos da subjetividade do usuário em crise, de modo que seja possível um encontro entre trabalhador e usuário para a construção de uma intervenção, em que juntos consigam ultrapassar esse momento de sofrimento e, até mesmo, encontrar significados para uma nova estratégia de cuidado (ZEFERINA *et al.*, 2016).

O primeiro encontro entre o trabalhador e o usuário deve ser sempre marcado pela abordagem verbal. Ser trabalhador e escutar a palavra do outro, por vezes, é complexo e doloroso, pois a crise é um momento em que acontece a manifestação do inconsciente,

tornando-se um mecanismo de externalização da experiência, esta repleta de tristeza e angústia (ZEFERINA *et al.*, 2016). Na crise, a dor é transfigurada em palavra e, por vezes, o trabalhador, o qual também tem sua trajetória no mundo vivido, tem dificuldades em lidar com o outro, tão diferente dele próprio (SEIXAS, *et al.*, 2019).

Dessa forma, percebo como fundamental acessar o vivido dos trabalhadores na tentativa de compreender suas motivações durante a atenção à crise. Para isso, lançarei mão do conceito de ação no mundo da vida, sob a luz do referencial teórico-filosófico de Alfred Schütz, o qual revela que em toda ação há uma intencionalidade, ou seja, toda ação é um comportamento motivado. Como demonstrado no exemplo a seguir:

Podemos dizer que o motivo do assassinato era obter o dinheiro da vítima. Aqui o “motivo”, quer dizer o estado das coisas, o fim, em função do qual a ação foi levada a cabo. Chamaremos esse tipo de motivo de “motivo a fim de”. Do ponto de vista do autor, essa classe de motivos refere-se ao futuro. [...] Em oposição aos motivos a fim de, temos os “motivos por que” O assassino foi motivado a cometer seus atos porque cresceu em um ambiente de tal e tal tipo [...] Assim, do ponto de vista do autor, os “motivos por que” remetem às experiências passadas (SCHUTZ, 1979, p. 123/124)

Nesta minha andança enquanto trabalhadora com pessoas que usam drogas, pude me enxergar durante esta escrita e, no encontro com o referencial de Schütz, emergiram as influências da minha construção social enquanto mulher, imersa e construída em uma sociedade que criminaliza a pessoa que faz uso de drogas, sobretudo pessoas pobres e pretas. Além disso, manifestou-se a expectativa em relação à minha abordagem com o usuário, a partir do acolhimento e da escuta qualificada, para que juntos possamos construir significados para aquele momento. Nessas experiências, pude sentir na pele sentimentos como: ódio, raiva, frustração e culpa. Não carregamos uma capa, em que, ao chegar no trabalho, vestimos e rapidamente todas nossas experiências se anulam, para que de forma neutra o trabalhador possa atuar, na ausência de qualquer influência. Somos o resumo do que vivemos, do que estamos vivendo e do que projetamos ainda viver, ou seja, o trabalho que realizamos não é somente influenciado pelo que os livros nos ensinam, mas também é sobre quem somos enquanto sujeito.

Quando fui apresentada ao referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schütz, confesso que, em um primeiro momento, foi bastante desafiador. Precisei acessar diversos

livros e artigos para compreender desde o arcabouço da fenomenologia, até conseguir acessar de fato a construção teórica de Alfred Schütz. O segundo desafio foi traduzir suas teorias para o campo da saúde mental e, principalmente, para dentro desta pesquisa, que também fala sobre meu cotidiano como enfermeira. Porém, após um longo período de estudos, foi-se preenchendo de sentido e o enlace entre teoria, método, resultados, interpretação compreensiva e considerações finais foi concretizado.

Portanto, percebo o referencial da fenomenologia social de total relevância para os estudos compreensivos no âmbito da saúde mental, como forma de análise subjetiva para instrumentalizar a forma de lidar com a crise no contexto da saúde mental, enquanto trabalhadora de saúde, a partir de uma abordagem psicossocial, para além de um saber técnico-científico, mas também com foco em suas singularidades.

O conceito da palavra crise para a construção deste trabalho levará em consideração a sintomatologia biológica do processo de crise e a importância da atuação imediata dos trabalhadores de saúde, porém com um olhar ampliado, para além da exacerbação dos sintomas, em uma perspectiva biopsicossocial. Optou-se por pensar a crise em sua compreensão como uma experiência singular e disruptiva, a qual produz vivências dolorosas, marcadas por incertezas, medo e estranhamento, todavia contém em si elementos criativos, que expressam particularidades do sujeito e da manifestação do desejo (ZEFERINA *et al.*, 2016).

Em busca de compreender as movimentações da equipe multiprofissional, a tessitura desta pesquisa se constrói a partir da seguinte questão norteadora: **quais são os significados das ações dos trabalhadores na atenção a pessoas em crise, em um CAPS AD III?**

Devido à complexidade da temática vivida no meu cotidiano, bem como às fragilidades de estudos na literatura sobre situações de crise vivenciadas no contexto dos CAPS AD para além de aspectos biológicos, avalio este estudo como fundamental para a compreensão dos trabalhadores acerca do fenômeno crise em pessoas que usam drogas, das motivações dos trabalhadores, dos sentimentos e das expectativas enfrentadas diariamente no atendimento aos usuários que frequentam o serviço de saúde, visando o fortalecimento do cuidado em liberdade, de forma a contribuir para repensar a assistência direcionada aos usuários e as relações entre os trabalhadores. Além disso, visio contribuir para o fortalecimento da área de conhecimento da enfermagem em saúde mental, uma vez que esses profissionais estão inseridos na equipe multiprofissional e podem se beneficiar com as discussões elencadas neste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o significado das ações dos trabalhadores no atendimento à crise em um CAPS AD III.

2.1 Objetivos específicos

Compreender o significado do fenômeno crise.

Conhecer as ações dos trabalhadores de um CAPSadIII na atenção à pessoa em crise.

Compreender a intencionalidade das ações dos trabalhadores de um CAPSad III na atenção à pessoa em crise.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção desta etapa da pesquisa, vou ao encontro de meu objeto de estudo, costurando sentidos com o processo histórico da loucura e da saúde mental, desde a criação das instituições asilares até chegar ao que temos hoje enquanto política pública de saúde. Problematizo a individualidade dos usuários que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, os quais lidam com estigmas de outra ordem social.

Quanto ao fenômeno crise, busco um resgate histórico analisando de que forma as diferenças de modelos assistenciais afetam os sujeitos que necessitam de um atendimento em situações de extremo sofrimento, bem como a partir de que lógica os trabalhadores operam e constroem suas ações no processo de cuidar, além de conceituar a terminologia e trazer pesquisas recentes sobre o atendimento de situações de crise vivenciadas no modelo psicossocial.

3.1 A história da loucura, a Reforma Psiquiátrica e o cuidado às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas

Para iniciar este capítulo, percebo como essencial uma retomada histórica sobre a história do hospital enquanto instituição de caráter total até as políticas públicas atuais de saúde mental, com foco na população em sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas, a fim de proporcionar uma reflexão ampliada sobre um contexto de exclusão que permeia as práticas de cuidado – apesar dos avanços - até a atualidade.

A loucura, antes do século XX, apresentava outra percepção social. Na Idade Média, o louco fazia parte da sociedade, pois havia uma concepção nefasta da loucura que, de certa forma, conectava o sujeito ao mundo, por ser considerado um indivíduo que falava verdades com excentricidade, possibilitando uma experiência que dava a eles o lugar de reveladores. Nesse contexto, a loucura ainda era socialmente aceita, apesar de suas particularidades. Ainda não havia a completa exclusão social deles nem de sua linguagem, porém cabiam aos loucos um discurso e um local específico (as estradas, nau dos loucos) em relação aos demais (FOUCAULT, 2008).

Na mudança do período da Idade Média para o Renascimento, há uma ruptura do louco visto como um ser excêntrico e verdadeiro, perdendo sua função de revelação e manifestação,

assumindo a posição de corpo desviante – indesejado social - o qual precisa ser excluído da sociedade por apresentar riscos à ordem pública (FOUCAULT, 2006).

A fim de silenciar e excluir os corpos desviantes das condutas sociais impostas pela ascensão da Igreja Católica, inicia-se o processo de nascimento do hospital, porém ainda não da forma que o conhecemos. Antes do século XVIII, o hospital não era considerado como local de assistência médica, sendo visto essencialmente como uma instituição de assistência aos pobres, bem como de segregação e exclusão. Nesse contexto, o hospital não era um local de cura, pelo contrário, era o local onde os pobres permaneciam para padecer e morrer. Os cuidadores não eram técnicos ou estudiosos, mas religiosos ou leigos, os quais buscavam, através dos cuidados aos pobres, a própria salvação. O hospital constitui-se como uma instituição para segregar o pobre, o qual deveria manter-se excluído do âmbito social, devido primordialmente ao risco de disseminação de doenças, ou seja, um indivíduo que apresenta riscos para manter-se livremente em sociedade (FOUCAULT, 2019).

Ao fim do século XVII e início do século XVIII, o hospital apresentava-se como um imbróglio, em que se misturavam doentes, prostitutas e loucos, acompanhados por ações assistencialistas e de caráter espiritual, sem a presença da medicina. A instituição hospitalar começa a ser mal vista pela sociedade em geral, pois se tornou um local de aglomeração de pessoas sem nenhum cuidado, propiciando a disseminação de doenças, além de atividades irregulares relacionadas ao tráfico em hospitais marítimos, causando intensa desordem social e econômica (FOUCAULT, 2019).

Para desmistificar os efeitos negativos do hospital, a medicina ingressa na instituição, visando o controle de endemias e o combate da desordem institucional. O hospital se consagra como um espaço individualizado, em que os sujeitos são distribuídos em um local no qual possam ser vigiados e os acontecimentos possam ser registrados (FOUCAULT, 2019).

A partir desse momento, com o advento da medicina na instituição hospitalar, dar-se-á início ao processo de investigação de doenças. O corpo humano torna-se meramente um objeto de investigação, em uma visão dualista – segregação entre corpo e mente (FOUCAULT, 2019).

Nesse contexto, a loucura apresenta certo destaque, pois, durante o Renascimento, a sociedade produziu intensa desvalia e repulsa aos mentalmente adoecidos, colaborando para a criação de espaços exclusivos, isolados da sociedade, sem a pretensão de cuidar daqueles sujeitos que não eram considerados dignos (TEIXEIRA, 2019).

No momento em que a medicina foi se consagrando no campo hospitalar, a partir da ideia de corpo como *locus* de investigação e intervenção, os estudos referentes ao funcionamento da mente também ganhavam notoriedade. Desta forma, ocorre uma mudança substantiva no papel social dos hospitais gerais ou das casas para loucos (hospício), os quais começam a assumir uma função terapêutica (CAPONI, 2012).

A institucionalização do papel terapêutico do hospício foi o ponto principal para o nascimento da Psiquiatria como disciplina do campo médico. A legitimação social da Psiquiatria só acontece quando a sociedade começa a compreender a loucura como doença, caracterizada como alienação mental pelo médico Philippe Pinel (CAPONI, 2012).

O alienismo se conectou perfeitamente ao ideário da modernidade. A crença no poder científico, intensificadora do progresso da civilização, dominava os meios científicos e culturais da época. Esse método se soma aos novos paradigmas do pensamento científico e filosófico, sobretudo aos constructos relacionados ao Iluminismo. Ele surge como uma possibilidade de intervenção médico-científica na vida do indivíduo e da sociedade, com a promessa de recuperar os alienados mentais através da ação médica (SULPIZIO, 2019).

A partir desse momento, Pinel funda a clínica psiquiátrica, criando um campo científico de observação e análise dos fenômenos perceptíveis da doença mental. A incumbência para o tratamento da alienação mental passou a ser delegada aos alienistas, os quais adotavam suas práticas a partir do progressivo refinamento do quadro classificatório de doenças, do confinamento em instituições totais e do tratamento moral dos indivíduos, chamados de alienados. Dessa forma, torna-se possível uma semiologia psiquiátrica, a partir da investigação do alienista que observa, convive com e descreve os comportamentos de indivíduos doentes. Assim, surge uma classificação, uma abordagem clínica, partindo dos sintomas para identificar os quadros clínicos e uma terapêutica específica, direcionada para o tratamento coletivo de causas físicas e de causas morais da loucura, ou seja, das chamadas paixões descontroladas, excessivas ou desvairadas que justificariam, em parte, a insanidade (TEIXEIRA, 2019).

Para Pinel, a doença mental é uma doença predominantemente moral, que depende das percepções e sensações que os homens experimentam durante a vida. Em razão desse entendimento, o alienista defendia que o tratamento para doença mental só seria efetivo com o completo isolamento social do alienado. A exclusão social possibilitaria retirar o doente do meio em que ocorrem as tensões habituais – geradoras ou potencializadoras do adoecimento –

possibilitando a permanência em um ambiente calmo, disciplinado e regido pela ordem médica. Essa vida regrada dentro do hospício é compreendida para Pinel e seus contemporâneos como um antídoto adequado para a cura da doença mental (PINEL, 2007; TEXEIRA, 2019).

Um gesto emblemático de Pinel que constitui as práticas médicas de intervenção na loucura foi a liberação de doze alienados presos por correntes em um hospital de Bicêtre na França, sendo considerado um grande marco reformista. Devido a esse fato, foi construída, no imaginário social, a ideia de que o espaço institucional defendido por Pinel seria um asilo ideal, no qual as relações seriam mais transparentes e humanas. Entretanto, não foi o que ocorreu na realidade, pois o asilo transformou-se em um instrumento de uniformização moral, de denúncia e de segregação social (FOUCAULT, 2010).

Para Basaglia (1979), a psiquiatria se constituiu como um fator tendencial de opressão, uma técnica de origem repressiva imposta pelo Estado para dominar e oprimir os doentes e os pobres, isto é, atribuindo valor negativo a quem não produz. Embora a psiquiatria tenha sua origem no movimento de libertação dos loucos das correntes, a mesma psiquiatria, logo em seguida, colocou o alienado em outra prisão, nomeada por manicômio: um lugar de sofrimento, exclusão e opressão, com ausência de práticas terapêuticas ou de cura.

As práticas de cuidado baseadas no modelo alienista se espalharam pelo mundo. No Brasil, o começo da psiquiatria está historicamente ligado à colonização portuguesa, sendo as primeiras intervenções relacionadas à loucura datadas na segunda metade do século XIX, com a vinda da família real (AMARANTE, TORRE, 2018).

Com o avanço da modernidade, com a urbanização das cidades, com os paradigmas da Igreja Católica e com o modelo médico higienista, os sujeitos reconhecidos como alienados não poderiam mais circular livremente em vias públicas, sendo excluídos do ambiente social e de qualquer relação social, selando uma espécie de morte social (AMARANTE, TORRE, 2018).

Devido às imposições aos sujeitos considerados loucos, o decreto assinado por D. Pedro II em 1841 autoriza a criação de um hospital para doentes mentais, configurando o marco do nascimento da então medicina mental e, mais tarde, da clínica psiquiátrica. A partir desse momento, consolida-se o modelo asilar de tratamento da loucura no manicômio, capturada pelo discurso médico que constrói de forma estratégica o entendimento segundo o qual o alienado é um indivíduo incapaz de viver em sociedade, sem juízo crítico e perigoso para si e para os outros (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012).

Com a manutenção desse discurso, o modelo manicomial ganha reconhecimento em âmbito social e o número de manicômios começa a se expandir em todo território nacional - com maior ênfase durante o período da Ditadura Civil-Militar (1964-1985) - com interesses financeiros específicos, aliados a parcerias público-privadas, em que rapidamente o sistema que anteriormente era de maioria pública, torna-se de maioria privada, com aproximadamente, no final de 1970, 100 mil leitos psiquiátricos para uma população de 116 milhões de habitantes (YASUI, BARZAGHI, 2018).

Neste contexto de institucionalização da loucura, é importante tecer um recorte acerca das pessoas que faziam uso de drogas nesse período, as quais, em determinadas situações, não eram consideradas como alienadas aos olhos do Estado, mas como criminosas, em uma visão meramente jurídico/policial (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Amparado pelo paradigma manicomial e no início da política de repressão ao uso de drogas, o Brasil adere à Convenção de Haia, realizada em 1912 e incentivada pelo governo dos Estados Unidos da América (EUA), o qual pressionava a implementação de uma política internacional, com o objetivo de limitar a produção e venda de ópio e opiáceos, incluindo a cocaína. Nesse período, em âmbito nacional, criaram-se alguns decretos, a fim de demonstrar que o território nacional estava alinhado à política externa vigente. Foram formulados os decretos n.º 4.294 em 1921, o decreto n.º 15.683 de 1922 e o decreto n.º 14.969 em 1922, sendo este último responsável pela criação do “sanatório para toxicômanos”. Os decretos anteriormente citados estabelecem a pena de prisão aos que vendem ópio e seus derivados, além de punir com internação compulsória a embriaguez que causasse danos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir do decreto n.º 14.831 de 1921, ocorreu a criação do primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, chamado de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Conforme a literatura, essa modalidade de manicômio surge ancorada em saberes que unem o crime e a loucura, tendo como arcabouço teórico a discussão entre as escolas jurídicas e as psiquiátricas. Anos depois, esse manicômio passou a ser chamado de “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho”, no qual há registros de que homens dependentes químicos ficavam abrigados no local (VARGAS; CAMPOS, 2019).

A partir de 1936, houve um aumento da preocupação em relação ao uso de substâncias entorpecentes, sendo criada uma Comissão Permanente de Fiscalização. Em 1938, aconteceu a

publicação do decreto-lei n.º 891 que condenava o uso de ópio e da cocaína, incluindo também maconha e heroína (REIS, 2000).

Após esse decreto, o uso de drogas aparece classificado como “toxicomania”, doença de notificação compulsória, não podendo ser tratada no domicílio. A internação em manicômios por bebidas alcoólicas era entendida como obrigatória, quando estabelecida pelo juiz, ou facultativa (MACHADO; BOARINI, 2013).

A partir desta perspectiva histórica percebe-se que, no início do século XX, foram feitas ações focadas no “aparato jurídico-institucional” destinado a manter o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública do país”. Na década de 1970, essa política foi influenciada pela medicina com o discurso técnico-científico para a legitimação do controle do uso de drogas, em que o usuário é visto como um doente, inserido no modelo manicomial, porém ainda condicionado à justiça penal, sob coordenação da SENAD (FARIA; SCHNEIDER, 2019).

Entretanto, havia diversos conflitos de interesse entre a SENAD e o MS, situação que se arrastou por muitos anos, promovendo ausências na efetivação de políticas públicas. Tais conflitos devem-se ao fato da SENAD adotar leis e portarias, a partir de um discurso repressivo e conservador, muito influenciado pelos tratados internacionais de fontes proibicionistas, alimentadas por atores como os EUA, que justificavam suas ações baseadas no combate ao narcotráfico. O Brasil, como um dos seus aliados, contribuiu para a manutenção da política proibicionista, cuja fonte era o combate ao narcotráfico, utilizando ideais criminalizantes, buscando fortalecer o campo repressivo, produzindo e reproduzindo esse tipo de relações e de práticas sociais no lidar com o sujeito que usa drogas. Enquanto isso, o MS buscava discutir a política do Governo Federal para atenção aos usuários de álcool, bem como harmonizar e adequar a legislação vigente, que envolvia o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas no território nacional (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

O modelo de atenção às pessoas em sofrimento mental e à população que realizava uso de álcool e outras drogas começou a ser problematizado/denunciado por teóricos, médicos e pelo movimento social, devido às más condições de funcionamento e às denúncias de maus-tratos, realizadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual exigia, na época para o órgão do MS - Divisão Nacional de Saúde Mental (DINASM) - melhores

condições de trabalho na atenção ofertada (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012; AMARANTE, 2007).

O MTSM era formado por integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros da associação de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Esse movimento passa a protagonizar as denúncias de violências nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede privada de assistência, de maneira a problematizar o modelo hospitalocêntrico e o saber psiquiátrico (MACEDO, *et al.*, 2017).

A luta antimanicomial começa a se consolidar com mais intensidade após criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, a qual prevê a saúde como um direito de todos e como um dever do estado.

Apesar de ideologicamente semelhante e temporalmente próximo ao Movimento de Reforma Sanitária, o Movimento de Reforma Psiquiátrica possui características próprias, escritas dentro de um contexto internacional de superação do modelo asilar. É definido como um processo político, social, complexo, composto de diversos atores de diferentes origens, o qual incide em diferentes territórios, nas três esferas governamentais (município, estado e união), nas universidades, nos sindicatos, na mídia, entre outros segmentos sociais (GALASSI, 2018).

Após anos de luta do movimento de Reforma Psiquiátrica e de tramitação no Congresso por 12 anos, a Lei Paulo Delgado é aprovada com algumas ressalvas importantes do projeto de lei original e torna-se a Lei n.º 10.216 da Reforma Psiquiátrica, a qual redimensiona a assistência em saúde mental no Brasil, ofertando serviços de base comunitária, baseados no direito das pessoas em sofrimento psíquico terem um tratamento digno, prevendo a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos.

Na perspectiva AD, após o advento da Reforma Psiquiátrica, o MS enfrentou o embate proibicionista e iniciou um diálogo sobre o cuidado às pessoas que usam drogas, enfrentando o tema como questão de saúde pública. Em 1994, o MS teve a primeira iniciativa ao assumir a redução de danos (RD) como importante estratégia de saúde no combate às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), e hepatites, dando visibilidade aos usuários por meio da distribuição de agulhas e seringas, além

da organização política de trabalhadores e usuários, os quais potencializaram a revisão das políticas vigentes (SILVA; ABRAHÃO, 2020).

A efetivação do cuidado no que tange à atenção às pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas torna-se concreta com a criação de novos serviços, chamados de serviços substitutivos, sendo os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) um dos principais pontos da rede dessa nova política de saúde mental. Esses serviços preveem o cuidado em saúde mental de forma comunitária, considerando o desejo e a subjetividade dos sujeitos, de forma a substituir o modelo hospitalocêntrico até então vigente (SILVA; ABRAHÃO, 2020).

Os CAPS tornam-se serviços fundamentais para consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, garantindo o direito a um tratamento digno e em liberdade a pessoas em sofrimento psíquico grave e que fazem uso de álcool e outras drogas. Seu funcionamento é definido de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, e os serviços se diferenciam conforme a densidade populacional de cada município, horário de funcionamento, população atendida, capacidade de acolhimento à crise e número de profissionais que compõem a equipe. Podem apresentar modalidades diversas – CAPS I, CAPS II, CAPS III - conforme a complexidade e a responsabilidade populacional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Os CAPS I são serviços para municípios com contingente populacional superior a 20.000 habitantes e os CAPS II para municípios com mais de 70.000 habitantes. Os CAPS III e o Centro de Atenção Psicossocial referência para Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) possuem capacidade para atender uma população superior a 200.000 habitantes, com a diferença em relação aos anteriores de se constituir como um serviço de atenção contínua, com horário de funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, além de possuir leitos de acolhimento noturno¹. Além destes, contam-se com CAPS AD os municípios cuja população é superior a 70.000 habitantes, e com centro para infância e adolescência (CAPSi) os municípios com populações superiores a 150.000 habitantes (BRASIL, 2002; BRASIL 2011).

Após o surgimento dos CAPS AD mediante a Portaria 366/2002, tornou-se fundamental reconhecer questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Para isso, o MS criou, em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de

¹ Acolhimento noturno é uma modalidade de acompanhamento que prevê estadia diurna e noturna, em que o usuário pode permanecer no CAPS AD III por até 14 dias.

Álcool e outras Drogas (PNAD), com o objetivo de reconhecer o direito ao acesso à saúde por pessoas que fazem uso de álcool e drogas, de forma não moralizante, a partir do paradigma antiproibicionista e de cuidado na perspectiva da redução de danos, ofertando assistência em saúde baseada nos princípios do SUS (SILVA; ABRAHÃO, 2020).

Em 2011, com o surgimento da Portaria 3.088 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a atenção para pessoas em sofrimento psíquico e com problemas referentes ao uso de álcool e outras drogas é descentralizada do serviço CAPS. Propõe-se uma rede de saúde mental articulada e integrada com outros serviços de saúde, assistência e educação, bem como demais componentes afetivos, como família e comunidade, dentre outros aspectos que compõem a singularidade do sujeito, a fim de melhor executar uma Política de Saúde Mental baseada no respeito aos direitos humanos, focada no cuidado em liberdade de forma humanizada e no combate aos estigmas e ao preconceito, com ênfase na redução de danos, centralizada, portanto, nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011).

A Portaria 3.088 convoca o CAPS AD a prestar um cuidado extramuros da instituição, construindo redes com outros serviços de saúde, assistência social e demais membros que compõem a vida cotidiana de um determinado sujeito. Dessa forma, consolida-se como serviço de saúde especializado no campo da saúde mental no atendimento de adultos, crianças e adolescentes – em conformidade com as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - com necessidades de cuidado referente ao uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de construir um cuidado integral, em liberdade, com respeito aos direitos humanos e em redes (BRASIL, 2011).

Recentemente, houve a inclusão da Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017, a qual inclui o CAPS AD IV como um novo dispositivo para o cuidado de pessoas com quadros graves e intensos de uso de crack, álcool e outras drogas, cuja implantação deve ser planejada junto às cenas de uso em municípios com uma população superior a 500.000 habitantes. O horário de funcionamento é de 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, ofertando atendimento de urgência e emergência com leitos de observação (BRASIL, 2017).

Esse serviço nasce de uma necessidade da RAPS em promover o cuidado à população em situação de rua, a qual historicamente apresenta dificuldades em vincular-se aos serviços da rede, bem como fortalecer o atendimento em situações de crise relacionada ao uso de

substâncias psicoativas. O trabalho é realizado dentro do serviço e junto aos usuários nas cenas de uso de drogas (BRASIL, 2017).

É possível observar diversas mudanças desde o modelo alienista de tratamento moral até o paradigma psicossocial. Porém, o cotidiano ainda é permeado por abordagens reducionistas da loucura, da saúde e da doença mental, refletindo um *modus operandi* asilar, que apreende a doença em si e desconsidera o sujeito que adocece.

O paradigma psicossocial é a antípoda do antigo modelo manicomial, hospitalocêntrico e medicalizante. Com origem na Reforma Psiquiátrica, é caracterizado pelo trabalho em equipe multiprofissional, através da utilização de diversos recursos terapêuticos, com foco na reinserção social do indivíduo, incluindo família e comunidade, bem como o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares. Além disso, promove a assistência eficaz e humanizada, a redução do número de internações e corresponsabiliza a família, a comunidade e o próprio usuário nas ações de reabilitação e reintegração social. Dessa forma, esse paradigma assume como diretriz a Reforma Psiquiátrica, com o papel fundamental de nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental (SOUZA; MACIEL; MEDEIROS, 2019).

Considerando os avanços do paradigma psicossocial no cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, ainda há um longo caminho para superar modelos historicamente construídos. Como elencado anteriormente, o cuidado a esse público por muito tempo não foi considerado uma questão de saúde pública, deixando-o ao cargo de outras instituições relacionadas a justiça, segurança pública, associações religiosas, entre outras.

Tal compreensão contribuiu para a ausência do Estado enquanto agente político de saúde, possibilitando, em todo território nacional, a disseminação de instituições de caráter total, fechadas, excluídas do âmbito social, baseadas exclusivamente em práticas biomédicas psiquiátricas ou de cunho religioso, tendo como única proposta de cuidado a abstinência (GALASSI, 2018; PEREIRA *et al.*, 2015).

Em contrapartida, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a Portaria 366/2002, e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) reforçam que os CAPS AD deveriam constituir-se como um espaço de tratamento diferenciado, em que o princípio da desinstitucionalização da assistência seria construído a partir de uma prática clínica centrada no sujeito e em suas necessidades de cuidado. Outro princípio a ser buscado é o da desconstrução do modelo biomédico de atenção e, com isso, tem-se a adoção de uma nova maneira de perceber

o sofrimento psíquico enquanto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, em uma perspectiva antiproibicionista e de redução de danos relacionada ao uso de álcool e outras drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Interessante observar que, desde 1936, o uso de drogas é considerado como uma questão de saúde ou, mais precisamente, de doença. No processo histórico, é possível perceber que sempre houve uma cooperação entre as duas instituições (psiquiatria e justiça), a qual reflete nos problemas atuais, como os processos de criminalização do uso de drogas e de hipermedicalização (GALASSI, 2018; PEREIRA *et al.*, 2015). Para um abaulamento dessas iniquidades, é preciso fortalecer o paradigma psicossocial, a fim de desconstruir práticas de exclusão e de criminalização de usuários de álcool e outras drogas, as quais contribuem para a manutenção do estigma historicamente construído no âmbito social e prejudicam a inclusão social desse público no mundo da vida cotidiana.

3.2 A crise na perspectiva biopsicossocial: a influência do modelo biomédico e a estigmatização do usuário de álcool, crack e outras drogas

Conforme minhas motivações para o desenvolvimento desta pesquisa, realizei uma retrospectiva sobre o fenômeno crise na atenção psicossocial, considerando sua trajetória histórica, diferentes conceitos encontrados na literatura, principais atravessamentos e perspectivas de cuidado para a população AD.

De acordo com o capítulo anterior, podemos perceber uma mudança paradigmática do modelo asilar para o psicossocial no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico e no sofrimento recorrente ao uso de álcool e outras drogas. Para Costa-Rosa (2000), o modo asilar e o modo psicossocial se diferem em três parâmetros basilares: as formas de organização dos dispositivos institucionais, as formas de relacionamento com a clientela e a compreensão dos efeitos típicos no sentido terapêutico e ético.

O modo psicossocial prevê o cuidado em uma perspectiva longitudinal, pautando-se na desinstitucionalização, com ênfase na inclusão social e no cuidado em liberdade, somando-se ao olhar subjetivo e sociocultural para o sujeito. Tal modelo se contrapõe ao modo asilar, que tem como prerrogativa a hospitalização como método de exclusão social, a medicalização excessiva como forma de controle de corpos e a objetificação dos sujeitos. Outra diferença

importante é a horizontalização das relações em que, no modo psicossocial, constitui-se enquanto prática de cuidado, a partir da autogestão, da participação e da interdisciplinaridade, em que não há o domínio de uma especialidade, mas há trabalhadores multiprofissionais, os quais diariamente aprendem e ensinam a partir da vivência e da experiência cotidiana no encontro com os outros – trabalhadores e usuários - no mundo da vida. Desta forma, é possível observar mais uma diferença entre os modelos, pois, no modo asilar, há o estabelecimento de relações verticais de total descrédito em relação ao saber do indivíduo em sofrimento mental institucionalizado, em que o médico determina as ações a partir da contenção de sintomas, em busca de um padrão de normalidade (COSTA-ROSA, 2000).

É possível observar o que a humanização, desmedicalização, a horizontalização das relações, o olhar subjetivo e sociocultural para os sujeitos faz parte das estratégias da atenção psicossocial, quanto paradigma do cuidado em saúde mental, construído e em construção através do movimento de reforma psiquiátrica (WILLRICH, 2017). Os CAPS são serviços atuantes no modelo psicossocial, enquanto paradigma do trabalho em ato em saúde mental, os quais encontram desafios no atendimento à pessoa em crise (AMARANTE, 2007).

Para Amarante (2007), o atendimento à crise é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, pois existe, na sociedade em um contexto geral, uma cultura do manicômio, em que os discursos construídos através do processo histórico da psiquiatria tradicional, de caráter excludente e biomédico, reverberam como verdades, fazendo com que esse espaço seja reconhecido socialmente como o único lugar possível para realizar atendimento ao indivíduo em situação de crise.

Outros autores confirmam que ainda há uma maior prevalência de internações de caráter fechado em situações de crise, devido às dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar, como em municípios que não dispõem de CAPS ou aqueles em que o local existe, porém os serviços são extremamente precarizados, com baixo contingente de trabalhadores e com espaço físico reduzido. Esse contexto faz com que o cenário de atenção à crise se constitua predominantemente em uma lógica medicalizante e hospitalocêntrica, utilizando de contenção física e de elevado uso medicamentoso, associando-se, desse modo, à violação de direitos humanos (MARCOLINO; SPERANZA; CID, 2019).

Para Zeferino (2016), os trabalhadores apresentam condutas pontuais e apressadas, operando na lógica do silenciamento dos sujeitos, reproduzindo lógicas manicomiais herdadas

do modelo asilar. Tais condutas fortalecem o encaminhamento para internações psiquiátricas, indo ao encontro de estudos, os quais evidenciam um grande número de usuários que chegam em crise no CAPS e são direcionados diretamente para internação.

Um estudo realizado em Natal/RN por meio de grupos focais em equipes de CAPS AD diagnosticou a forte influência do modelo biomédico enraizado nos serviços de saúde, o qual visa o processo de trabalho de forma impessoal, centrado na cura da doença, na hospitalização e na fragmentação do sujeito, sem a presença da avaliação subjetiva, descartando a autonomia e a compreensão do sujeito no seu processo de saúde/doença (SILVA; DIMENSTEIN, 2015).

A forma como é ofertado o atendimento em situações de crise na rede de atenção é um importante analisador para averiguar se o cuidado fornecido é uma resposta manicomial ou é promotora de saúde mental nos momentos de maior sofrimento do usuário. O cenário do Brasil, no que tange ao atendimento a pessoas em situação em crise, é marcado pela institucionalização, pelo isolamento, por medidas involuntárias e por violação de direitos. Essa assistência acontece muitas vezes em manicômios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, consagrando-se como estruturas que servem à segregação, ao controle, à tutela e à estigmatização. Portanto, a crise se apresenta como um importante analisador na reorganização do cuidado em saúde mental, o qual o Brasil vem tentando implementar desde a redemocratização (CRUZ, *et al.*, 2019).

Nesse contexto, mesmo os CAPS, com seus pilares construídos a partir do paradigma psicossocial, tendo foco na superação e na desconstrução de práticas manicomiais, ações de isolamento e de controle de corpos podem ser reproduzidas quando os serviços mantêm o cuidado baseado no modelo asilar, a partir das ações especializadas, de forma fragmentada, pouco coordenadas e impermeáveis entre si (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991).

Conforme a descrição dos autores, percebemos que as ações dos trabalhadores em saúde na atenção à crise não se modificam exclusivamente por serem retirados do ambiente manicomial e colocados em serviços substitutivos. A lógica de um atendimento padronizado, sem considerar a singularidade, reduzido à sintomatologia, faz com que os trabalhadores também operem seus cuidados de forma padronizada, em uma lógica de causa e consequência, em que a pessoa com sintomas psiquiátricos se torna um mero objeto de intervenção, esvaziado de sentido e de história.

Outro dificultador importante é a disputa de abordagens teóricas existentes no campo da saúde mental, gerando contradições no campo de atenção à crise. De um lado da saúde mental, temos a atenção psicossocial, construída a partir de referenciais norteados pela perspectiva da inclusão, do vínculo, do conhecimento do processo histórico, da subjetividade e do respeito ao tempo e à singularidade da crise. Em contrapartida, no cotidiano de setores de emergência, predomina a objetividade e o pragmatismo, focados em intervenções pontuais, realizadas a partir de protocolos institucionais, incluindo também a otimização de tempo gasto e de materiais necessários para as intervenções (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

No estudo de Almeida *et al.* (2014) são evidenciadas outras problemáticas relacionadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no atendimento a demandas de saúde mental. Nesse estudo qualitativo, restou demonstrado que os trabalhadores não se sentem preparados para atuar no contexto de crise psíquica, principalmente referente a técnicas de manejo que não envolvam a contenção mecânica e química. Ainda, colocam como outro limitador a falta de local para encaminhamento do indivíduo em crise, devido ao déficit de serviços na rede para o atendimento desse público.

Em outro estudo recente, realizado em um SAMU em um município do Recôncavo da Bahia, evidenciou-se que as estratégias de atendimento são realizadas em conjunto com a política militar, sendo estas baseadas em ações de contenção mecânica e química, seguidas do encaminhamento do usuário para o serviço de atenção hospitalar (SOUZA, *et al.*, 2019).

Após o advento da Portaria GM/MS 3.088 que organiza a RAPS, o SAMU torna-se um local de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico e em uso de álcool, crack e outras drogas, sendo constituído como um serviço que também tem sua responsabilidade no atendimento da crise, de acordo com o paradigma psicossocial. Porém, quando não há um investimento em capacitações, há uma tendência na reprodução de práticas sem embasamento técnico/científico, baseadas em aspectos exclusivamente morais e biologicistas, ou seja, o atendimento do fenômeno crise fica à mercê da interpretação do trabalhador e da maneira como ele constrói seu arsenal de concepções e práticas, podendo estas serem provenientes de modelos excludentes e de violação de direitos (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

A falta de definição de um conceito torna-se um atravessador, pois ainda há uma valorização dos conceitos da psiquiatria tradicional, que define crise como algo negativo e destrutivo, através do engrandecimento dos discursos acadêmico, jurídico e social, pautados na

ideia de normalidade e em busca de uma ordem social. Dessa forma, não se consegue romper com a lógica que conecta crise/periculosidade/internação (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

Em uma pesquisa realizada em CAPS de modalidades distintas, com a intencionalidade de compreender o significado de crise para os familiares e para os profissionais de saúde, observa-se que não há muita diferença na concepção de crise entre os familiares e os profissionais, de forma a evidenciar que significados negativos suplantam os positivos, produzindo conceitos de sujeição à doença, incapacidade de interação social racional e periculosidade (LIMA, *et al.*, 2012).

Nesse mesmo estudo, é realizado um recorte referente ao conceito de crise no contexto do atendimento à população AD. Verificou-se que há uma tendência dos trabalhadores em separar problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas de diagnósticos de psicose, entendendo que o uso de álcool e drogas é secundário, sendo este indivíduo encaminhado para um CAPS II. Ainda sobre a crise, é evidenciado que os familiares que acompanham seus parentes em momentos de intenso sofrimento não utilizam o termo crise, mas sim “drogado” (LIMA, *et al.*, 2012).

Nesse sentido, percebe-se um forte estigma pelos familiares participantes da pesquisa relacionado ao uso de drogas, o qual define um sujeito a partir da substância psicoativa que ele utiliza, como se a droga ou o sintoma representasse sua totalidade enquanto indivíduo. Todavia, a pesquisa de Lima *et al.* (2012) também evidencia uma avaliação ampliada do sujeito, o qual nem sempre irá permanecer em um CAPS AD somente por utilizar drogas, mas será avaliado de forma integral, conforme suas necessidades, sendo encaminhado para o CAPS que vai ao encontro da problemática que o usuário apresenta.

Percebe-se, na perspectiva das pessoas que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, que a atuação em situação de crise é bem diversa, quando comparada ao sofrimento psíquico, devido a variadas questões históricas e estruturais.

Para Mendes (2017) há uma prevalência de práticas punitivas no âmbito do cuidado, que coloca o indivíduo como culpado pelo lugar que ocupa e, portanto, fracassado por não sair dele. Tal afirmação vai ao encontro de outro estudo de abordagem qualitativa, em que o usuário se culpabiliza, dizendo que, se tivesse se esforçado mais para não consumir drogas, não estaria

na situação em que se encontra, enquanto pessoa em situação de rua (RODRIGUES; LIMA; HOLANDA, 2018).

Essa resposta do indivíduo evidencia o uso de drogas exclusivamente como uma atribuição moral, gerando culpabilização e uma individualização da problemática com foco no uso de drogas, sem considerar demais aspectos subjetivos que o constituem como sujeito. Tais respostas estigmatizantes também são evidenciadas por parte de trabalhadores em saúde, sendo responsáveis por criar barreiras no acesso aos usuários.

Os momentos de atuação no contexto de crise costumam ser desgastantes aos trabalhadores em saúde, pois precisam lidar com uma situação extrema vivenciada pelo outro. Por vezes, tal relação torna-se complexa, já que, em muitos momentos, o trabalhador deseja a obediência do usuário no controle de suas ações, a partir de um modelo normativo de como deve ser o outro, reduzindo o sujeito à sua problemática, de modo a fortalecer o foco no sintoma - seja ele relacionado ao sofrimento psíquico ou relacionado à intoxicação por uso de substâncias - esquecendo outras formas de existência desse sujeito (SEIXAS *et al.*, 2019).

Para embasar o debate acerca dos processos de estigmatização dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas, utilizo o referencial de Goffman (2004), que conceitua os indivíduos em dois grandes grupos: os “normais” e os “estigmatizados”. Referente aos estigmatizados, restam apenas duas situações possíveis: ou eles são “desacreditados” ou eles são “desacreditáveis”. O desacreditado é compreendido pelo meio social como o indivíduo que não tem mais solução, ou seja, não há mais nada que se possa fazer para que determinada condição se modifique. O desacreditável é quando o estigma ainda não é socialmente reconhecido no indivíduo. Também o autor considera três tipos de estigma, a saber: 1) as abominações do corpo; 2) as culpas de caráter individual e 3) os estigmas tribais de raça, nação, religião, entre outros.

O estigma é atribuído a uma determinada característica de um indivíduo e, a partir disso, passa a formar a sua identidade. Como oposição, os indivíduos estigmatizados vão manipulando sua identidade para pertencer à sociedade, mostrando sua melhor versão. É o caminho da racionalização e da relativização da identidade que também a constrói, a partir de como a pessoa se enxerga, a que grupo pertence e como a sociedade em geral compreende suas ações e condutas (GOFFMAN, 2004).

O usuário de drogas é estigmatizado pela sociedade. São anos de uma história marcada por uma política repressiva, de criminalização e de exclusão social. Em conformidade com os estudos acima, podemos observar que pessoas que fazem uso de drogas são “desacreditadas” e carregam consigo o estigma, cuja culpa é individualizada. Também podemos analisar a procura dos trabalhadores em controlar as situações de crise na busca por um comportamento “normativo”, de como deve ser o outro.

Esse discurso moral e estigmatizante pode ser também um dos responsáveis pela invisibilidade, isto é, por casos referentes ao uso de álcool, crack e outras drogas não serem enxergados como questão de sofrimento agudo por membros de equipes de saúde em Unidade de Pronto Atendimento, conforme demonstrou um estudo qualitativo exploratório realizado em um setor de emergências clínicas em Curitiba, com 6 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem sobre atuação em situações de crise em saúde mental. Identificou-se, portanto, que grande parte dos profissionais não reconheceram alterações de comportamento referentes ao uso de álcool e outras drogas como emergências (KONDO, *et al.* 2011).

Desta forma, destaco como entraves para atenção à crise psíquica relacionada ao uso de álcool e outras drogas, o estigma, a individualização do problema na substância psicoativa, a culpabilização do indivíduo e a manutenção do modelo biomédico, pois, a partir do momento em que o trabalhador projeta suas ações baseadas em tais construções, dificilmente teremos um cuidado em saúde de forma humanizada, que considere aspectos de sua experiência, de seu desejo, bem como as questões socioculturais.

A crise passou por um longo processo histórico, desde o entendimento, na Idade Média, de que ela estaria ligada a manifestações sobrenaturais, até a evolução da ciência e do modelo biomédico durante o período da psiquiatria clássica, no qual a crise foi reduzida à agudização da sintomatologia psiquiátrica, em que o isolamento social no manicômio tinha como objetivo cessar a sintomatologia, a fim de atingir a homeostase, por meio da adaptação e estabilização da crise (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A palavra crise vem do grego *krísis*, que significava, na sua origem, momento de decisão, de mudança súbita; separar, decidir, julgar. Na história da Medicina, segundo antigas concepções, constituía um momento decisivo para evolução de uma doença para cura ou para morte. Para os chineses significa, ao mesmo tempo, risco e oportunidade (BRASIL, 2013, p. 100).

Para o aprofundamento do conceito de crise, precisamos compreender sua definição, a qual dificilmente será única, pois qualquer forma de defini-la deve considerar a organização psiquiátrica existente naquele lugar e naquele momento histórico em particular (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991).

Pode-se observar que sempre houve condutas institucionais, pautadas no afastamento social ou na ruptura imediata de uma conduta desviante, fora dos padrões de comportamentos normativos, sendo transformadas no decorrer dos anos - exorcismos, fogueira, confinamento, tratamento moral, eletrochoque, contenção física e medicamentosa - até chegar ao que temos como possibilidade de tratamento nos dias atuais, após advento da Lei da Reforma Psiquiátrica n.º 10.216 (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007).

Um dos conceitos de crise no campo da saúde mental evoca uma situação aguda, relacionada a eventos negativos, por vezes catastróficos, que ameaçam a vida. Tal terminologia também é associada aos riscos que o indivíduo pode gerar para si ou para terceiros. Na perspectiva do uso de drogas, são identificadas como crise as seguintes situações: overdose ou intoxicação; tentativa de suicídio; perda ou desaparecimento do domicílio; perda de emprego; conflitos e perdas em relacionamentos íntimos ou familiares; emergências médicas e problemas legais (SILVA, 2012).

Porém, o conceito de crise deve ser problematizado para além de momentos de desconforto e de desordem, pois, quando acolhido em seu potencial de desobediência, pode possibilitar a criação de novos fragmentos possíveis de existência, gerando mudanças importantes na vida do indivíduo (GARCIA; COSTA, 2014).

A crise em saúde mental é comumente exclusiva da clínica dos psicóticos e neuróticos graves. Entender a crise dessa forma limita o conceito em saúde mental, excluindo potenciais sofrimentos psíquicos agudos referentes ao uso de álcool e outras drogas, bem como empobrece as demais possibilidades de manejo ao usuário.

Em um estudo realizado com usuários de um CAPS AD, a crise é definida por eles como o momento em que “o bicho tá pegando”, o que antecede a recaída no uso de substância. Tal perspectiva aponta para uma necessidade de uma abordagem no momento anterior à recaída e não somente quando o quadro de intoxicação já é uma realidade (LIMA; TEIXEIRA; PINHEIRO, 2012).

As práticas de contenção mecânica e química são uma das formas de garantia da integridade física dos sujeitos que oferecem riscos para si ou para terceiros, as quais devem ser realizadas como último recurso terapêutico. É um tema que provoca muitas discussões e reflexões devido ao caráter coercitivo de controle de corpos, prática que foi empregada por muitos anos como estratégia para conter qualquer manifestação desviante de comportamento (COFEN, 2012).

Dessa forma, cabe ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) lidar no cotidiano com situações de crise, no que se refere ao cuidado de pessoas que usam de forma abusiva ou problemática álcool e outras drogas. Porém, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, nos estudos encontrados, fica evidente a influência do modelo biomédico e a forte estigmatização em relação aos sujeitos que usam álcool e outras drogas nos serviços de saúde e no âmbito social.

Para a construção deste trabalho, considero a sintomatologia biológica do processo de crise e a importância da atuação imediata dos trabalhadores de saúde, porém com um olhar ampliado, para além da exacerbação dos sintomas, em uma perspectiva biopsicossocial. Optou-se por pensar a crise em sua compreensão como uma experiência singular e disruptiva, a qual produz vivências dolorosas, marcada por incertezas, medo e estranhamento, porém contém em si elementos criativos, que expressam particularidades do sujeito e da manifestação do desejo (ZEFERINA *et al.*, 2016).

O atendimento à crise é um desafio para o trabalhador em saúde e, para viver tal relação, é necessário partir da disposição. É como conciliar a aproximação e a negociação com a aceitação e organizar os sentimentos e as emoções envolvidas. Para tal tessitura relacional, é preciso um enlace entre as teorias da subjetividade com a complexa condição humana em uma ação criativa. É no encontro com o espaço criativo que surge a oportunidade de dar-se conta do insuportável e do impossível.

A ação criativa, a qual me refiro, é o olhar subjetivo sobre a crise. Protocolos e bases operacionais são importantes, porém é necessário entender que o processo do adoecimento psíquico parte de processos para além dos aspectos biológicos e concretos. Nesse contexto, busco um olhar compreensivo sobre as movimentações dos trabalhadores em saúde no atendimento à crise psíquica decorrente do uso de álcool e outras drogas como partes

constituintes de suas experiências passadas e de seus objetivos futuros na ação social do mundo da vida.

4 BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS

Neste capítulo apresento as bases teórico-filosóficas da fenomenologia social de Alfred Schütz, em que realizo uma contextualização de forma ampliada a respeito da história da fenomenologia e destaco os principais conceitos de Alfred Schütz utilizados neste trabalho.

4.1 A fenomenologia

As ciências que estudam a experiência a partir da singularidade, na atualidade, ainda são tratadas como de menor valor científico em diversos campos da área da saúde. Porém, como seria possível compreender os processos subjetivos dos sujeitos, na ausência das palavras, em que não haja compreensão dos seus discursos?

Em um tempo em que o mundo grita por respostas cada vez mais rápidas, compreender os processos do outro mostra-se como um ato contra-hegemônico e como um compromisso ético e político. Para nos apropriarmos de tal narrativa, a fim de salientar a importância da experiência do vivido, é fundamental o olhar histórico, político e filosófico da construção do paradigma científico.

Durante um longo período, a ciência foi exclusivamente positivista, isto é, acreditava-se que os fenômenos só poderiam ser estudados mediante a razão, tendo como fim chegar a uma resposta determinada. Soma-se ao ideal científico a descrição de forma objetiva acerca de como proceder em uma determinada situação que irá ocorrer, com ausência de reflexão e demais questionamentos filosóficos sobre aspectos subjetivos que envolvem o ser humano (AHUMADA CRISTI, 2018).

Para o pensador positivista Durkheim (1960), a pesquisa só é válida se encontra em sua investigação resultados objetivos para alcançar verdades. Acrescenta também que os fatos são formas de agir, pensar e sentir externos aos indivíduos dotados de um poder de coerção a que são impostos.

Para que tal investigação seja possível, o objeto de estudo, assim como seus atos, precisa ser necessariamente tratado como “coisa” e, uma vez que os fatos são as coisas, são circundados por poderes coercitivos ou limites externos, ou seja, para Durkheim, os fatos deveriam ser

estudados como coisas (individuais) e não como ideias (subjetivas), pois acreditava que o resultado de ações coletivas, como as religiões, são responsáveis por exercer uma certa coerção – por vezes de forma violenta – no comportamento do sujeito (AHUMADA CRISTI, 2018).

A partir de 1880, diversos filósofos e pensadores começaram a ganhar visibilidade no meio científico realizando críticas ao modelo positivista vigente, propondo novas formas de enxergar o mundo e os sujeitos. Dessa forma desestruturaram-se os fortes alicerces do positivismo como única forma de compreensão da sociedade.

O movimento fenomenológico surge com maior intensidade no final no século XIX e início do século XX, com Edmund Husserl, entretanto o filósofo não foi o primeiro a utilizar o termo fenomenologia.

Referido termo foi utilizado pela primeira vez por Lambert em 1764, em que, nesse momento, a palavra foi compreendida como teoria da aparência, visão falsa da realidade. Em 1804, Fichte trouxe novas contribuições ao termo, porém mantendo a ideia da teoria da aparência, mas que para ele significava a manifestação de algo real, verdadeiro, um descobrimento. Com Hegel a fenomenologia definiu-se como método e filosofia. No entanto, somente no início do século XX, Edmund Husserl, sob a influência de Franz Brentano (1838-1917), concebeu a fenomenologia como uma linha de pensamento, uma ciência rigorosa, baseada em um novo método (CAPALBO, 1984).

Husserl era um crítico do pensamento positivista, realista e naturalista, que advinha de uma relação sujeito-objeto, como se não houvesse interação e intencionalidade entre os pares na tentativa de estabelecer certezas (BODEI, 2000). Para ele, o pensamento vigente da época, por não considerar a especificidade de seu objeto, acabava por tratá-lo como objeto físico, gerando uma confusão entre as causas exteriores de um fenômeno com a natureza própria deste. Em uma época em que imperavam discursos fantasiosos da metafísica de um lado e, de outro, a razão e a certeza eram vistas como a única resposta ao comportamento humano na perspectiva das ciências positivas, Husserl buscou um novo caminho, um olhar anterior a qualquer raciocínio, que nos colocasse no plano da realidade - das “coisas mesmas” - na proposta de retornar ao mundo da experiência, do vivido (DARTIGUES, 1973).

Husserl define a fenomenologia como uma “ciência de rigor”, em que a realidade e o mundo formam para os sujeitos unidades de sentidos relacionados a determinadas ligações significativas da consciência pura, ou seja, é dessa forma que o sentido é construído - não pelo

outro - mostrando sua legitimidade. Reitera-se que isso não significa que o mundo é produzido pela consciência, mas sim que a consciência e a intencionalidade são sempre consciência de alguma “coisa”, sendo inexistente a separação entre sujeito e objeto, pois não é possível colocar a consciência de um lado e a “coisa” de outro, devido à relação contínua existente entre eles, ou seja, contrariando os empiristas, os pensadores da fenomenologia evidenciaram que não há objeto em si, mas o objeto existe para um sujeito, em que o próprio sujeito é o responsável por atribuir significado ao objeto (ARANHA & MARTINS, 1993; BODEL, 2000).

Para o filósofo, “mundo” é tudo que se encontra ao nosso redor e que, de maneira rápida e direta, nos é revelado por meio da experiência sensível. Dessa forma, o mundo que nos cerca é constituído por entes mundanos, com os quais nos relacionamos e estabelecemos atitudes variadas, independente do quanto nos ocupemos com eles. Vivenciamos no cotidiano, a todo momento, a chamada “tese de mundo”, bem como fazemos uso desse mundo, passando, então, a desempenhar o que Husserl chamou de “atitude natural” (TOURINHO, 2010).

A “atitude natural” é definida como a inserção do ser entre outros corpos no mundo da vida por meio da experiência sensível. O mundo é percebido como ele realmente é, sem ao menos uma percepção crítica – adotando a chamada realidade factual- e, para o conhecimento deste mundo, é preciso munir-se do chamado “realismo ingênuo”. Porém, na atitude natural, não é possível compreender a relação das vivências cognoscitivas e as coisas a serem conhecidas ou desveladas, sendo que tal compreensão só é possível quando há uma redução, em que é realizada uma mudança de atitude, ou seja, a mudança da atitude natural para a fenomenológica, a qual nos permitirá visualizar o mundo e o sujeito como fenômeno, como parte de uma totalidade, na qual ambos revelam-se, de forma recíproca, como significações (FORGHIERL, 1991).

A relação objeto-consciência é o que identifica o campo de análise da fenomenologia. Para Martins (1992), tal relação é chamada de noesis-noema, em que noesis significa o movimento, a ação do sujeito em relação ao objeto - responsável por estabelecer significado às coisas (aquilo que é visado por meio da consciência) - e o noema refere-se a tudo aquilo que é visto pela consciência, ou seja, na relação noemática, as coisas só podem ser olhadas de forma fenomenológica quando elas surgem da experiência do vivido de um determinado sujeito.

A relação noesis-noema busca identificar a essência desse fenômeno, visando encontrar desde o seu significado até seu desvelamento. Para que a essência seja atingida é fundamental

reduzir, “limpar” o fenômeno, destituí-lo de tudo que não seja essencial, a partir da técnica chamada de variação eidética. Essa técnica possibilita ao pensamento a certeza de que será retido apenas o essencial do fenômeno. Assim, imaginam-se todas as possibilidades/variações que o fenômeno poderia desenvolver, até chegar na sua essência, ou seja, aquilo que não poderia ser suprimido sem que o próprio fenômeno fosse destruído (DARTIGUES, 1973).

Ainda envolvendo a redução fenomenológica em busca de sua essência, tem-se a “epoché”, a qual significa colocar “entre parênteses” – fazer uma separação - as crenças, os pressupostos ou as teorias acerca de um determinado fenômeno que está sendo interrogado. Trata-se do que Husserl ressalta quando descreve o “puro ver das coisas”, em que o fenômeno é colocado “em suspensão”, para buscar-se aquilo que se mostra à realidade (MARTINS, 1992).

A partir de seus principais pressupostos, pode se destacar, segundo Tourinho, que:

a fenomenologia prescindirá de tecer considerações acerca da posição de existência das coisas mundanas para direcionar, então, a atenção para os “fenômenos”, tal como se revelam (ou como se mostram), em sua pureza irrefutável, na autorreflexão da consciência transcendental (2010, p. 384).

Portanto, a consciência é a responsável por atribuir significado às coisas, em que só é possível o olhar fenomenológico a partir da experiência vivenciada pelo sujeito. Porém, para encontrar sua pureza irrefutável (consciência transcendental) ou ir as-coisas-mesmas, é necessário realizar a redução fenomenológica (*epoché*), a fim de deixar em suspensão nossos valores, crenças, pressupostos, preconceitos e caminhar em direção à atitude fenomenológica, descrevendo o mundo como se apresenta à consciência, para ir ao encontro da essência do fenômeno (CAMATTA, 2011).

Para Husserl, a fenomenologia se caracteriza como uma ciência rigorosa, mas não exata, a qual procede por descrição, e não por dedução (ciência eidética), em que seus fenômenos são os vividos da consciência, juntamente com seus atos e correlatos (CAPALBO, 1984).

O método fenomenológico busca que o investigador vise “reavivar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos à medida que são vividos, experienciados e conscientemente percebidos” (MARTINS; BICUDO, 1989 p. 76). Reavivar significa dar vida, tornar vivo. Tornar o fenômeno vivo, em que o homem é o centro da investigação, ou seja, é sobre ele que se localiza o foco da atenção para desvelar os fenômenos do mundo.

A primeira tarefa é a exploração do método fenomenológico, o qual, por sua vez, é uma maneira de evidenciação plena dos fenômenos. Para Husserl, trata-se de um método especificamente filosófico, o qual tem como estratégia para o alcance de um determinado grau de evidência o exercício de suspensão de juízo em relação à posição da existência das coisas. Esse exercício é o responsável pela “redução fenomenológica” e, com ela, a recuperação das coisas na sua pura significação, tal como se revelam, na consciência intencional (TOURINHO, 2010).

O método fenomenológico que Husserl propõe tem como objetivo abordar o fenômeno em sua essência, da forma que se manifesta a si mesmo, e não a partir da criação de conceitos prévios e de verdades inquestionáveis. Tem como intenção interrogar o indivíduo para descrevê-lo, a fim de compreendê-lo, capturando o mais puro significado de suas experiências (MARTINS; BICUDO, 1989).

Até o momento, este capítulo destinou-se a compreender como a fenomenologia se constitui enquanto movimento filosófico-científico. É importante destacar os avanços de Husserl e demais filósofos como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schütz, entre outros, pelo desenvolvimento de teorias que percebem o mundo para além do objeto e da razão, mas sim através da consciência de experienciar e de se relacionar com o mundo.

No entanto, observa-se que, na área da saúde, ainda é predominante a influência positivista, com foco na doença e na fragmentação do sujeito, de forma objetiva, reducionista e excludente, bem como também se percebe um aumento na busca de alguns pelo paradigma qualitativo, a fim de utilizar metodologias comprometidas com a compreensão total do indivíduo e potencializar diferentes formas de verdadeiramente se posicionar enquanto sujeito mundano (SILVA, V. R.; OLIVEIRA, 2018).

4.2 A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica, nem com balanças, nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós (Manoel de Barros, 2006).

Para iniciar esta tessitura pela história da fenomenologia social, é fundamental partir da perspectiva do ser no mundo da vida, o qual apresenta vivências cotidianas vividas e sentidas de forma subjetiva. O que se sente não pode ser quantificado em números, mas ser compreendido e identificado como mais uma forma de existência dentro de um contexto intersubjetivo de relações sociais (SCHUTZ, 2003).

Para o desenvolvimento da sociologia fenomenológica, mostrou-se necessário abordar os conceitos principais da fenomenologia de Husserl, para então compreendermos, neste capítulo, a sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Nesse contexto busco, através de imagens do meu cotidiano vivido como trabalhadora do SUS e de um CAPS AD, explicar os conceitos da fenomenologia social.

O sociólogo Alfred Schütz nasceu em Viena em 1889 e morreu em Nova York em 1959. Foi estudante de Ciências Sociais, porém também se aprofundou nas áreas do Direito e da Economia. Interessou-se de forma profunda pelo estudo de Max Weber, referente ao trabalho desenvolvido acerca da filosofia compreensiva, e do filósofo Edmund Husserl, relacionado à fenomenologia. Devido à ameaça de ocupação da Áustria por Hitler, Schütz emigrou para Paris e, após um ano, chegou aos Estados Unidos da América, onde entrou na *University in Exile*, a qual foi rebatizada posteriormente por Congregação da *New School for Social Research*. O sociólogo envolveu-se em diversas atividades relacionadas ao ambiente acadêmico e à área de negócios (SCHUTZ, 1979).

Alfred Schütz buscava uma filosofia que contasse a realidade do mundo cotidiano, a fim de compreender a realidade no mundo da vida, o qual é permeado por seres humanos que se relacionam entre si, vivenciando e experienciando fenômenos (SCHUTZ, 2003).

Para construção da fenomenologia social, Schütz utilizou-se do referencial da fenomenologia de Husserl. Esta advém de um método rigoroso para descrição analítica da realidade da experiência do vivido na vida cotidiana, porém, para ele, somente a fenomenologia

não era o suficiente para a compreensão do mundo social, pois, para entendimento do vivido – suas crenças e convicções –, é fundamental o olhar para o mundo social. Para isso, aprofundou-se nos estudos da sociologia compreensiva de Weber, com maior foco nos conceitos referente a tipologia, ação social e relação social (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Para a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento desta pesquisa, mostra-se necessário abordar alguns conceitos do método de Schütz, a fim de proporcionar maior interlocução com os dados coletados e analisados. Considerando tal premissa, abordo os conceitos de relacionamento social, ação familiar e anônima, situação biográfica, estoque de conhecimento à mão, ação social, motivações e reciprocidade de perspectiva.

Alfred Schütz mantém o conceito de *intencionalidade* utilizado por Husserl para o desenvolvimento da fenomenologia social, entretanto, é o conceito de *intersubjetividade* que apresenta mais destaque em seus estudos, pois o foco de análise do sociólogo é a partir do cotidiano e não da esfera da redução fenomenológica transcendental (SCHUTZ 1979).

A fenomenologia social de Schütz busca a compreensão da ação, visando interpretar seus significados como sujeitos em si ou pela relação intersubjetiva, a partir do viver da cotidianidade da existência humana no mundo da vida, considerando o mundo social (SCHNEIDER, 2017).

O mundo da vida cotidiana não se trata de um mundo privado, mas sim, de um mundo intersubjetivo e compartilhado, em que existia antes mesmo do nascimento dos sujeitos e que foi vivenciado e interpretado por seus antecessores, ou seja, é um mundo comum a todos nós. A interpretação desse mundo é uma mistura de experiências anteriores, de suas próprias experiências e daquelas que são transmitidas por familiares e professores (“conhecimento à mão”), as quais funcionam como um sistema de referência para o sujeito (SCHUTZ, 1979). O mundo da vida cotidiana não é estanque, ele está sempre em movimento e sofre modificações a partir das ações dos sujeitos, como também esse mesmo mundo exerce influência em relação às ações das pessoas (SCHNEIDER, *et al.*, 2017).

Para a construção desta pesquisa, é fundamental a compreensão das relações sociais implícitas no mundo cotidiano do CAPS, principalmente referente à relação trabalhador e usuário, a fim de compreender seus significados. Tais relações formam-se em diferentes âmbitos, estabelecendo uma forte relação entre seus semelhantes, por meio de um mundo de antecessores, sucessores e contemporâneos. Os antecessores referem-se à história de seus

semelhantes no passado; os sucessores representam de que forma as relações e as ações humanas interferem no futuro e os contemporâneos são sujeitos que coexistem no mesmo espaço/tempo presente, mas que não possuem relacionamento social direto (SCHUTZ, 2012).

O sujeito imerso no mundo da vida cotidiana estabelece relações sociais com seus semelhantes, influenciado por seus antecessores, e poderá modificar ações de seus sucessores. Essas relações podem ocorrer de maneira direta ou indireta.

A relação social direta só ocorre quando o *eu* capta a existência de outra pessoa do mesmo modo que a sua, ou seja, no momento em que acontece a orientação para o *tu* (momento que o sujeito identifica conscientemente o outro ser humano como uma pessoa). Desta forma, a orientação para o *tu* pode ser de forma unilateral, quando apenas um dos envolvidos está consciente em relação à presença do outro, ou de forma recíproca, quando ambos estão conscientes um da presença do outro. É na orientação para o *tu* que se constitui o relacionamento face a face, o qual abrange a relação social direta da pessoa com a experiência do outro, em que ambos compartilham de um tempo e espaço comuns (SCHUTZ, 2012).

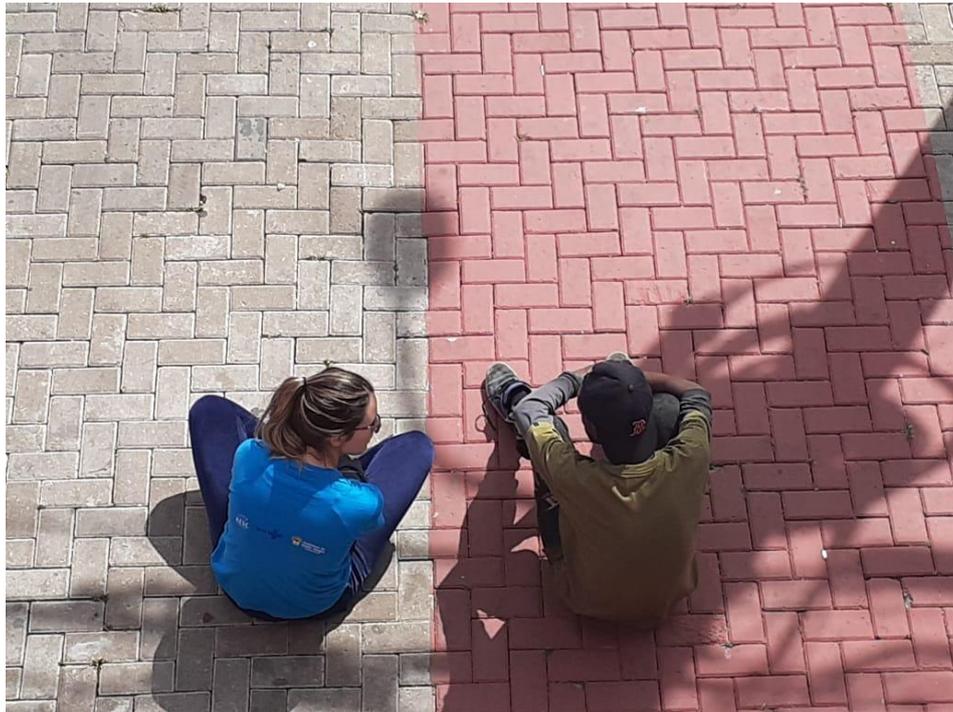
A orientação indireta é estabelecida entre os contemporâneos, na orientação para o *eles*, de forma indireta e impessoal, demonstrando de forma particular como o sujeito captura as experiências conscientes de seus contemporâneos (SCHUTZ, 2012).

Dentro de um ambiente comum, todo o sujeito tem seu objetivo particular, porém é no encontro com o outro que encontramos um ambiente comum e criamos uma conexão intencional de nossas vidas conscientes. A compreensão do outro só é possível por meio da apresentação, a qual se refere às experiências vividas por cada um de nós de forma subjetiva. Os sujeitos compreendem o mundo a partir da interpretação de suas próprias experiências, sejam elas referentes a objetos sem vida ou a seus semelhantes (seres humanos), ou seja, a visão compreensiva que eu tenho do outro eu é a nossa resposta às experiências que vivemos com nossos semelhantes (SCHUTZ, 2012).

O trabalho em saúde em ato é permeado por relações sociais diretas, em que há um encontro com outro semelhante, em uma relação face a face, a qual possui características próprias, repletas de experiências subjetivas constituídas através de diversos intercâmbios e relações construídas do passado até o momento do encontro, o “aqui e agora”. Na figura a seguir, demonstro um atendimento realizado por mim em meu local de trabalho, em que

justamente há esse encontro consciente entre dois sujeitos, em um mesmo tempo e espaço (SCHUTZ, 1979).

Figura 1 – Exemplo de relação direta entre trabalhador e usuário



Fonte: arquivo pessoal da autora

O trabalhador em saúde e o usuário são sujeitos conscientes um da existência do outro, pelegrinos² do mundo da vida. Ambos os atores não poderiam ser para os outros, nem para si próprios, se não pudessem encontrar com outros um ambiente comum como contrapartida da ligação intencional de suas vidas conscientes. A compreensão do outro se dá por meio da apresentação, em que cada indivíduo tem como dada sua própria experiência, ou seja, independentemente de estar dentro de um ambiente comum, todos nós temos nossa subjetividade particular (SCHUTZ, 2003).

No trabalho cotidiano em saúde mental é fundamental o reconhecimento do outro como ser subjetivo. Por vezes, enquanto trabalhadores que dividem o mesmo tempo e espaço com um

²Pelegrinos é como se autodenominam algumas pessoas que vivem em situação de rua no município de Porto Alegre RS. O pelegrino é um indivíduo andante, que viaja caminhando em direção a várias jornadas.

usuário (ambiente comum), acreditamos que uma orientação dada por nós deva ser perfeitamente realizada pelo usuário (outro), sem ao menos nos preocuparmos de que maneira esta informação foi compreendida e se não há nenhum empecilho (financeiro, moral, ideológico) para que determinado cuidado seja realizado. Esquecemos que aquilo que eu entendo como cuidado pode não fazer sentido para o usuário e que, apesar de estarmos em uma relação social intersubjetiva, ainda somos seres subjetivos, com experiências únicas.

O encontro de experiências que garantem a compreensão do outro é a chave para um bom relacionamento terapêutico entre trabalhador e usuário. Para que tal relação se estabeleça é preciso compreender que cada sujeito mundano ocupa um determinado lugar, nesse sentido, constituem-se relações sociais advindas de uma determinada situação biográfica, uma vez que cada um possui seu estoque de conhecimento.

O estoque de conhecimento à mão trata-se da biografia do sujeito, ou seja, do estoque de conhecimento experienciado ao longo da vida, por meio de suas vivências no mundo social. Nele habita sua existência cotidiana, o vivenciando a partir do construído ao redor do lugar ocupado por ele, aberto a interpretação e a sua ação, mas partindo sempre de uma determinada situação biográfica. Serve como um código de interpretação de suas experiências passadas e presentes, além de também determinar aquilo que virá (futuro) (SCHUTZ, 2003).

Todos os momentos da vida de um homem partem da situação biográfica determinada em que ele se encontra, a qual é definida através do ambiente físico e sociocultural escolhido por ele, em que, dentro deste, há uma posição em termos de espaço físico, tempo exterior ou de importância e papel dentro do sistema social, bem como sua posição moral e ideológica (SCHUTZ, 1979, p. 73).

Falar sobre uma determinada situação biográfica significa dizer que o sujeito tem histórias egressas de suas experiências anteriores, organizadas conforme as poses habituais de seu estoque de conhecimento à mão, sendo estas atribuídas exclusivamente a um determinado sujeito (SCHNEIDER, *et al.*, 2017).

O estoque de conhecimento à mão de um sujeito tem sempre um fluxo contínuo, porém modifica-se no sentido de extensão e estrutura, em que as experiências alteram a todo momento a situação biográfica do indivíduo. Esse conhecimento à mão serve como um código de interpretações de suas experiências passadas, presentes e determina sua antecipação das coisas que virão (SCHUTZ, 1979).

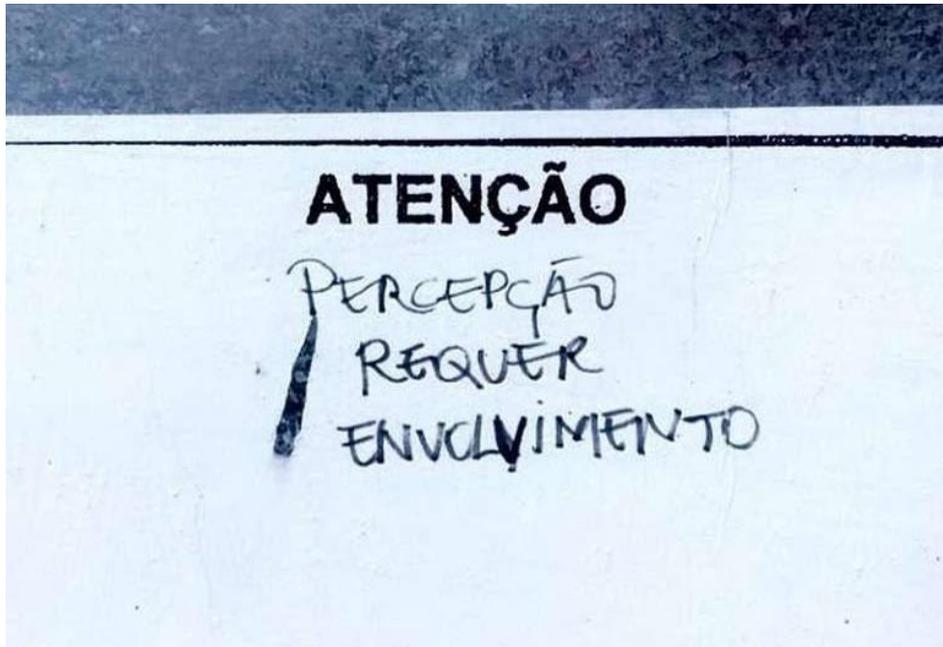
O mundo da vida cotidiana é experimentado por nós mediante formas de familiaridade e anonimato. Quanto mais anônima for nossa relação com o outro, menor será a minha compreensão referente a esta outra subjetividade, podendo perder fragmentos importantes que poderiam vir dessa relação. Nesse tipo de relação, há uma despersonalização do outro, pois este não é compreendido como um sujeito, mas como uma “coisa”, um objeto (CAPALBO, 1998).

Na relação de familiaridade, o outro é compreendido com um ser único, sendo exercido o relacionamento considerando-se nós. Assim, tal relação é responsável por possibilitar o encontro com o outro para compreensão de suas experiências, de tudo que comporta seu mundo vivido.

Na figura a seguir, demonstro uma fotografia registrada nas ruas de Porto Alegre, que demonstra um pouco do meu relacionamento de familiaridade com a cidade. Para muitos, uma parede “pichada” pode ser somente vandalismo ou até mesmo pode não produzir significado algum (relação de anonimato), mas para mim contam histórias e me remetem a experiências, afinal, sujeitos compreendem o mundo a partir da interpretação de suas próprias experiências, podendo ser elas coisas inanimadas ou seus semelhantes.

O olhar para essa parede pichada (objeto inanimado) me faz pensar diretamente no cuidado em saúde mental, primeiramente como trabalhadora em saúde, mas também a partir de minhas relações com as pessoas no mundo da vida. Para perceber o outro é necessário envolver-se, olhar de forma profunda e atenta para então compreendê-lo. Essa prática nos exige tempo, real interesse pelo outro e paixão pelas coisas mundanas. Em contrapartida, vivemos numa sociedade cada vez mais efêmera e superficial, na qual acreditamos que conhecemos o outro por segui-lo em uma rede social. Nesse contexto, a fenomenologia social nos faz pensar na profundidade do vivido cotidiano, imerso em um mundo intersubjetivo, em que cada ser é único, traçando um embate contra-hegemônico necessário para que, de fato, possamos retornar “às coisas mesmas” e compreender verdadeiramente o outro.

Figura 2- Percepção requer envolvimento



Fonte: arquivo pessoal da autora

Na vida podemos estabelecer diversos tipos de relacionamentos sociais com nossos semelhantes, considerando níveis de anonimato e familiaridade. As pessoas com quem convivemos podem ser sujeitos com quem não estabelecemos um vínculo mais profundo, estabelecido por uma relação íntima e pessoal, como os indivíduos que perpassam diariamente nosso cotidiano: motorista de ônibus, vendedor de alguma loja, caixa de supermercado, entre outros. Tais sujeitos que mantêm relação casual poderiam facilmente ser substituídos por outros que desempenham as mesmas funções. Outro exemplo são as pessoas que conhecemos somente através das obras, histórias e, na contemporaneidade, através das redes sociais.

O trabalho em saúde mental busca o acontecimento de relações de familiaridade. O vínculo terapêutico entre trabalhador e usuário fala sobre essa relação, em que só é possível quando há um encontro entre o vivido dos sujeitos, em que ambos consigam construir de forma mútua o plano terapêutico singular (PTS) para que o cuidado seja verdadeiramente efetivo para o usuário. Para que isso aconteça retomamos a figura 2, a qual diz respeito ao envolvimento

necessário do trabalhador para que ocorra a vinculação. Ainda, acrescento a escuta qualificada como forte aliada para o fortalecimento desse relacionamento (SCHNEIDER, *et al.*, 2017).

Na foto a seguir, demonstro a relação de familiaridade construída com um usuário que acompanho. Sentados no chão, lado a lado, pensamos possibilidades de cuidado conjuntas para ele, em um relacionamento face a face, de familiaridade e de vínculo. Esta relação foi bem complexa de ser estabelecida. O vivido do outro (usuário) foi permeado por sucessivas situações de abandono e negligência. Em uma experiência de tamanho descuidado, ser cuidado por vezes torna-se algo doloroso e inconcebível. A aproximação foi acontecendo aos poucos, a partir da minha intencionalidade e, em seguida, da reciprocidade do outro. Dessa forma, o vínculo se fez possível.

Figura 3 – Relação de familiaridade



Fonte: arquivo pessoal da autora

A relação de familiaridade é fundamental na relação entre trabalhador e usuário nos momentos de atenção a situações de crise. Ao conhecer o usuário para além de um corpo doente é possível compreender de forma holística seu processo de adoecimento. Para melhor

entendimento das expectativas e intenções que movimentam as ações dos trabalhadores na atenção a situações de crise neste serviço, remeto-me ao conceito de Schütz de ação social. Acrescento que esse conceito Schütz adquiriu após os estudos da sociologia compreensiva de Max Weber.

Schütz escreve definições sobre conduta, ação e trabalho. A conduta é referente às vivências de cunho subjetivo, as quais emanam da nossa vida espontânea. O projeto que vem antes da conduta mediante a imaginação é a fantasia antecipada do ato. A ação é a conduta humana construída antecipadamente baseada em um projeto, e o ato é a ação realizada, resultado desse processo em andamento (SCHUTZ, 1979).

As ações são realizadas devido a *motivações*, as quais Schütz classifica em dois grupos: *motivos para* e *motivos porque*. Os *motivos para* são as motivações relacionadas ao futuro, a fim de definir por qual motivo uma determinada ação foi realizada e os *motivos porque* referem-se às experiências passadas, sendo estas as responsáveis pela forma como o sujeito agiu (SCHUTZ, 1979).

Figura 4 – Corpo de memória



Fonte: arquivo pessoal da autora

A imagem que consta na figura 4 foi tirada após um dia de trabalho intenso. No corpo de cada trabalhador há centenas de memórias, sendo estas definidoras de suas ações durante o trabalho, inclusive nos momentos de crise enfrentados no cotidiano com os usuários.

Em casos de situações de crise, a equipe de trabalhadores precisa se mobilizar rapidamente a fim de avaliar os sintomas e realizar o manejo adequado com o usuário em situação de sofrimento. As memórias deste corpo - *motivos porque* - irão influenciar a maneira como o trabalhador irá lidar com o momento de crise vivenciado, relacionado ao acervo acumulado, transmitido por seus predecessores, considerando a herança cultural e a história do trabalhador. Tal reflexão não é um processo consciente do trabalhador quando atua, podendo ser compreendida somente a partir de uma reflexão retrospectiva (SCHUTZ, 1979).

Os *motivos para* serão analisados a fim de determinar as ações em comum daqueles que vivenciam um fenômeno, caracterizando o típico da ação dos sujeitos envolvidos (SCHUTZ, 1979). Portanto, o típico da ação dos sujeitos irá emergir, a partir das expectativas, ou seja, das convergências dos *motivos para* determinada ação, com os que vivenciam o mesmo fenômeno (CAPALBO, 1998).

Através da tipificação será possível avaliar os significados típicos atribuídos ao fenômeno crise por trabalhadores de um CAPS AD III.

4.3 Motivações fenomenológicas para o desenvolvimento da pesquisa

Para compreender os modos de atuação da equipe multiprofissional em situações de crise em um CAPS AD III, optei por realizar uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, fundamentada no referencial teórico de Alfred Schütz.

A escolha pelo referencial teórico fenomenológico de Alfred Schütz é devido à sua importância no contexto da saúde mental coletiva, para a compreensão das ações dos sujeitos no mundo social, a partir de uma escuta sensível de suas experiências passadas e do trabalho em ato na vida cotidiana, em um contexto intersubjetivo de relações sociais.

Sob a natureza fenomenológica, escolhi trabalhar com a equipe multiprofissional de um CAPS AD, pois o trabalho em ato em saúde mental requer um processo de contato próximo

entre o trabalhador em saúde e o usuário do serviço, porém o sucesso de tal relação social dependerá de como esse contato com o outro será produzido pela equipe de saúde. Tal processo envolve assistir o ser humano em suas necessidades, de forma não discriminatória, a partir de uma escuta sensível e qualificada.

O cuidado do trabalhador em saúde pode significar muito para quem precisa de cuidados. O relacionamento entre profissional e usuário deve se dar de forma sincera, respeitosa e coletiva, pois, se for realizado de forma mecânica e unilateral, é provável que o usuário se sinta um objeto alienado em seu contexto histórico e social e suas necessidades não serão atendidas de forma integral (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Na sociologia fenomenológica, a concretude das relações sociais é construída a partir dos significados, sendo necessário mergulhar na linguagem significativa da interação social, não havendo separação entre a linguagem, a prática e as coisas (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2007).

É fundamental que o trabalhador em saúde considere o usuário um ser humano, sujeito e ator social, sendo capaz de construir seus próprios caminhos, traçando percursos de forma coletiva com a equipe multiprofissional em saúde durante o processo de cuidado em saúde mental (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Todavia, é observado fortemente no contexto da saúde mental uma desumanização do sujeito que faz uso de drogas, principalmente quando realizado um recorte racial e social.

Uma pesquisa realizada em um CAPS AD III em Palmas, no estado do Tocantins, demonstra que a maioria da população que acessa o serviço é afro-americana, em que o adoecimento mental e físico advém de questões socioculturais em que tais sujeitos foram e ainda são submetidos no contexto social, tornando-se mais vulneráveis ao uso indiscriminado de substâncias psicoativas (CARDOSO; NUNES, 2019).

O trabalhador em saúde precisa compreender o processo de crise para além da agudização do sintoma, compreendendo o lugar social em que o indivíduo está inserido e suas vulnerabilidades neste contexto, potencializando práticas de cuidado emancipatórias para promoção de qualidade de vida.

Para compreender os processos de atuação da equipe multiprofissional em situações de crise no CAPS AD III, utilizarei o conceito de motivações, elaborado pelo sociólogo Alfred Schütz.

Para Alfred Schütz (1979), a motivação refere-se frequentemente às ações que, na nossa subjetividade, dizem respeito a um comportamento motivado. Apesar de tal premissa, o termo “motivo” é equivocado e abrange dois conjuntos diferentes de conceitos, dividindo-os em: *motivos para*, remetendo-se às ações futuras, e *motivos porque*, referente às experiências passadas.

O trabalhador em saúde está imerso no mundo da vida e repleto de motivações para o fazer cotidiano. É um indivíduo que é constituído a partir de suas experiências e de suas relações sociais em um mundo intersubjetivo, desse modo, suas ações no ambiente de trabalho interferem diretamente no cuidado com o outro.

Evidencia-se, no campo da saúde mental, que as dificuldades dos trabalhadores em atender crise psíquica estão vinculadas ao baixo conhecimento da equipe em relação a esse tipo de atendimento; ao modelo biomédico intervencionista como única possibilidade de atuação no momento de intenso sofrimento psíquico e a atitudes baseadas no senso comum. Tais dificuldades são barreiras importantes na manutenção dos princípios da Reforma Psiquiátrica e na consolidação da RAPS (VARGAS; CAMPOS, 2020)

Husserl (1965, p. 72) diz que: “(...) não é das filosofias que deve partir o impulso da investigação, mas, sim, das coisas e dos problemas (...)”. Portanto, busca-se observar a tessitura e o movimento do trabalhador do CAPS AD no atendimento a um usuário em situação de crise, a partir de seus discursos baseados em suas experiências individuais (*motivos porque*) e a partir da intencionalidade da ação (*motivos para*), possibilitando um momento de escuta e de compreensão de seus processos subjetivos - que influenciam e são influenciados dentro do contexto social e político que estão inseridos - com o objetivo de sintetizar os traços típicos da ação de um fenômeno social.

5. TESSITURA METODOLÓGICA

Nesta etapa apresento o caminho que o estudo percorreu, seguindo os seguintes pressupostos: tipo de estudo, campo de estudo, população do estudo, análise de informações e aspectos bioéticos da pesquisa.

5.1 Tipo de estudo

Este estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa, a partir do referencial teórico metodológico da fenomenologia de Alfred Schütz.

A pesquisa qualitativa sob o foco da fenomenologia social na área da enfermagem tem possibilitado a investigação do mundo da vida cotidiana, de forma a compreender a ação dos sujeitos de forma singular, a partir de suas experiências no mundo social, tendo por referências as relações intersubjetivas vividas no cotidiano (CORRÊA, 1997).

Esta pesquisa visou compreender os significados das ações da equipe multiprofissional na atenção a situações de crise em um CAPS AD III. Para esta investigação, opto pela utilização do método qualitativo fenomenológico, a fim de me aprofundar no universo subjetivo dos sujeitos, considerando seus valores, crenças, atitudes e motivos, os quais não podem ser quantificados.

Escolho o referencial teórico fenomenológico devido às inquietações pela busca de compreender o significado subjetivo implicado na intencionalidade das ações dos trabalhadores do CAPS AD nos momentos de crise psíquica dos usuários de quem cuidam, a fim de conhecer seus medos, angústias e dificuldades enfrentadas no mundo cotidiano. Avalio que este referencial poderá auxiliar a equipe a refletir e a perceber de que maneira sua experiência individual determina a forma que conduzirá um atendimento de crise, bem como identificar os traços típicos de suas ações, aquilo que aparece de forma mais recorrente, buscando similaridade nas respostas entre seus semelhantes.

5.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no CAPS AD III Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Escolho este serviço por fazer parte da minha trajetória quando residente em Saúde Mental Coletiva na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Durante o processo de residência, tive a oportunidade de compor a equipe do Programa de Prestação de Serviços à Comunidade (PPSC) UFRGS, na qual adolescentes e jovens cumpriam medida socioeducativa devido à prática de atos infracionais. Esses adolescentes residiam nos bairros Partenon e Lomba do Pinheiro e alguns apresentavam uso problemático ou abusivo de álcool e outras drogas e eram encaminhados para o CAPS AD III PLP, por via judicial ou pela equipe de trabalhadores do PPSC, quando identificada esta problemática. Em diversos momentos tive a oportunidade de acompanhá-los nos atendimentos em saúde mental e sempre fomos recebidos de forma acolhedora e sem estigmas. Após essa experiência, ao sair do programa de residência, permaneci no território da Lomba do Pinheiro trabalhando no Centro da Juventude, em que também acompanhava jovens que apresentavam necessidades referentes ao uso de álcool e outras drogas. Mantive contato com o CAPS AD III PLP e construímos de forma coletiva planos terapêuticos visando o cuidado intersetorial e em redes, constituindo pontes de construção de vida para pessoas que usam drogas.

Esse pequeno fragmento da minha trajetória mundana me faz lembrar de Deleuze, quando diz: “*Construir um território para mim, é quase o nascimento da arte*” (1989, p. 4). Neste território, de alguma forma, nasci novamente através do conhecimento e da experiência proporcionada pelos encontros com a juventude que faz uso de álcool e drogas. A arte de me conhecer e de me aventurar como trabalhadora em saúde foi capaz de me transformar profundamente e de forma singular como indivíduo, que é afetada por sua história e está sedenta por um futuro como enfermeira em saúde mental, buscando construir seu próprio território de vivências.

Retomar esse território é lembrar o motivo pelo qual escolhi e escolho a saúde mental todos os dias, que também é político, para que jamais se esqueça do direito ao cuidado em saúde

mental para as pessoas que usam drogas, de forma gratuita, integral e em redes, tendo como base estruturante a redução de danos e a luta antimanicomial.

O CAPS AD III PLP localiza-se na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Segundo Censo do IBGE (2010), concentra uma população com cerca de 1.483.771 habitantes e uma densidade demográfica 2.837,53 hab/km². A expectativa média de vida, conforme a revisão do IBGE (2018), é de 78,3 ano, sendo para o sexo feminino uma média de idade de 81,6 anos e para o sexo masculino 74,9 anos.

As ações em saúde da rede de cuidados da população em sofrimento psíquico e uso de álcool e outras drogas privilegiam três eixos: qualificação da atenção básica, ampliação da rede de serviços especializados e promoção e desenvolvimento de intersetorialidade (PORTO ALEGRE, 2020). No que tange à atenção a situações de crise na perspectiva do cuidado de pessoas que usam drogas, tem como referência serviços de saúde como os CAPS AD e os Prontos Atendimentos em Saúde Mental (PORTO ALEGRE, 2020).

Atualmente, há no município o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), localizado na zona sul, e o Plantão de Emergência em Saúde Mental IAPI (PESM), localizado na zona norte da cidade (PORTO ALEGRE, 2020). Esses serviços foram construídos com o objetivo de diminuição das internações hospitalares, de acordo com as Diretrizes da Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, em vigência naquele período, preconizada na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992 (FRANÇA, 2005).

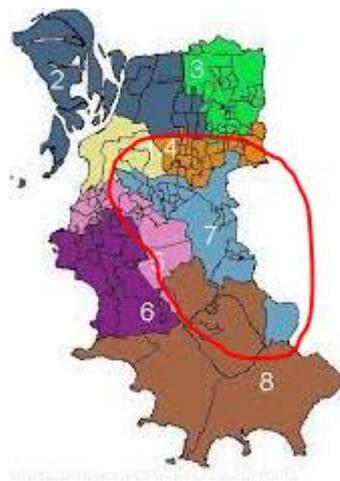
Os Prontos Atendimentos em saúde mental funcionam todos os dias da semana no período de 24 horas. Esses serviços possuem como objetivo atender sujeitos em quadros agudos ou agudizados de sofrimento mental, bem como quadros de intoxicação grave por uso de substâncias psicoativas (PORTO ALEGRE, 2020).

Os CAPS AD são serviços responsáveis pelo atendimento de pessoas com uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas. No ano de 2019, o município de Porto Alegre ampliou o número de CAPS AD, inaugurando cinco novos serviços, por meio de edital de chamamento público. Atualmente, as empresas encarregadas pela execução dessa política

pública são a Associação Educadora São Carlos³ (AESC) e o IB Saúde⁴, restando apenas dois serviços de natureza totalmente pública.

O CAPS AD III Partenon/ Lomba do Pinheiro está localizado na zona leste do município e oferta atendimento para população com sofrimento psíquico recorrente ao uso de álcool e outras drogas. Essa região é representada na figura 5, correspondente à região de número 7, sinalizada no mapa das distritais de Porto Alegre/RS.

Figura 5 – Mapa distritos de saúde Porto Alegre/RS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

Esse serviço é ofertado através de uma parceria público-privada da mantenedora Associação Educadora São Carlos (AESC) com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, por meio do Termo de Colaboração n.º 67.834, seguindo as orientações da Política Municipal e Estadual de Saúde Mental e as Diretrizes do Ministério da Saúde. O serviço comporta área externa para atividades laborais e artísticas, salas de atendimento e quartos com um total de dez leitos para acolhimento noturno, sendo destes sete masculino, três femininos e

³Educadora São Carlos é uma instituição focada na saúde e na educação, responsável pela gerência de hospitais de caráter público e privado. Administra no campo da saúde mental os CAPS AD III Cavalhada, Pernambuco, Partenon/Lomba do Pinheiro e Associação e o CAPS AD IV Centro Céu Aberto.

⁴IB SAÚDE é uma associação privada sem fins lucrativos. Administra atualmente no campo da saúde mental os CAPS AD III Caminhos do Sol e Girassol.

dois leitos de observação para atendimento de crise. O local funciona por 24 horas, estando aberto para acolhimento da demanda externa no período das 08 horas às 20 horas de segunda-feira a sexta-feira. Após esse horário e nos finais de semana e feriados, o serviço mantém seu funcionamento somente internamente, prestando assistência exclusivamente aos dez leitos de acolhimento noturno e dois de observação.

Durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19, o serviço funcionou a partir de um plano de contingência para evitar os riscos de contaminação e disseminação do patógeno. Em vista disso, diminuiu sua capacidade de ocupação dos leitos de acolhimento noturno, funcionando apenas com quatro leitos masculinos, dois leitos femininos de acolhimento noturno e dois de observação para atendimento de crise. As atividades coletivas também foram canceladas a fim de evitar aglomerações. Entretanto, outras formas de cuidado foram inovadas, como o monitoramento dos usuários através do contato telefônico e dos grupos através de ambientes virtuais.

Em janeiro de 2022, o serviço retornou aos poucos a funcionar com sua ocupação habitual, conforme anteriormente citado, bem como retomou as atividades coletivas (grupos terapêuticos; oficinas; eventos) e as reuniões com a rede intersetorial de forma presencial, mantendo as medidas de prevenção para evitar a contaminação e a transmissão da COVID-19, como distanciamento social, uso de máscaras N95 e higienização das mãos.

Atualmente, o CAPS AD PLP apresenta um total de 28 trabalhadores, os quais compõem a equipe multiprofissional: dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um educador físico, cinco enfermeiros, dez técnicos de enfermagem, dois médicos psiquiatras, um médico clínico, um assistente social, três auxiliares administrativos e uma coordenadora.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa são trabalhadores do CAPS AD que vivenciam situações de crise em seu cotidiano de trabalho. O número dos sujeitos não foi definido previamente, sendo que as entrevistas ocorreram até o momento em que as falas dos trabalhadores foram repetindo-se, desta forma, sendo observada convergência entre elas, sinalizaram-se sinais de desvelamento do fenômeno (NASI, 2011).

O critério de inclusão estabelecido foi trabalhadores do CAPS AD PLP com experiência mínima de 3 meses de atuação em CAPS AD.

Os sujeitos do estudo foram 14 trabalhadores do serviço. Entre os trabalhadores entrevistados, apenas uma não é da área da saúde, exercendo a função de técnica administrativa, porém acompanha diretamente os usuários ao recepcioná-los na porta do serviço, estabelecendo interação com usuários em crise, além de fazer parte de reuniões de equipe e discussões de caso. Apenas profissionais da higienização e da portaria não foram convidados para participar da pesquisa, pois eram terceirizados de outra empresa que presta serviços para a mantenedora AESC.

Com a finalidade de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os entrevistados foram identificados pela sigla E de entrevista, acompanhada do número correspondente à ordem das entrevistas (E1 a E14). O nome de usuários citados por trabalhadores no texto foi substituído pelas letras W, Y e U, de forma a permitir que não haja risco de identificação.

5.4 Coleta de informações

O convite para participação da pesquisa foi realizado através de um vídeo gravado em áudio e vídeo na plataforma Youtube, com o intuito de apresentar o projeto de pesquisa e incentivar a participação da equipe. O vídeo foi apresentado na reunião de equipe do serviço e o link do canal no Youtube foi disponibilizado para os trabalhadores do CAPS AD PLP para acesso a qualquer momento. Após a apresentação do vídeo, foi enviada para a coordenação dos serviços entregar aos trabalhadores, durante a reunião de equipe, uma tabela para identificação dos sujeitos da pesquisa (ANEXO 1) com quatro colunas solicitando aos trabalhadores que apresentassem interesse em participar da entrevista, contendo as seguintes informações: turno de trabalho, semente da amostra, nome, contato telefônico/e-mail e se tinha preferência por realizar a entrevista de forma presencial ou virtual.

A semente da amostra diz respeito à técnica de análise não probabilística “Bola de Neve”, escolhida como estratégia de coleta de informações para estimular a adesão dos trabalhadores, em que os participantes iniciais do estudo (sementes da amostra) indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto, “o ponto de saturação” (VINUTO, 2014). Desta forma, três trabalhadores, um de cada turno, se disponibilizaram em ser as sementes da amostra. No final da entrevista indicaram outros

trabalhadores que concordaram em participar da pesquisa e assim sucessivamente até atingir o ponto de saturação, ou seja, o momento em que foi identificada repetição e convergência em suas falas.

A coleta de informações foi realizada de forma virtual por meio da plataforma de videoconferência Google Meet e de forma presencial no CAPS AD III PLP, conforme a disponibilidade e a preferência dos trabalhadores. Do total das 14 entrevistas, 11 foram realizadas de forma virtual e 3 de forma presencial nas dependências do CAPS AD.

Houve uma preocupação em realizar as entrevistas com trabalhadores de todos os turnos de funcionamento do serviço, sendo destes 14 entrevistados: 3 do turno da noite, 4 do turno da manhã, 1 do turno vespertino, 1 do turno intermediário entre manhã/tarde e 5 do turno tarde.

A coleta de informações, realizada entre janeiro e fevereiro de 2022, ocorreu por meio da entrevista fenomenológica com os participantes do estudo. As falas dos sujeitos investigados referem-se a experiências dos sujeitos em relação ao que está sendo pesquisado. Portanto, nas descrições das entrevistas, estarão as intencionalidades e as essências dos sujeitos (MARTINS; BICUDO, 1989). Para que consigamos acessar tal essência, a pesquisa fenomenológica não deve ser um procedimento mecânico, mas um encontro social entre o pesquisador e o pesquisado, a fim de alcançar a subjetividade do investigado, pois, para a fenomenologia, nada é objetivo antes de ter sido subjetivo, portanto, é a subjetividade que permite traçar os caminhos necessários para encontrar a objetividade (CORRÊA, 1997).

As entrevistas tiveram um tempo de duração de aproximadamente 20 minutos. Durante elas, realizei a caracterização dos sujeitos do estudo (APÊNDICE B) e após iniciei as questões: o que você compreende por crise? Poderia relatar algumas situações de crise vivenciadas por você em seu local de trabalho? Quais são as suas expectativas após realizar um atendimento de crise? (APÊNDICE C).

O convite para as entrevistas realizadas pela plataforma Google Meet e o TCLE foram encaminhados pelo WhatsApp e para o e-mail dos participantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em uma sala virtual de forma individualizada e gravadas em áudio e vídeo. As entrevistas presenciais foram realizadas em uma sala individual e gravadas com o recurso de áudio pelo meu próprio celular. As gravações de entrevistas virtuais e presenciais foram armazenadas no Google Drive, transcritas, analisadas e excluídas do notebook e da nuvem.

5.5 Análise das informações

Após a coleta de informações com os trabalhadores do CAPS AD foram realizadas as transcrições das videoconferências e das gravações de áudio na íntegra. Para isso, busquei as semelhanças nas falas dos entrevistados, submetendo-as à análise fenomenológica, buscando a essência do fenômeno estudado, de acordo com o referencial de Alfred Schütz.

Para desvelar as experiências que foram trazidas em seus discursos acerca do cotidiano vivido, utilizei os passos metodológicos descritos por Nasi *et al.* (2015), segundo o referencial da fenomenologia social: 1) Leitura inicial dos discursos transcritos, em busca do significado das ações dos trabalhadores; 2) Identificação dos trechos que apresentassem o significado das ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise; 3) Busca das convergências das unidades de significados por meio da análise fenomenológica, de forma a reunir as informações significativas encontradas nos discursos, para construção das categorias concretas correspondentes às ações dos trabalhadores frente à crise no CAPS AD.

Importante lembrar que de forma alguma a essência caracteriza-se pelo fim da análise, mas se trata de uma forma de trazer as relações vividas pelos sujeitos, isto é, experienciadas por eles no mundo intersubjetivo (MARTINS; BICUDO, 1989).

5.6 Considerações bioéticas da pesquisa

Para a realização desta pesquisa, respeitaram-se os aspectos éticos, conforme a Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual garante engajamento ético, referente ao desenvolvimento científico e tecnológico, de maneira a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Devido a esta pesquisa ter coleta de informações de forma virtual aos que optaram por essa via, foram garantidos os direitos dos entrevistados, conforme Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS de 3 de março de 2021, a qual orienta os procedimentos éticos em pesquisa no ambiente virtual durante todas as etapas do estudo, visando preservar a proteção, a segurança e os direitos dos participantes da pesquisa.

Após o processo de qualificação deste projeto, entrei em contato com o Comitê de Ética Hospital Mãe de Deus/AESC e encaminhei o projeto para avaliação. Então, obtive o parecer favorável para a execução do projeto de acordo com o Termo de Anuência do Responsável pela Instituição (ANEXO II).

Após a tramitação supracitada, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil e foi aprovado em 9 de dezembro de 2021 mediante CAAE 52618321.0.0000.5347 (ANEXO III).

Aos sujeitos participantes da pesquisa foram garantidos o sigilo e o anonimato, mediante a assinatura do TCLE, entregue em duas vias, em que uma permaneceu com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa. No caso de entrevistas virtuais, era encaminhado via e-mail ou WhatsApp o TCLE com a assinatura digital do pesquisador e solicitada a assinatura digital do participante. Após assinado, o termo era reencaminhado para o pesquisador e o participante permanecia com uma cópia.

Aos participantes do estudo foi orientado que a participação na pesquisa não acarretaria prejuízos referente a suas atividades desenvolvidas no CAPS, além de assegurar seus direitos durante todo o processo da entrevista, os quais poderiam solicitar esclarecimentos ou até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, sem nenhum dano para si. Caso, no momento da entrevista, houvesse situações de choro, tristeza, constrangimento e outros desconfortos emocionais, a entrevista seria imediatamente interrompida e seria disponibilizada acolhida ao participante, todavia, durante o processo de produção de informações, não ocorreu nenhuma das situações anteriormente citadas com os participantes do estudo.

Esta pesquisa não conferiu riscos ou danos físicos aos participantes, pois não foram utilizados procedimentos invasivos e/ou dolorosos.

As entrevistas realizadas de forma virtual e presencial foram gravadas e salvas na Plataforma Google Drive e excluídas de forma permanente logo após as transcrições completas das entrevistas. As transcrições permanecerão guardadas na Plataforma Google Drive durante cinco anos, após a publicação dos dados junto à UFRGS, e posteriormente serão desprezadas, conforme Lei de Direitos Autorais n.º 9.610/1998 (BRASIL, 1998).

Ademais, assumi um compromisso com coordenação e participantes da pesquisa em dar garantia dos benefícios obtidos pela pesquisa, bem como divulgar os resultados para a

comunidade acadêmica como forma de contribuição para este serviço, bem como para o fortalecimento dos demais CAPS AD e do cuidado em liberdade.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A caracterização dos participantes foi realizada a partir de um roteiro previamente definido (APÊNDICE C), com o objetivo de identificar e caracterizar o grupo de trabalhadores do CAPS. Essa etapa da pesquisa teve como finalidade proporcionar uma reflexão sobre a situação biográfica, conforme a perspectiva de Alfred Schütz, a partir da caracterização dos trabalhadores que participaram da pesquisa.

Todo ser humano nasce em um mundo social, o qual vivencia a experiência cotidiana de viver, ocupando um lugar social neste mundo, isto é, um papel social. Este papel, segundo Schütz, ultrapassa o ambiente físico, como também leva em consideração a biografia dos sujeitos, ou seja, sua história de vida, seu ambiente sociocultural, sua posição moral e ideológica. Essa junção do papel social (situação) e das vivências (biografia) é o que Schütz conceitua de situação biográfica. É por meio da experiência de vida que é formado o estoque de conhecimento à mão, ou seja, a via responsável pela orientação das ações dos sujeitos no mundo social (SCHUTZ, 1979).

A caracterização desse estudo traduz uma situação biográfica determinada, pois é definida por estar circunscrita àquele exato momento em que foi observada, considerando que a trajetória vivida por um sujeito é dinâmica (SCHUTZ, 2003).

Dessa forma, torna-se importante compreender que primeiramente é importante saber a situação biográfica dos sujeitos da pesquisa para que possamos analisar e compreender os *motivos para* e os *motivos porque*, a partir do estoque de conhecimento à mão de cada um dos sujeitos, buscando os pontos de convergência nos discursos, a fim de aproximar-se do desvelamento do fenômeno estudado.

As características dos trabalhadores desta pesquisa estão demonstradas conforme o Quadro 1:

Quadro 1: Caracterização dos trabalhadores entrevistados, Porto Alegre, 2022

Características	N.º	Porcentagem
Sexo		
Masculino	8	57,14%
Feminino	6	42,85%
Idade		
20 - 29 anos	4	28,57%
30 - 39 anos	9	64,28%
40 - 49 anos	1	7,14%
Estado civil		
Solteiro	11	78,57%
União estável	3	21,42%
Escolaridade		
Ensino médio completo	1	7,14%
Ensino técnico completo	2	14,28%
Ensino superior completo	1	7,14%
Pós-graduação		
Pós-graduação <i>latu sensu</i>	9	64,28%
Pós-graduação <i>stricto sensu</i> – mestrado	1	7,14%
Profissão		
Técnico de Enfermagem	2	14,28%
Enfermeiro	3	21,42%
Psicólogo	2	14,28%
Profissional de Educação Física	1	7,14%
Terapeuta Ocupacional	2	14,28%

Psiquiatra	2	14,28%
Assistente social	1	7,14%
Auxiliar administrativo	1	7,14%
Tempo de trabalho no CAPS		
> 1 ano	2	14,28%
1 - 3 anos	8	57,14%
3 - 8 anos	4	28,57%
Formação na saúde mental		
Sim	9	64,28%
Não	5	35,71%

Fonte: elaborado pela autora (2022)

O grupo de trabalhadores participantes desta pesquisa constitui-se de 14 pessoas, sendo a maioria do sexo masculino. Frente aos dados iniciais, é comum em CAPS AD um número maior de trabalhadores do sexo masculino, devido a questões associadas à prática de violência contra as trabalhadoras mulheres em um cenário em que grande parte da população que acessa o serviço são homens.

A faixa etária variou entre 21 e 40 anos, sendo que a maioria dos participantes tinham de 30 a 39 anos de idade. Em relação ao estado civil, 11 dos participantes se declararam solteiros, correspondendo à maioria do grupo. Quanto à formação profissional, a maioria tem especialização *latu sensu*.

Importante reforçar que o CAPS AD pesquisado é um serviço que investe em e seleciona profissionais com experiência e/ou qualificados para atuação no cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e drogas. Além disso, semanalmente são desenvolvidas atividades de educação permanente para equipe, a fim de potencializar a troca de saberes, a partir da produção de novas ferramentas de trabalho.

A maior categoria de profissionais entrevistados foi a enfermagem, totalizando três enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. A enfermagem também é a categoria com mais profissionais no serviço, totalizando um total de cinco enfermeiros e de dez técnicos de enfermagem ao todo.

O tempo de atuação dos profissionais no serviço variou de onze meses a oito anos, sendo que a maioria dos participantes apresentou de um a três anos de atuação. O serviço está em funcionamento desde 2013 e apresenta uma grande circulação de profissionais dentro da rede AESC, em que muitos profissionais são direcionados para vagas em outros locais.

Quanto à formação em saúde mental, mais da metade dos trabalhadores apresenta formação na área. Apesar de cinco não apresentarem formação, em todos os casos há experiência prévia de trabalho em saúde mental e identificação com o trabalho desenvolvido, evidenciando a preocupação em prestar um atendimento qualificado à população que faz uso de álcool e outras drogas.

6.2 Construção das categorias concretas

Após a coleta das informações, as entrevistas foram transcritas com o auxílio de uma graduanda de Enfermagem, bolsista de iniciação científica vinculada ao estudo. As transcrições foram lidas diversas vezes, após foram feitos tópicos das principais temáticas elencadas pelos participantes para facilitar a busca dos pontos de maior convergência para construção das categorias concretas deste estudo.

Após a análise das informações registradas nas entrevistas, realizou-se o agrupamento das principais convergências identificadas, a fim de compreender as vivências trazidas nos depoimentos dos participantes. A nomeação das categorias foi influenciada por conceitos elaborados por Alfred Schütz, visando compreender os *motivos para*, relacionados às expectativas dos trabalhadores frente a suas ações no cuidado com o usuário em crise, e os *motivos porque*, mais focados nas motivações dos trabalhadores frente às situações de crise, além de acrescentar as falas dos entrevistados, a partir das descrições relatadas nas entrevistas acerca do fenômeno investigado.

Tornou-se fundamental a construção de uma categoria para a compreensão do significado de crise e a influência do meio social nesse contexto, pois mostra-se importante na

medida em que delimita a situação biográfica dos entrevistados e evidencia o estoque do conhecimento à mão no sentido mais amplo, unindo a experiência do vivido, desde a prática profissional, à teoria referente à temática e às construções sociais individuais.

Apesar de adotar a postura fenomenológica durante a construção deste estudo, é fundamental registrar a minha interferência como enfermeira e pesquisadora, que realiza a compreensão e interpretação das informações, a partir de uma situação biográfica específica, com meu estoque de conhecimento à mão, imersa dentro de um meio social, em que transformo e sou transformada pelo outro.

Por meio da análise, da compreensão e da interpretação, as informações foram divididas em quatro categorias concretas, sendo elas: a compreensão do fenômeno crise; ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise; sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise; intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.

As quatro categorias concretas foram divididas em subcategorias, a fim de promover maior riqueza de informações em relação ao vivido dos trabalhadores participantes da pesquisa, compreendendo seus discursos de forma integral e respeitando suas subjetividades.

Apresento, no quadro abaixo, a categoria concreta relacionada à compreensão do fenômeno crise e suas respectivas subcategorias:

Quadro 2- Categoria e subcategorias relacionadas ao fenômeno crise

Categoria concreta	Subcategoria
A compreensão do fenômeno crise	<ol style="list-style-type: none"> 1. A crise como um processo de transformação 2. A crise como um momento agudo de intervenção imediata 3. Compreensão de crise para além da agitação psicomotora 4. A crise no contexto social e familiar

Fonte: elaborado pela autora (2022)

A partir das principais ações desenvolvidas pela equipe no atendimento a situações de crise, surgiu a categoria concreta e suas quatro subcategorias. No quadro abaixo, demonstro a categoria concreta referentes às ações desenvolvidas pelos trabalhadores no atendimento à crise e suas subcategorias:

Quadro 3 - Categoria e subcategorias relacionadas às ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise

Categoria concreta	Subcategoria
Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise	<ol style="list-style-type: none"> 1. O trabalho em equipe no atendimento a situações de crise 2. O manejo verbal e o vínculo como forma prioritária de cuidado 3. As motivações dos trabalhadores na execução da contenção química e na contenção mecânica protetiva 4. A construção do trabalho em rede

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Durante a análise e compreensão dos discursos, muitos sentimentos referentes à assistência aos usuários em situação de crise foram referidos pelos trabalhadores. Portanto, trago a seguir a categoria relacionada aos sentimentos dos trabalhadores e suas respectivas subcategorias:

Quadro 4 - Categoria e subcategorias relacionadas aos sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise

Categoria concreta	Subcategoria
Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimentos reverberados no atendimento à crise 2. Frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Para finalizar, elenco a última categoria desta análise, relacionada às intenções dos trabalhadores no atendimento à crise. No quadro abaixo, descrevo a categoria e suas três subcategorias, respectivamente:

Quadro 5 - Categoria e subcategorias das intenções dos trabalhadores no atendimento à crise

Categoria concreta	Subcategoria
Intenções dos trabalhadores no atendimento à crise	<ol style="list-style-type: none"> 1. O bem-estar e a diminuição do sofrimento 2. Proteção da equipe e do usuário 3. Encontrar significados para crise

Fonte: elaborado pela autora (2022)

A construção de todas as categorias e subcategorias foram analisadas e interpretadas a partir do referencial teórico fenomenológico de Alfred Schütz e da leitura científica relacionada à crise na saúde mental com foco em pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

A seguir, serão apresentadas as categorias e subcategorias, destacando-se trechos das falas dos participantes, aliados à síntese elaborada pela autora.

6.3 A compreensão do fenômeno crise

Nesta categoria serão abordados aspectos relativos à compreensão dos trabalhadores em relação ao fenômeno crise, relacionado ao próprio sujeito e também para além do sujeito, considerando o meio social e a relação familiar. Desta categoria foram construídas quatro subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

6.3.1 A crise como um processo de transformação

O mundo da vida cotidiana está sempre em movimento e sofrendo modificações a partir das ações dos sujeitos, como também exerce influência em relação às pessoas. Esta

instabilidade a que o sujeito está submetido no mundo social é permeada por diversos sentimentos como sensação de incompletude, angústia e tristeza. Tais sentimentos são inerentes à realidade do viver de todo ser humano, porém, para muitos, é difícil vivenciá-los sem um cuidado em saúde mental, através do atendimento por trabalhadores da área, devido à intensa desorganização vivenciada pelo sujeito.

Tal momento é compreendido pelos trabalhadores como crise, sendo identificado como situação vital para a construção do sujeito no mundo da vida, o qual é atravessado por situações complexas que emergem de alterações psíquicas, sendo, pois, a crise não somente negativa, mas também um ato de transformação subjetiva, como potência para que algo seja construído e modificado.

Quando a gente tem um desequilíbrio é quando a gente produz um novo conhecimento, então a ideia de crise passa nesse lugar de desorganizar, bagunçar, tirar do lugar e, a partir disso, ser capaz de produzir uma outra resposta com aquilo que a gente aprende ou, enfim, consegue assumir que não dá conta também. (E02)

Mas eu vejo como uma questão de mudança que vem referente ao ser, mais nesta perspectiva, podendo ser mais branda ou podendo ser mais complexa, mas num aspecto não necessariamente negativo, pode ser um aspecto positivo também que te faz mudar. (E03)

Eu entendo também a crise como parte de um processo vital [...]. Mas a crise, essa crise psíquica, existencial, acho que ela perpassa a vida de todo mundo. Então, de certo modo, acho que é um processo quase natural, assim, digamos, no sentido de que, de certo modo, todos vão passar por algum tipo de sofrimento na vida e, de certo modo, esse sofrimento vai causar algum tipo de crise, algum tipo de dificuldade de sofrimento que vai se agudizar em determinada circunstância. Então não necessariamente essa crise vai necessitar de uma intervenção externa porque acredito que a maioria das crises são autolimitadas. (E06)

Momento de crise parece um momento de mudança [...]. Me parece que esse momento de transição algo vem e você precisar vivenciar aquilo de algum jeito. (E08)

Pode-se observar que em algumas falas a palavra desorganização torna-se mais evidenciada, referindo-se às modificações que o mundo social exerce sobre o sujeito, bem como a ações que o sujeito provoca quando mobiliza a equipe de saúde e as demais pessoas que estão ao redor em um momento de crise.

É um momento conturbado, de desorganização! É um momento que mobiliza não só a pessoa em si que está em crise, mas mobiliza muitas pessoas. (E01)

Manejo de crise. Crise Vital. Situação de crise. Crise econômica. Alguma coisa que quebra narrativa, que quebra previsibilidade. Assim porque a pessoa pode estar em situações de risco recorrente, pode estar numa situação de desorganização recorrente. (E07)

É possível compreender que os trabalhadores consideram a crise como um processo importante e que todos sujeitos imersos no mundo da vida passam por momentos de mudanças, os quais podem gerar sentimentos de sofrimento intenso e desorganização psíquica que afetam o indivíduo e o meio em que ele vive. Todavia, esse momento pode ser importante para a compreensão subjetiva do usuário que, ao passar por uma situação limite e ao olhar para ela, consegue abrir um novo caminho de possibilidades para sua vida.

6.3.2 A crise como um momento agudo de intervenção imediata

Nesta subcategoria os entrevistados referem-se à crise como um momento agudo de cuidados imediatos, que requer intervenção rápida dos trabalhadores em saúde, a fim de minimizar possíveis danos ao usuário, contribuindo, desta forma, para a diminuição do sofrimento psíquico. São definidas como crises agudas pelos entrevistados: tentativa de suicídio, intoxicação por álcool e outras drogas e agitação psicomotora com risco de autoagressão e heteroagressão.

Quando eu penso na palavra crise, quando tu me perguntou, a primeira coisa que me vem à mente é algo agudo assim. É algo que exige uma... talvez algum tipo de intervenção mais imediato assim, mais emergencial. (E06)

Essas crises de agitação psicomotora, de agressividade de irritação, de quando eles vêm hostis ou em uso abusivo, né, quando tá intoxicado. Essas situações que a pessoa está numa vida de anormalidade, quando entram esses sintomas muito bruscos, a gente tem que lidar ali, né? (E08)

Quando fala a palavra crise dentro da Saúde Mental, me remete muito assim um paciente com risco de agressão, né? Risco de auto e heteroagressão. Paciente com

risco de suicídio. Um paciente mais agitado sabe? Que possa vir a causar alguma alteração no ambiente na rotina normal. (E11)

Eu acho que crise é a gente não está bem num grau que tu [*pausa para pensar*] vou pensar no sentido geral, enquanto no trabalho parece que é quando está latente, talvez que vai partir para uma questão agressiva, mais para a sensação de que vai explodir agora. [...] “-*Estou querendo me matar porque está acontecendo isso, isso e isso, estou num uso intenso e não consigo parar*”, é uma crise, que tu já estás trazendo um grande sofrimento. (E14)

Na fala a seguir, a crise é identificada para além de um momento agudo e que exige cuidados imediatos, mas como um momento em que o usuário extravasa toda sua dor psíquica, pois não está conseguindo lidar com aquele sentimento sozinho. Neste momento, destaca-se a importância da equipe multidisciplinar agir de forma rápida e assertiva, a fim de identificar possíveis riscos para o usuário.

A gente tem que ter muito tino, tem que ser muito rápido e não dá para ficar esperando! Eu vejo isso, que no momento que a pessoa quer extravasar, está com aquilo guardado dentro dela, nem ela sabe como lidar com aquilo que está sentindo naquele momento. (E12)

6.3.3 Compreensão de crise para além da agitação psicomotora

Nesta subcategoria foi abordada a compreensão da crise para além de um momento extremo e agudo, mas como um momento em que o sujeito está com algum sofrimento, angústia ou preocupação e por isso precisa do auxílio dos trabalhadores e do serviço para que consiga lidar com situações complexas. São evidenciadas como crise as situações relacionadas à abstinência do uso de álcool e drogas, conflitos familiares e conflitos internos existenciais.

Não necessariamente aquela agitação que a gente pensa que é uma crise, mas outros fatores, outras percepções que a gente entende ali como crise também. [...] Ele [referindo-se ao usuário] procurando ajuda, então estava numa crise de não conseguir ficar em abstinência. Acho que isso também é um tipo de crise. (E04)

“- *Ah, fulano está em crise!*” Tá, mas crise de quê? Muitas vezes o usuário chega no CAPS falando “- *Ah, estou em crise!*”, é porque ele surtou, teve alguma situação que a família ou que ele mesmo não soube dizer o que é isso. Não é só quando chega num

surto psicótico, quebrando as coisas, enfim, quebrando o CAPS, quebrando ele mesmo, quebrando os familiares! Não é só isso, estar em crise ou a palavra crise vai muito mais além. (E05)

Ainda assim, apesar de atender como agudo, eu entendo a crise também como parte de um processo que não necessariamente se dá nesse cenário de que a gente acaba observando ela. Acredito que ela venha dentro de um processo em que a pessoa, o sujeito está passando e que envolve algum tipo de sofrimento psíquico. (E06)

Pode ser um paciente que está com uma dificuldade de relação familiar, pode ser um paciente que tá triste, né? Ansioso, né? Não necessariamente a crise num rompante assim vai fugir, vai agredir alguém e tudo mais. (E13)

Às vezes passa por uma crise, tipo está numa crise existencial, isto é uma coisa que dura, que se questiona e vai e não necessariamente tu precisa intervir, porém sempre tem algo ali que não está bem para a pessoa e isso pode desencadear algumas coisas no processo da vida, ter menos energia, as coisas perderem o sentido por um tempo, continuar vivendo, não que vá tirar a vida, mas não deixa de ser uma crise! (E14)

Os participantes também evidenciam a crise com um processo que caminha em uma crescente, no qual o sujeito, no decorrer da experiência mundana, perpassa por situações difíceis e de sofrimento e tem dificuldade de vivenciá-las. Com o tempo, o sofrimento somatiza dentro do sujeito, podendo gerar um momento de crise grave e agudo. São demonstrados como aspectos que colaboram com o adoecimento psíquico grave: questões financeiras, tais como não ter o que comer e não ter perspectiva de emprego; conflitos existenciais relacionados a experiências dolorosas do sujeito.

E também a crise não é uma coisa que se inicia no momento da crise em si. São vários fatores que ocasionam esse início, como estar sem dinheiro, estar sem o que comer em casa, passando por uma situação, saiu do emprego, então tudo isso pode ser uma crise. (E05)

Acho que a gente pode pensar na crise como algo mais amplo. Não dentro apenas do contexto de saúde mental assim, mas pensando na crise como de repente pensando no funil assim, no sentido de que tem diversas coisas que acabam gerando a crise, diversos aspectos, tanto social quanto pessoal, que acabam fazendo desencadear nesse momento mais agudo e que exige uma intervenção mais imediata por parte da equipe ou do profissional que atender a crise. (E06)

Percebe-se a importância de a equipe valorizar os sentimentos trazidos pelos usuários, atuando de forma a reconhecer os possíveis gatilhos de crise aguda, construindo um projeto terapêutico singular em conjunto com o usuário, identificando as principais necessidades e revisitando suas experiências com seus semelhantes no mundo da vida.

Por vezes, usuários e familiares avaliam que o usuário está em crise somente quando há um sintoma extremamente grave, procurando auxílio somente nesses momentos, impossibilitando que a equipe atue de forma longitudinal no atendimento do usuário, compreendendo seus gatilhos e construindo estratégias menos dolorosas para o enfrentamento de momentos de crise.

Como terapeuta de referência são muito poucos que fazem isso, com o tempo assim, eles vão na crise, querem que resolva. "Não resolveu? Não vou mais. Tomei minha medicação, tive minha consulta com médico, sumi." Volta um ano depois com uma outra crise, mas às vezes mais difícil de lidar ainda. (E08)

6.3.4 A crise no contexto social e familiar

Nesta subcategoria, apresento o que os trabalhadores compreendem em relação ao meio social das pessoas em situação de crise, de forma a observar as principais situações vivenciadas pela equipe.

O mundo da vida é constituído por relações sociais entre seus semelhantes, em que o mundo de antecessores, o qual é representado pela história de seus semelhantes no passado, interfere diretamente no presente e no futuro. É possível realizar essa observação a partir do contexto familiar abordado por uma das falas, relacionado ao histórico de abandono materno, em que uma determinada situação de sofrimento é construída ao longo de uma vida de ausências.

O W começa a falar dos pais que morreram e eu me liguei que ele tinha fases das crises e isso é muito rápido! E ele começa a falar que não tem ninguém e eu começo a entender o sofrimento dele, que por trás daquilo das mulheres não terem valor é a mulher que não deu valor para ele e a mulher que amava ele e não está mais ali. (E02)

São evidenciadas situações relacionadas à fragilidade da família em lidar com momentos de crise, em que o usuário está em um momento de desorganização psíquica e o familiar não consegue ocupar o papel de cuidador. Quando tal fato ocorre, pode gerar situações em que o familiar deixa de prestar os cuidados ao sujeito, rompendo vínculo familiar, como também situações de adoecimento psíquico do familiar, o qual é diagnosticado pela equipe como a “crise da família”, muito relacionada à angústia de não saber como auxiliar o sujeito em um momento de crise.

Começou a crise agravar [referindo-se ao usuário], começou os rompimentos de vínculos com a esposa e ficou muito agudizado. (E04)

Acho que um dos momentos mais difíceis é quando, além do usuário que chega, o familiar também está em crise! Isto é o mais difícil, pois tu tens que lidar com a crise do usuário que se encontra na tua frente chorando, desesperado ou numa questão mais física mesmo, e o familiar também está muito nervoso, ansioso e querendo acalmar o usuário em si e não sabe como. (E05)

[...] as pessoas vão lá muitas vezes num momento de uma crise e o que eu vejo muito é o impacto que tem nas famílias. Acho que eu tenho percebido muito isso assim nas famílias. Quanto é difícil as famílias lidarem com esse sujeito que, às vezes, é o bode expiatório da crise da família assim. Ou é o grande sintoma, é o boi de piranha da família. E a família tá toda desorganizada, né? Ela tá toda em crise. (E08)

Acho que muito dessas crises geralmente acontece em casa. A gente tem recebido pacientes via SAMU com crise em casa. (E11)

Um paciente que tentou suicídio aqui na frente. Tentou se enforcar aqui no portão. História familiar bem frágil, bem fragilizada. O marido abandonou, os filhos abandonaram. (E13)

As crises também podem ocorrer devido à preocupação do sujeito com os acontecimentos externos durante o período em que permanece em acolhimento noturno, principalmente quando o usuário tem família e teme que algo de ruim aconteça com seus familiares durante o afastamento para tratamento em um CAPS AD.

Percebe-se que há um olhar do sujeito que faz uso de álcool e outras drogas para além da preocupação referente à abstinência ou à fissura da droga, como também uma preocupação

sensível e de cuidado com a família, aliado ao medo do abandono pelo familiar, destino esse que cerca a vida de muitas pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Quando eles estão naquele uso intenso e vem para cá e muitas vezes relacionados com a família. Às vezes a relação não é nem pelo uso de drogas, é aquele problema relacionado com o uso da droga, mas mais com a família. Por exemplo, vou dar o exemplo desta menina: ela tinha uma parceira e a preocupação dela era de não deixar a parceira dela. O que gerou a crise dela, pelo meu ponto de vista, não foi só o uso intensivo de substância, mas também aquela preocupação com a família dela, ela não ia conseguir sem a parceira e tudo aquilo foi uma coisa que agravou na mente dela. (E12)

É identificado que questões sociais como a fome, falta de habitação, tráfico de drogas e crise econômica são fatores responsáveis por desencadear processos de crise, gerando sofrimento intenso aos usuários, os quais muitas vezes procuram o serviço para auxílio.

Pensando num contexto de saúde mental me vem muito a ideia dos determinantes sociais de saúde, de pensar uma crise, de pensar numa crise, uma crise financeira, a gente atende isso o tempo todo no CAPS. É uma crise porque não tem o que comer. (E01)

[...] também referente ao contexto de vida, situação de rua que para mim também são aspectos de crise. (E03)

São vários fatores que ocasionam esse início (crise), como estar sem dinheiro, estar sem o que comer em casa, estar passando por uma situação, saiu do emprego, então tudo isso pode ser uma crise! (E05)

[...] às vezes tem um movimento que tá acontecendo com o tráfico lá e aquilo é uma crise daquela, daquele território que afeta a vida daquelas pessoas, né? Tem a crise que também afeta que é a crise econômica, que também vai afetar a vida das pessoas. (E08)

A pandemia de COVID-19 foi elencada pelos participantes deste estudo como algo que afetou toda a sociedade, gerando problemas relacionados à saúde, aliados a questões sociais e econômicas, em diferentes proporções. Esse aspecto foi evidenciado como fator desencadeador de crise, pois, em uma realidade pandêmica, na qual pessoas perderam os empregos e passam

por dificuldades financeiras, torna-se pouco provável a manutenção do equilíbrio emocional, dando espaço para momentos de sofrimento intenso, que pode gerar situações de crise agudas.

Então eu vejo que tem uma coisa na macro também assim, né? De quanto isso também afeta as pessoas né? Teve pandemia, uma crise, a gente rompeu um paradigma de mundo e as pessoas se afetaram com essa mudança assim. (E08)

Por exemplo, na pandemia que teve muito isso, a família perdeu o emprego, aquela pessoa que era o chefe da família não está mais trabalhando e teve uma recaída, e usou o dinheiro da rescisão em substâncias e chega a família, o usuário querendo internar porque acha que vai ser a solução, o usuário também acha que vai ser a solução e a gente tentar quebrar isso neste momento de crise, é algo bem importante e o quanto é difícil. (E05)

6.3.5 Principais achados da categoria concreta a compreensão do fenômeno crise

Na categoria “a compreensão do fenômeno crise”, o entendimento da palavra crise pelos trabalhadores permeia os seguintes aspectos: um momento de desordem, sofrimento e angústia; momento agudo de intervenção imediata; momento vital da experiência mundana; momento de mudança e transformação; abstinência e fissura do uso de substâncias. Em relações que desencadeiam e influenciam o indivíduo em crise destacam-se a pandemia de COVID-19, ausência familiar, fragilidade dos vínculos familiares e conflitos e existências da experiência humana.

Na imagem a seguir, apresento uma figura referente aos principais achados na categoria compreensão do fenômeno crise.

Figura 6 – A compreensão do fenômeno crise



Fonte: elaborado pela autora (2022)

6.4 Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise

Nesta categoria serão abordadas as motivações das ações dos trabalhadores frente às principais situações de crise vivenciadas no cotidiano do serviço, tanto as relacionadas à relação face a face entre os trabalhadores, como também as com os usuários nos momentos de crise. Também irá abordar as ações de cuidado em rede, considerando suas potencialidades e fragilidades.

6.4.1 O trabalho em equipe no atendimento a situações de crise

O aspecto do trabalho em equipe nos momentos de crise com agitação psicomotora esteve muito presente nas falas dos entrevistados, sendo trazido como o ponto mais difícil que envolve o trabalho em equipe no cotidiano. Percebe-se a importância da confiança entre os trabalhadores e a coesão das ações em equipe, para que se construa um atendimento que não seja baseado na violência e na punição, bem como não ocorra heteroagressão aos trabalhadores e nem autoagressão do usuário.

[...] a crise que quando precisa de uma contenção mecânica é algo que mobiliza muito mais, porque me dá essa sensação que tu precisas confiar nos teus colegas, na tua equipe, para fazer aquilo direito, para que aquilo não seja violento e punitivo. (E01)

Eu acho que é um momento que é difícil para todo mundo [referindo-se à contenção mecânica]. Tanto para pessoa que nos busca, quanto para gente, realmente não é fácil. Talvez seja o momento que gere maior dificuldade. Certamente é um momento que gera maior dificuldade da gente enquanto profissional de saúde mental (E06).

Então eu acho que às vezes tem essa crise também que mobiliza bastante equipe, né? [...] E aí a gente acaba tendo que dialogar em equipe pra lidar com a crise, aí e que é bem desafiadora. E eu sinto que é uma das coisas mais... É nesse momento que precisa muito trabalho de equipe. (E08)

Situações mais graves assim que eles possam vir a se machucar ou machucar terceiros são situações que geralmente eu acredito que sejam mais graves assim. [...] quando envolve terceiros, familiar ou entre eles, de risco de agressão, são geralmente situações que acho que imobilizam muito a equipe, né? Que a equipe tem que estar bem sintonizada assim entre si para gente conseguir manejar essa situação para que ninguém se machuque. (E11)

O medo da perda de vínculo com o usuário ao optar pela contenção mecânica protetiva como alternativa de proteção ao paciente em momentos extremos mostra-se um importante gerador de angústia ao trabalhador. Também é problematizado se a contenção é a melhor estratégia para lidar com aquele momento de crise ou se a equipe está se precipitando em realizar a contenção.

A indecisão da equipe demonstra uma preocupação dos trabalhadores em desenvolver um cuidado em saúde mental com respeito às subjetividades e aos direitos humanos. Desta forma, é possível observar a indecisão como uma ferramenta de questionamento e reflexão, a fim de problematizar se de fato a contenção mecânica está sendo orientada para proteção do usuário ou está sendo usada como forma de silenciamento do sujeito, conforme a lógica manicomial de controle de corpos.

E aí eu fico pensando na ideia do vínculo, mas me remete muito a um dia que eu lembro o dia: treze de dezembro de dois mil e dezenove [*pausa para pensar*] que para mim foi um dia muito marcante. Eu trabalhava num outro CAPS também e foi um dia que teve uma contenção física de uma usuária que eu tinha muito vínculo e que foi muito difícil que era muito corpo, mais uma violência na história ela. (E01)

[...] é meio óbvio, o cara tá com ideação suicida, psicótico, não tem como ficar ali; tem que ir para um ambiente de emergência. Tá, beleza, todo mundo sabe o que tem que fazer, não tem muito mistério. Agora se é alguma coisa fora do... que toca mais a mim assim quando aquela coisa assim tá não sei se é uma coisa... será que é ou não é? Será que a gente vai fazer uma medida muito invasiva ou não tão invasiva? (E07)

Acho que às vezes mais difícil será encontrar o equilíbrio da intervenção no caso pensando na contenção mecânica. Precisa ou não precisa de contenção mecânica. O quanto isso vai ser bom pro paciente, usuário. O quanto isso pode também quebrar um vínculo. [...] São situações e cada uma a gente vai avaliar de uma maneira mais singular assim. Mas eu como profissional acho que talvez essa seja a maior dificuldade, essa balança assim de encontrar esse equilíbrio e eu acho que por isso que o trabalho em equipe ajuda bastante. (E06)

Só que quando acontece a crise, existem várias coisas que acontecem nesse processo, tanto dos profissionais, quanto dos usuários que estão no CAPS, como a gente vai fazer as coisas, se contem ou não contem, se o médico não deixou, no fim teve que ligar e tudo me perguntando, só que eu não sou sozinha, é equipe (E14).

É possível perceber a importância do trabalho em equipe na organização dos trabalhadores para que a abordagem do usuário seja realizada de maneira tranquila, em que cada trabalhador identifique onde pode ser útil no momento de crise, seja na organização do ambiente, no manejo direto ao sujeito em crise ou no atendimento aos demais usuários do serviço. Dessa forma, torna-se fundamental a tomada de decisão em equipe multidisciplinar, priorizando práticas de cuidado que não violem direitos humanos, com foco na proteção do usuário.

[...] entendo o processo de crise muito mais do que o manejo com o usuário, mas no trabalho em equipe, porque não é todo mundo que vai poder conter e fazer o manejo. (E09)

Toda crise dá para prosperar, dá para dar conta, não precisa ser violento na crise, não precisa conter para sustentar e às vezes é só entender que a gente se preparando, se olhando, a gente se entendendo enquanto equipe a gente dá conta de qualquer coisa nesse sentido [...]. (E02)

6.4.2 O manejo verbal e o vínculo como forma prioritária de cuidado

O discurso dos trabalhadores demonstra que o manejo verbal e a escuta são prioritárias em momentos de crise, independente da gravidade. A prioridade será sempre tentar acessar o usuário de forma a sensibilizá-lo a confiar na equipe, nem que para isso os trabalhadores precisem insistir, permanecendo por períodos longos nos atendimentos de crise.

Mas eu acabei manejando ele, às vezes cinco vezes na semana, todos os dias, oito horas da manhã, o W ia para lá para ser contido nesse sentido de afeto, porque era isso, não era uma contenção física, nunca manejei o W fisicamente e era isso, uma intenção de escuta. (E02)

Sim, às vezes tu vais ter que manejar o usuário umas cinquenta vezes, mas ele não é agressivo e naquele momento está estável e aí a gente conseguia conversar e tinha que explicar para outros usuários referentes àquele perfil, para não desencadear crise em outros usuários e às vezes tinham efeito dominó. (E03)

"Oh cara, fica tranquilo. Nós vamos te ajudar. Eu tô aqui." Entendeu? "Ninguém tá te julgando. Vamos entrar, vamos sentar, tomar uma água, conversar melhor." Tem vezes que funciona, tem vezes que não funciona, a gente tem que insistir. (E13).

Não é uma crise que tem que ir lá e medicar e conter, mas às vezes uma escuta. (E12)

É perceptível a importância da equipe saber manejar de forma verbal situações de crise, evitando situações traumáticas e possíveis violações de direitos ao usuário.

Partindo dessa premissa, são observadas diversas ferramentas a partir do vínculo e do manejo verbal, pois, na relação face a face do usuário com o técnico de referência (TR)⁵, é possível a abertura de um campo subjetivo, em que o usuário permite que o TR lhe conheça e vice-versa, construindo uma relação de confiança e de compreensão, possibilitando que o profissional tenha ferramentas diversificadas no seu estoque de conhecimento à mão, para lidar com as situações de crise com o usuário que tem maior vínculo.

E ao mesmo tempo eu fico pensando em outros manejos que não precisam de uma contenção física, nesta ideia de conter, ter que amarrar a pessoa, e me lembro de um usuário que eu acompanhava um período, que tinha uma veia muito artística e a crise

⁵Técnico de referência é definido como aquele trabalhador responsável pelo monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contrato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto.

dele era muito corpo e ele tinha vínculo com pessoas específicas. Num momento de crise que ele vinha psicótico, mais com ideias de ideação suicida, com planos e tinha um risco muito grave de suicídio, de que levar ele para um espaço que ele conseguisse ver o céu e cantasse uma música específica era algo que tranquilizava. (E01)

Era um usuário que eu era o TR dele, terapeuta de referência, isso é uma coisa muito importante do CAPS, que ele já tinha mais vínculo comigo e tinha feito um uso bem intenso de cocaína com álcool e estava num estado psicótico, oscilava a questão da consciência dele, e logo já bati o ponto para abordar ele. Quem estava antes era um psicólogo, eu fui conversando com ele [...] Então foi o momento em que o primeiro profissional, que era o psicólogo, pegou ele e eu acabei auxiliando, a gente pegou um em cada braço e fomos levando, conversando numa linguagem tranquila, a questão do tom de voz, fui levando ele para um lugar mais tranquilo junto com o psicólogo e a gente colocou ele dentro da parte de observação que a gente tem no CAPS. (E03)

Acho que esta questão de confiança entre o profissional, local e usuário é ele poder saber que “- Bom, se estou numa crise de ansiedade devido ao uso de substâncias, eu vou buscar (referindo-se ao CAPS)”. (E05)

Acho que o vínculo é o essencial no momento de crise, acho que quando, por exemplo, chega um usuário em crise, sempre buscar pelo TR, alguém de referência que ele já tenha uma certa confiança, certo vínculo, para que aquela pessoa tente estabilizar ele nessa fala, o manejo verbal. (E09)

6.4.3 As motivações dos trabalhadores na execução da contenção química e na contenção mecânica protetiva

O principal motivo para realização da contenção mecânica protetiva e a contenção química foi relacionado à proteção do usuário e da equipe, em situações que envolvam sintomas psicóticos importantes com agitação psicomotora associada ao risco de autoagressão e heteroagressão e ideação suicida.

Fomos conversando com ele, a gente tentou de diversas formas tranquilizá-lo para ver se ele ia estabilizar só com a conversa, até o momento ele pegou uma cadeira e atirou em ninguém, mais num espaço vazio, e foi nesse momento que o técnico entrou e conteve e à medida que um faz alguma coisa, independente do que aconteça, para o profissional não se machucar a gente foi junto, mas foi bem tranquilo. (E03)

[...] chegavam pontos em que ele estava muito psicótico e que não conseguia ter uma noção da realidade do que estava acontecendo, tanto que depois que a gente acabava fazendo a contenção e eles estabilizaram e falavam que não lembravam de nada, chamam muito de coma, “- *Sério que eu fiz isso?*” pediam desculpas, então tem várias questões. (E04)

Mas as vezes que foram necessárias a contenção mecânica eu vejo principalmente para questão de proteção assim. Foram poucas, mas aconteceram sim. Proteção principalmente do paciente. (E06)

Aqui foi de uma menina, que era jovem e estava em crise. Tivemos que ser rápidas, medicar com injetável e não deu para ter muita conversa porque ela disse “- *Eu não estou bem, estou com vontade de me machucar e não sei o que vou fazer.*” E já estava vendo que ela já estava... sabe quando uma pessoa está tentando se segurar ao máximo e aí agimos rápido e já conversei com a enfermeira “-*Não dá tempo nem de dar remédio.*” Ela já estava chorando e se revirando. “-*Estou com vontade de me machucar*” e a gente agiu rápido com a medicação [...]. (E12)

É possível observar em uma das falas a dificuldade do sujeito vivenciar momentos de crise, quando se encontram em uma situação de maior vulnerabilidade psíquica, em que a tristeza assume um protagonismo no corpo. Neste momento, há uma tendência do sujeito em não querer lidar com esse sentimento, em anestesiá-lo de alguma forma, todavia, há também a ansiedade do trabalhador em querer resolver de forma rápida o sofrimento do usuário, promovendo a medicação como a solução imediata para “estancar” aquele sofrimento.

Porque as pessoas são com essa dificuldade de vivenciar crises, né? A gente pode entrar na coisa tanto da medicalização, quanto a questão de quando a gente quer anestesiá-lo os momentos de quando a gente perde um pouco equilíbrio, o lugar, não sabe para onde vai né? Que a crise é um pouco isso assim. “Não não não não não, vamos resolver isso aqui, vamos tomar medicação.” Vamos abafar esse momento de crise, porque... ok, às vezes é preciso né? Mas não sempre. (E08)

É possível evidenciar que a decisão do médico é soberana na determinação de contenções mecânicas e químicas, mesmo quando não há conformidade com o restante da equipe. Neste serviço não há protocolos clínicos de prescrição para contenção mecânica para enfermeiros, impossibilitando que, na falta de médicos no serviço, seja realizada contenção mecânica com respaldo técnico em momentos de crise com risco iminente à saúde do usuário.

O fluxo é feito para lidar com essas crises agudas com a medicação, com a perspectiva mais médica assim, a gente acaba às vezes usando essas ferramentas que nem sempre são as ideais, eu acho. (E08)

Porque geralmente quando a gente tem esse perfil internado, o paciente que tem um perfil mais agressivo, eu já vou orientando a equipe, conversando com o médico pra gente já medicar... eu tento agir de uma forma preventiva né. (E11)

Teve uma hora em que ele despertou querendo ir embora novamente. Na hora que ele baixou em que a injeção deu efeito, a enfermeira disse “-Será que a gente contém ele agora?” só que eu nem sabia dessas coisas do médico, se poderia conter ou não. Falei “- Olha, eu não sei, eu não gosto de conter.”(E14)

6.4.4 A construção do trabalho em rede

A construção do trabalho em rede com demais serviços de saúde são ações desafiadoras no contexto da crise, pois envolve um deslocamento do trabalhador em saúde, no reconhecimento de um problema que não é da ordem biológica, mas sim ligado ao sofrimento psíquico, o qual ainda é compreendido para muitos profissionais em saúde como algo de menor importância, portanto, a atenção à pessoa em crise psíquica acaba sendo negligenciada. Também é possível observar em uma das falas que, mesmo quando há uma questão clínica evidente, o fato de ser uma pessoa que faz uso de drogas em sofrimento psíquico intenso, faz com que tal comorbidade clínica seja ignorada pelos profissionais do SAMU.

Teve outra questão de crise, que foi mais uma crise com os profissionais da SAMU, eu falei várias vezes “-Ele está com fratura na clavícula! Agora está calmo!” e eles acabaram trazendo... [interrompe a frase] tenta-se entender o aspecto de crise desses profissionais que atendem diversas emergências e eles acabaram atirando ele como se fosse um saco de batata na maca e machucou ele, obviamente, pois já estava um pouco mais tranquilo, a gente conteve uma questão de segurança dele e acabou que eles diminuíram a questão, “-Que ele não estava em crise”, a gente teve que explicar o que era crise para eles “- Ó, ele não está em agitação psicomotora neste momento, mas em crise ele está, pois está enxergando a morte e se soltar ele aqui neste momento, talvez ele possa tentar de novo fazer uma tentativa de suicídio!”. (E03)

Teve uma hora que ele meiga despertou e o pai dele estava ali e isso tudo também enrolando ele para até chegar a SAMU e nada da SAMU e isso a manhã inteira. Isso foi nove e meia da manhã, era meio-dia e nada e a gente esperando. Teve uma hora em que ele despertou querendo ir embora novamente. (E14)

Além da desvalorização da dor psíquica, pessoas em crise psíquica grave são criminalizadas e são vistas por trabalhadores em saúde como um problema de segurança pública, de maneira que a polícia é acionada para realizar o manejo em saúde mental, por insegurança, medo e discriminação do trabalhador em prestar o atendimento em saúde mental. Outras questões como baixo contingente de trabalhadores e falta de educação permanente podem ser elencados como fatores importantes que levam os trabalhadores a acionar a segurança pública. Também, torna-se evidente o despreparo da polícia, a qual se utiliza de práticas violentas para “combater” uma crise psíquica, pouco focada na proteção do usuário.

E no residencial ele começa a ter essas crises porque ele [*referindo-se a um usuário*] ainda não entendia aquilo como uma casa, tem as regras da casa e ele nunca teve regras e isso gera muitas crises e tinham muitas mulheres lá também e a gente começa a trabalhar numa dinâmica de começar a entender. Só que as pessoas lá assustadas e com menos conhecimento sempre chamavam a polícia, para ter uma noção que chegaram dois policiais, o W começa a gritar e eles chamam doze policiais para conter o W. (E02)

[...] ela entrou (enfermeira) para chamar a Brigada, o que não deveria ter sido feito, pois deveria ter sido a guarda. Na verdade, não deveria chamar ninguém, porque a guarda seria o patrimônio e ele não estava destruindo patrimônio, e nem a Brigada, porque ele só deu um tapa no médico e é uma questão de saúde mental e não deveria chamar ninguém, deveria chamar só a SAMU. Só que ela chamou a Brigada sem chamar a SAMU. (E14)

6.4.5 Principais achados da categoria concreta ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise

Na categoria concreta “ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise”, o típico da ação dos trabalhadores revela a importância da discussão de caso e coesão das ações em equipe; as discussões em equipe sobre a necessidade de contenção mecânica; a necessidade da

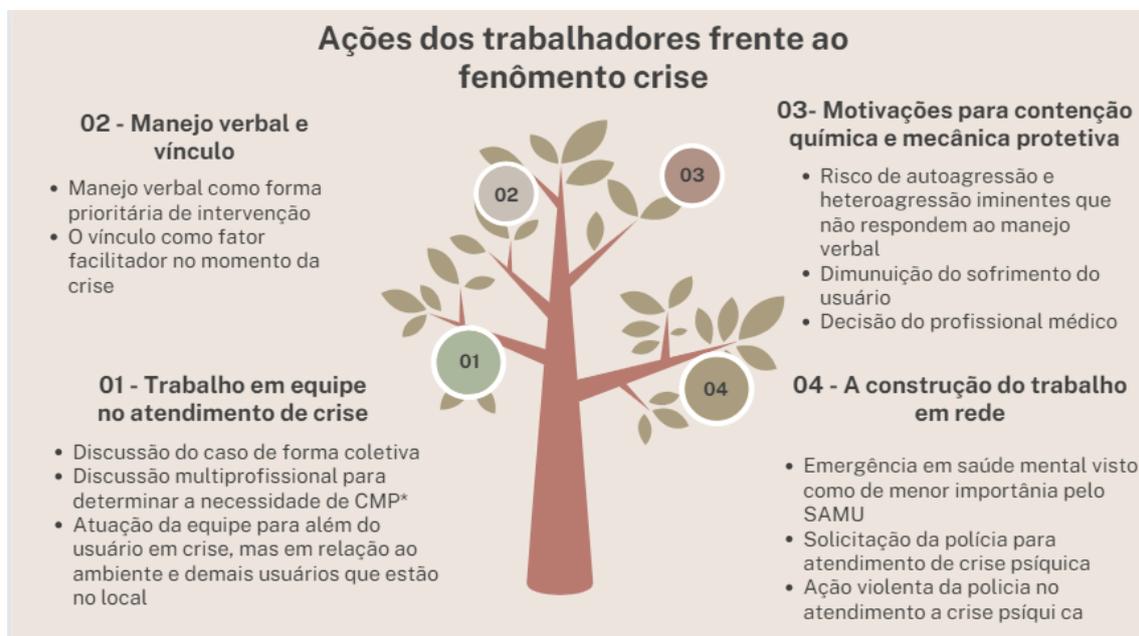
observação ampliada da crise para além do manejo ao usuário, com foco também na relação com o ambiente e demais usuários que estão em acompanhamento psicossocial no serviço.

Sobre o manejo verbal e vínculo, os aspectos mais encontrados nos discursos foram relacionados ao manejo verbal como forma prioritária de cuidado nos momentos de crise, sendo identificado o fator vínculo como fundamental no momento da intervenção com o usuário. Sobre as motivações para contenção química e mecânica protetiva, as ações mais frequentes dos trabalhadores para esse fim são relacionadas ao risco de autoagressão e heteroagressão que não respondem ao manejo verbal, diminuição do sofrimento do usuário e decisão do profissional médico.

Por fim, a respeito da construção do trabalho em rede, identifica-se pelo grupo estudado que as crises em saúde mental são vistas por serviços de emergência como algo de menor importância; o acionamento da polícia para o manejo do usuário em crise psíquica e a ação violenta da polícia quando acionada para o atendimento de crise psíquica.

Na figura a seguir, são evidenciados os principais achados da categoria “ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise”.

Figura 7- Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise



*CPM: contenção mecânica protetiva

Fonte: elaborado pela autora (2022)

6.5 Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise

Nesta categoria serão abordados os sentimentos vivenciados por trabalhadores em momentos de atendimentos de crise psíquica, a fim de compreender as principais sensações reverberadas nos trabalhadores no cotidiano do trabalho em saúde mental.

6.5.1 Sentimentos reverberados no atendimento à crise

O sentimento de medo e insegurança atrelado à periculosidade é observado em alguns discursos, em que o trabalhador, antes de entrar em contato com o usuário para compreender seu momento de agitação, imagina que este outro pode ser perigoso. Desta forma potencializa-se a ideia de que toda crise precisa ser combatida, exercendo o poder a partir do silenciamento.

[...] se o paciente está em crise é porque ele não está bem! Ele quer extrapolar, quer colocar para fora alguma coisa que não está bem dentro dele, aonde a gente tem que ter um cuidado especial com ele, pois no momento em que ele está em crise, ele quer colocar alguma coisa para fora e aquilo pode se tornar perigoso para ele e para nós [*refere-se aos profissionais*] também. (E12)

Eu sempre tento pensar que ele vá ter um rompante e vá partir para uma agressão assim. Porque aí eu eu começo imaginar "tá, e se ele fizer isso, como é que eu posso agir?" (E13)

Acho que a crise mais importante que eu atendi foi a do W, que é um cara que passou vinte e sete anos no IPF, foi preso por causa de um surto psicótico onde ele mata o sogro depois de descobrir uma traição da companheira, ele agride ela e o sogro vai atrás dele e ele dá um tiro no cara. O paciente crônico, usuário de maconha, mas ele tem a aparência da loucura. É pensar nos antigos manicômios, nas fotos do holocausto brasileiro é ver o H, ele range os dentes enquanto fala, grita e tem uma questão muito forte de violência contra mulher nas crises dele. Tanto que quando ele começa, sempre fala “-Putá, vagabunda”, cospe e tudo mais. E nesse quadro as pessoas começaram a ter medo do W lá no CAPS e, ao invés de manejar a crise, as pessoas se afastavam e tentavam silenciar a crise dele com o discurso de “-Ah, se tu não parar, se tu não parar!” (E02)

Em relação à crise com agitação psicomotora, foi possível evidenciar sentimentos que demonstram tristeza e angústia por parte dos profissionais quando usuários são submetidos à contenção mecânica, demonstrando sofrimento na necessidade de conter fisicamente o usuário para garantir sua proteção.

de tarde quando eu vou para o CAPS Partenon tem o movimento de uma contenção física de um usuário que era meu referenciado e que eu tinha um vínculo e participar desta contenção mecânica dele foi muito difícil, dóida, e quando eu olho para ele no momento que ele deita na cama e fica em posição fetal e me remete muito toda história de vida, ele entende como algo protetivo a contenção e ele traz essa coisa de um vínculo um tanto que maternal com uma profissional específica da equipe, que estava mais à frente do manejo da crise naquele momento. (E01)

[...] mas as vezes que foram necessárias a contenção mecânica eu vejo principalmente para questão de proteção. Foram poucas, mas aconteceram. Proteção principalmente do paciente. E eu acho que ela gera um certo... gera em mim, mas também na equipe uma angústia assim da necessidade de intervir. Apesar de ser um sentimento lido como negativo, imagino que a angústia também pode ajudar a se movimentar. Então aquele momento de necessidade de intervenção mais aguda, seja ela através da escuta, seja ela através de uma abordagem de um caso um pouco mais grave que necessite de medicação, nos ajuda a pensar e a se movimentar de alguma maneira. (E06)

O sentimento de calma e autocontrole para realizar a melhor abordagem frente a uma situação de crise é descrito por uma das participantes, a fim de proporcionar um espaço de confiança e tranquilidade para equipe conseguir realizar o melhor manejo durante a crise, sem que o desespero prevaleça.

[...] para mim, são situações (crise de agressividade) que me exige autocontrole assim. Eu me manter mais calma para poder junto com a equipe orientar eles e também deixar com que eles fiquem mais tranquilos, né? Para poder atuar e ver qual vai ser a melhor conduta. (E11)

O atendimento de crise também é percebido por um trabalhador como um momento de vigilância e de ações rápidas para abater um sintoma mais agudo, o qual possa colocar o usuário em algum tipo de risco para si. Neste momento não há espaço para sentir, construindo uma ideia

de um trabalho mecânico, deixando de lado aspectos subjetivos que envolvem o processo de crise, bem como os sentimentos que emergem no trabalhador, como se seu corpo funcionasse como uma máquina, sob comandos pré-programados, sem espaço para o sentir.

Me senti que eu precisava proteger ela! Não tem muito sentimento porque é tudo muito rápido. Na hora da crise, não dá para estar lidando com uma medicação normal e verificando a pressão. No momento de crise o pensamento tem que ser muito rápido, é aquela coisa de proteção, proteger o paciente para que não venha se machucar e cometer uma loucura e automaticamente nos proteger também (E12)

As crises que permeiam longos períodos de manejo verbal, em que o usuário chega diariamente em crise e mobiliza toda a equipe, gerando sentimentos de contratransferência⁶ e sobrecarga nos trabalhadores, principalmente no técnico de referência, são consideradas situações difíceis e que geram conflito entre os trabalhadores.

A insegurança, o medo e a frustração dos trabalhadores surgem como atravessadores importantes no manejo de pessoas em crises recorrentes, quando a equipe tem medo de realizar o manejo, bem como quando o trabalhador não consegue ver uma progressão de comportamento do usuário, sentindo-se desmotivado e insuficiente, pois, por mais que a equipe desenvolva estratégias de cuidado, o sujeito mantém comportamentos projetivos e de manutenção no uso abusivo de substâncias psicoativas.

E desde então eu comecei a assumir o caso dele, só que era isso, ele estava numa casa de aluguel com uma mulher que pegava toda pensão dele, não dava medicação direito, ele fazia uso de maconha direto e teve um momento em que eu não aguentava mais as crises, pois eram todos os dias crises e, como eu acabei assumindo sempre a crise dele, que era uma crise que dava medo nos colegas, tinham momentos em que os colegas me avisavam “- Vem mais cedo porque o W já está aqui!” E aí chegou o meu momento de ter uma crise com a equipe. (E02)

Vou trazer um clássico nosso lá do CAPS, é um alcoolista. E por que que a gente chama de alcoolista? Porque ele tá sempre, ele vai sempre alcoolizado. Sempre, vai sempre. E aí aquilo causa uma comoção assim na equipe porque ele vai sempre

⁶São sentimentos vivenciados pelo trabalhador em saúde em relação a um determinado usuário, sendo este um elemento fundamental na construção do vínculo terapêutico.

alcoholizado, sempre com demandas. Ele não consegue se colocar muito no processo dele, ele projeta sempre aqui, sempre os outros e tal. Gera uma crise assim na equipe que depois não consegue entender muito bem como é que vai lidar com aquilo toda vez que o sujeito aparecer né? Então esse é um exemplo que eu vejo quando algumas situações mobilizam mais a equipe, gera uma crise na equipe que não consegue também sentar e conversar para chegar num acordo de como é que vai lidar com isso, né? (E08)

6.5.2 Frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise

Em muitas situações, os trabalhadores se veem frustrados por situações que não sabem como resolver ou até mesmo que não estão no escopo saúde, mas sim ligadas a demais problemas sociais que interferem diretamente na saúde mental dos sujeitos.

A abordagem familiar em momentos de crise também é elencada pelos profissionais como complexa de ser realizada, tanto pela falta de recursos em lidar com outros aspectos na fase mais aguda, quanto pela dificuldade da família em se reconhecer como corresponsável no cuidado do usuário.

E quando o usuário chega nesses momentos de crise chorando “-*Porque eu vou cometer um suicídio, vou me matar!*” e tem questões muito mais além do que conseguimos fazer, como falei antes: questões financeiras, crise econômica, crise que está tendo no casal, na família, são coisas que vão além do que a gente consegue enquanto profissional, pois tem recursos que a gente não tem como dar conta no momento. (E05)

[...] a gente fica lidando ali e apagando incêndio desse sintoma final que é crise. Mas, a gente não consegue alcançar as famílias, porque elas também não estão interessadas. Não digo interessadas, acho que é uma palavra muito forte. Eu não responsabilizo as famílias individualmente. Mas elas têm uma resistência a também se colocarem naquela... dizer "não, a crise é nossa mesmo" sabe? (E08)

Mas eu vejo como trabalhador grande desafio, grande dificuldade assim de trabalhar para além só daquela pessoa, mas trabalhar com o eixo da família. (E07)

O reconhecimento do sujeito como um ser subjetivo, que na sua história vivenciou experiências e construiu um estoque de conhecimento à mão de forma única, não é reconhecido

pelo trabalhador na relação face a face, em que se verifica uma frustração do trabalhador quando o seu desejo não é obedecido pelo outro (usuário).

Eu como profissional, quando o paciente decide ir embora, eu vou te dizer que eu fico chateada assim, né? Porque a gente busca que o paciente fique, colaborativo, queira seguir o tratamento, né? Gente, geralmente quando pede para ir embora me dá um pouco de frustração, sabe? Eu sempre fico refletindo o que dá para fazer diferente. (E11)

“-Poxa, a gente conversou e conversou e entrou num ouvido e saiu pelo outro!” porque acontece! Tem uns que nem dão bola para o que tu falas! (E12)

A falta de ferramentas técnicas aliada ao sentimento de medo e angústia do trabalhador, por vezes gera sofrimento durante o manejo de uma situação de crise aguda, uma vez que não consegue realizar o atendimento e sente-se frustrado por não ter conseguido lidar com a situação.

E aí foi de um usuário que tinha feito uso há um pouco tempo antes de ir ao CAPS, chegou lá bem desorganizado, bem psicótico, e para mim foi muito difícil porque eu não sabia o que fazer e fiquei apavorado porque na residência, até então, naquele momento eu não tinha tido nada de teoria nem prática sobre manejo de crise. [...] eu fiquei bem chateado comigo de não saber o que fazer, de não saber como manejar... porque eu acompanhava aquele usuário com minha preceptora, que era a TR dele, e foi angustiante. (E09)

Bom, eu fico um pouco assustada dependendo, né, da crise tem uma vez que eles estão mais nervosos, gritando, eu fico um pouco assustada. (E10)

6.5.3 Principais achados na categoria concreta sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.

A categoria “sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise psíquica” foi dividida em duas subcategorias: sentimentos reverberados no atendimento à crise e frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise.

Na subcategoria “sentimentos reverberados no atendimento à crise”, são identificados, nos discursos dos trabalhadores, em relação ao manejo de crises graves com agitação

psicomotora a sensação de medo e insegurança; o medo, a angústia e a tentativa de evitar sentimentos foram evidenciados quando há necessidade de realizar uma contenção mecânica protetiva, e insegurança, medo e frustração foram evidenciados no atendimento a crises recorrentes. Para um bom atendimento de situações de crise, é percebida a calma e o autocontrole para condução da situação com o usuário e com a equipe do serviço.

Na subcategoria referente à frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise, os aspectos identificados com maior semelhança referem-se à frustração em relação às expectativas não supridas com o usuário, com a família do usuário e relacionados à própria prática profissional do trabalhador.

Na figura abaixo, demonstro de forma esquematizada os sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise. Os círculos maiores identificam os pontos de maior semelhança no discurso dos trabalhadores, e os menores os de menor convergência.

Figura 8 – Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise



Fonte: elaborado pela autora (2022)

6.6 Intenções dos trabalhadores no atendimento à crise

Nesta categoria serão abordadas as intenções das ações dos trabalhadores também compreendidas a partir do referencial de Alfred Schütz como os *motivos para* dos trabalhadores, após a realização de um atendimento de crise. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias, as quais apresento a seguir.

6.6.1 O bem-estar e a diminuição do sofrimento

Os trabalhadores deste estudo evidenciam que possuem como finalidade das suas ações proporcionar o bem-estar e a diminuição do sofrimento durante o atendimento de crise. Alguns reconhecem a impossibilidade de cessar o sofrimento por completo, mas afirmam a importância de dispor de ferramentas que possibilitem uma melhora na angústia.

Então a ideia dos atendimentos, independente de qual tipo de crise, é que a pessoa tenha um estaque daquele sofrimento ou pra não ter um risco maior tanto de suicídio, de relações, de se expor a questões morais. (E04)

Eu espero reduzir o sofrimento pelo qual a pessoa tá passando assim. Eu não digo cessar o sofrimento porque acho que isso é quase impossível, mas reduzir ele com o máximo de cuidado possível. (E06)

Que melhore, né! Sempre! Que minimamente o sofrimento diminua, que ela consiga lidar com aquele sofrimento ou que alguma coisa diante de qualquer ferramenta ou uma conversa, uma medicação, um abraço, sei lá, uma internação, seja o que for, acolhimento, possa aliviar este sofrimento (E14)

6.6.2 Proteção da equipe e do usuário

A intenção de não precisar realizar uma contenção mecânica em um atendimento de crise é bem explicitada pelos trabalhadores, os quais veem como sucesso terapêutico quando conseguem realizar um atendimento baseado no manejo verbal e na escuta do usuário, sem a necessidade de realizar práticas involuntárias, as quais podem afastar o usuário do serviço, bem como violar direitos.

Uma das maiores tensões é que a gente não precise conter esta pessoa fisicamente. Que se consiga ter um manejo efetivo verbal, químico, acho que essa é uma das maiores expectativas. (E01)

Olha, eu, geralmente, eu faço algo que a pessoa consiga refletir, que volte a tranquilidade, a calma para que a pessoa não precise ser contida sabe? (E11)

E eu espero sempre conduzir a situação para uma coisa mais amigável, sem precisar ser contida. (E13)

Os trabalhadores também focam na importância da proteção do usuário, para que ele não cometa atos de autoagressão e acabe se ferindo, como também não pratique heteroagressão contra a equipe. Os profissionais esperam que a equipe e os usuários encontrem a melhor forma de lidar com a crise, sem que ninguém sofra quaisquer comprometimentos físicos.

Dependendo, quando vem um atendimento de crise, se é mais grave como essas que eu citei, a gente tenta a todo momento proteger o usuário numa exposição que ele possa se colocar em risco. (E03)

Eu acho que todos os atendimentos que precisam de uma internação mais rápida, alguma coisa mais imediata, eu sempre espero que a pessoa não tenha prejuízos, que saia do atendimento e que não fique em risco, com nenhum prejuízo físico, de relação, de rede. (E04)

Tentar correr o menor risco possível e não ter prejuízo. (E07)

Mas eu sempre espero que ninguém se machuque, que o paciente fique colaborativo, principalmente que o paciente fique, né? [permaneça no serviço] (E11)

6.6.3 Encontrar significados para crise

A compreensão da crise do usuário é vista como um momento de transformação e dificuldade. De forma subjetiva a crise irá emergir significados para o sujeito e, a partir disso, novas histórias e mudanças que serão vivenciadas por ele. Nas falas dos participantes a seguir, é evidente a compreensão da crise como um processo complexo e de sofrimento, que pode gerar transformações na vida do usuário e também do seu contexto de relações sociais, os quais podem ser modificados para melhoria da qualidade de vida de um determinado sujeito.

É produzir um lugar de escuta no caos, pensar uma saída para aquele momento e tentar sempre, mesmo com os gritos e delírios, dar significado para aquilo. (E02)

Tentar entender a crise e pensar o que podemos pensar diferente, tanto no tratamento quanto na questão familiar, rede de apoio, ver o que fez ele chegar em crise em determinado momento para tentar o manejo a partir do vínculo. (E09)

Eu espero que este atendimento seja para ele melhorar, cair em si e ver que ainda tem esperança e que ele pode ter uma mudança, pode escrever uma nova história e ainda pode recomeçar[...] Eu espero que eles consigam continuar o tratamento tanto aqui e fora daqui. (E12)

Então eu também espero poder fazer o melhor acolhimento possível entendendo que é aquela pessoa que tá vivendo aquilo e que aquilo tá dizendo alguma coisa. (E08)

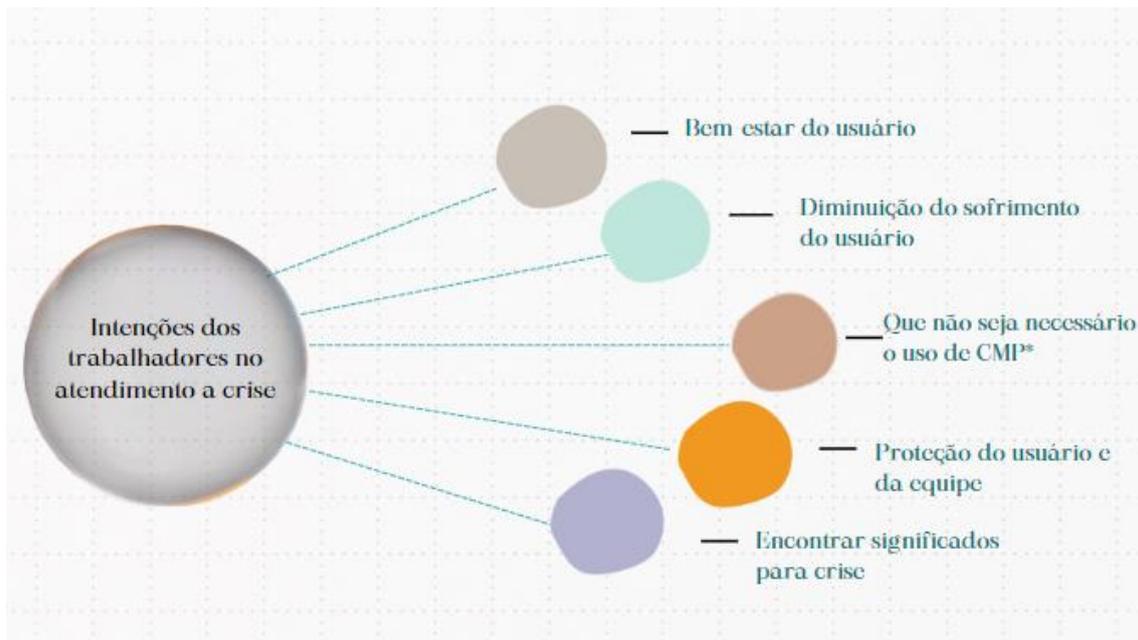
6.6.4 Principais achados na categoria concreta intenções dos trabalhadores no atendimento à crise

A categoria “intenções dos trabalhadores no atendimento à crise” foi dividida em três subcategorias: o bem-estar e a diminuição do sofrimento; proteção da equipe e do usuário; encontrar significados para crise.

Na categoria, de forma geral, os discursos com maior convergência pelos trabalhadores são relacionados à promoção do bem-estar do usuário; à diminuição do sofrimento do usuário; ao fato de não ser necessário realizar a contenção mecânica protetiva; à proteção da equipe e do usuário e ao encontro dos significados da crise na experiência do usuário.

Na figura abaixo, são demonstrados os principais achados nos discursos dos participantes da pesquisa encontrados na categoria “intenções dos trabalhadores no atendimento à crise”.

Figura 9 – Intenções dos trabalhadores no atendimento à crise



*CMP: Contenção Mecânica Protetiva

Fonte: elaborado pela autora (2022)

6.7 Típico da ação referente às ações dos trabalhadores no atendimento à crise

O típico da ação, segundo Schütz (2012), é elaborado por meio da descrição de um comportamento social, de forma a observar os aspectos semelhantes e que aproximem as intenções dos sujeitos, como uma estrutura única, compreendendo a essência da realidade e do mundo social na experiência dos sujeitos.

Como forma de capturar o típico da ação dos trabalhadores estudados, foi necessário retornar a cada categoria concreta em busca das características comuns, para que, desta maneira, seja elaborado o típico da ação. O típico da ação relacionado às ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise em um CAPS AD foi construído a partir da análise das quatro categorias concretas deste estudo.

As ações dos trabalhadores são realizadas conforme a crise é vivenciada por eles. Neste estudo, os trabalhadores consideram a crise como um momento de sofrimento intenso, que pode ser vital para a experiência humana ou também relacionada a um momento de desequilíbrio devido à dificuldade de vivenciar alguma experiência, sem ser avaliada como um aspecto

negativo, mas que carrega consigo um potencial de transformação. Esse momento é atravessado por questões que vão além do sujeito, envolvendo família, sociedade, questões econômicas e até mesmo de saúde pública, como a pandemia de COVID-19. Percebe-se que as ações dos trabalhadores no momento da crise priorizam o manejo verbal e o vínculo como forma de cuidado prioritário. Ainda, eles sinalizam a importância do trabalho em equipe na definição de condutas e elencam diversas dificuldades relacionadas à construção de rede com os serviços de emergência e com a Brigada Militar.

Observam-se que vários sentimentos envolvem o momento de atendimento à crise, como tristeza, medo, insegurança, angústia e frustração, que irão exigir calma e autocontrole por parte do trabalhador em saúde. Porém, apesar dos afetos vivenciados, os trabalhadores apresentam a intenção de prestar o melhor cuidado ao usuário, com base no respeito aos direitos humanos, em que não haja técnica de contenção mecânica de forma indiscriminada, com vistas ao bem-estar do usuário, à sua proteção e à diminuição do sofrimento.

7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Para realizar a interpretação compreensiva das cinco categorias emergidas após a análise das informações dos sujeitos, primeiramente, retornei às leituras das entrevistas dos participantes, a fim de refletir e compreender os seus discursos e as suas experiências vividas no cotidiano relacionados aos fenômenos investigados. Foi realizada nova busca aos áudios e às transcrições das entrevistas, a fim de compreender os significados das ações dos trabalhadores, com o objetivo de contemplar a questão norteadora deste estudo.

Neste tópico foram detalhados aspectos relevantes identificados nos discursos e relacionados com à literatura científica sobre crise psíquica na perspectiva do uso de álcool e outras drogas, tendo como base, neste processo analítico e de interpretação compreensiva das categorias concretas, o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.

A entrevista fenomenológica possibilitou uma compreensão dos significados das ações no cotidiano dos trabalhadores em saúde mental nos momentos de crise psíquica, os quais também perpassam por situações-limite que envolvem sentimento de insegurança, medo e angústia ao lidar com a crise do usuário e gerenciar sua própria crise ao deparar-se com situações complexas de serem resolvidas e que vão ao encontro com o seu próprio vivido. Portanto, torna-se fundamental a escuta dos trabalhadores para a construção de um trabalho em saúde mental, de forma a compreender suas singularidades, desejos e subjetividades para o desvelamento do significado de suas ações sociais.

Foi possível observar que as ações dos trabalhadores frente ao atendimento de crise psíquica ainda envolvem um fazer profissional que reconhece a crise como um momento de necessidade de intervenção imediata, sem observar demais aspectos subjetivos em relação ao sujeito e referente às relações sociais, vivenciadas por este no mundo da vida. Desta forma, acredito que este estudo venha a contribuir para a compreensão da crise como um momento de transformação, subjetivo, multifacetado e que requer envolvimento da equipe na produção de significados, para além de abater um sintoma agudo.

Na categoria concreta “a compreensão do fenômeno crise” emergiram as seguintes subcategorias: a crise como um processo de transformação; a crise como um momento agudo de intervenção imediata; compreensão de crise para além da agitação psicomotora; a crise no contexto social e familiar.

Para iniciar esta reflexão sobre crise, torna-se importante lembrar a análise realizada por Schütz (1979) do “mundo da vida cotidiana”, segundo a qual o homem age de forma consciente sobre ele, sobre e entre vivência como realidade a “atitude natural”:

“O mundo da vida cotidiana, significará o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado. Ele agora se dá a nossa experiência e interpretação (p. 73)”

Desta forma, considero importante pontuar que todos nós crescemos em uma sociedade que já existia antes mesmos de nós, um local que por muitos anos excluiu e maltratou pessoas em sofrimento psíquico, sendo nos momentos de crise as situações em que ocorriam as maiores violações de direitos (SES, 2021). Este processo histórico influenciou, influencia e influenciará as gerações futuras em relação ao cuidado em saúde mental em situações de crise, a qual ainda é vista, em determinados contextos, pelo olhar biológico individualizado, desconsiderando aspectos subjetivos como: contexto social, cultural e demais relações sociais que envolvem tal processo (SES, 2021; SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

A discussão acerca de atenção a situações de crise é complexa e perpassa por diferentes concepções, por vezes, antagônicas entre si, as quais podem estar mais alinhadas com a psiquiatria tradicional, focada exclusivamente na agudização dos sintomas e nos modos de intervenção para seu esbatimento, ou de acordo com o pensamento psicossocial, que abrange o conceito de crise para além de um momento agudo que precisa ser “combatido”, mas sim como um momento de desequilíbrio, subjetivo e repleto de significados, o qual compreende sujeito e sociedade.

Todavia, tais modelos não estão separados em caixas, eles fazem parte do mundo da vida, os quais competem e misturam-se no cotidiano dos processos de trabalho nos serviços de saúde mental, sendo necessárias, para o fortalecimento do modelo psicossocial, práticas que envolvam a equipe de forma crítica e reflexiva sobre a assistência à pessoa em crise, considerando aspectos históricos relacionados à construção do modelo psicossocial, à clínica ampliada e aos direitos humanos, estimulando discussões em que o trabalhador seja parte do processo e possa falar do cotidiano e de suas afetações (SES, 2021).

O conhecimento não é algo homogêneo na vida das pessoas, ele apresenta-se de forma incoerente para os sujeitos, apenas parcialmente claro, e não se exime de contradições. É incoerente porque os interesses do indivíduo não existem em um sistema coerente, sendo ele apenas organizado em planos relativos a qualquer papel social assumido, mas o local de prioridade que esses planos ocupam na vida do sujeito muda de acordo com cada situação e com o desenvolvimento da personalidade. No mundo da vida cotidiana, é parcial o interesse do homem pela limpidez de seu conhecimento, ou seja, na reflexão mais aprofundada das relações entre os elementos do mundo e dos princípios que o orientam (suas experiências, crenças e ideologias). Este processo não é consciente e pode, ao mesmo tempo, considerar informações antagônicas entre si que, na realidade, são incompatíveis uma com a outra (NASI, 2010).

Desta forma, é possível observar uma mistura de modelos e práticas que permeiam o cotidiano dos trabalhadores do CAPS AD, os quais não são orientados por uma verdade única, em que exista apenas uma forma de produção de cuidado em saúde mental. Estes estão imersos em um cotidiano com múltiplas possibilidades, logo, vão elaborar a assistência de acordo com seu *estoque de conhecimento*.

Para Schütz (2003), o estoque de conhecimento à mão trata-se de um código de interpretações de suas experiências passadas, presentes, além de determinar a antecipação das coisas que virão. Esse estoque de conhecimento, em parte, está relacionado à formação dos trabalhadores, mas, para além disso, são um somatório de características subjetivas da experiência individual de cada profissional de saúde.

Em um estudo qualitativo realizado com alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem, na Faculdade de Marília em São Paulo, ressaltou-se que, mesmo após a implementação curricular de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), há uma maior incidência de disciplinas relacionadas à construção do SUS, discussões crítico-reflexivas e ações no campo considerando as Ciências Humanas e Sociais nos primeiros semestres do curso, permanecendo o restante do curso focado em disciplinas cujo conteúdo é voltado para o desenvolvimento de competências específicas nos campos práticos de atuação da Enfermagem, deixando de lado as discussões em torno de problemas sociopolíticos da sociedade e do campo da saúde. Tal situação reflete na dificuldade de superar o modelo biologicista e centrado nas especialidades (NONATO, *et al.*, 2020).

Torna-se importante a produção do conhecimento de novas práticas, pois o estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura e as experiências posteriores o enriquecem e o alargam (SCHUTZ, 1979, p. 75). Portanto, apresento a seguir compreensões do significado de crise baseado em novas práticas em saúde mental aliado à análise compreensiva de Alfred Schütz.

A atenção à crise é identificada como um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no modelo psicossocial e se desenvolve junto ao usuário em situações consideradas graves e agudas. Após a modificação do paradigma hospitalocêntrico de cuidado para o modelo psicossocial de atenção, há uma ampliação da compreensão do significado de crise psíquica, o qual não está ligado apenas à agudização da sintomatologia psiquiátrica que requer intervenção imediata, mas também é compreendida como um processo de desorganização do sujeito, que pode ser passageira ou pode seguir prejudicando o estado de equilíbrio do homem em relação ao seu corpo ou ao ambiente (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Para Leonardo Boff (2002), o nascimento é considerado um momento de crise importante, em que somos expostos à luz e expulsos de um local protegido, pequeno e aconchegante para sermos colocados em um mundo vasto, cheio de possibilidades e transformações, gerando, dessa forma, o primeiro momento traumático das nossas vidas, o qual todos precisamos passar para poder sentir a experiência de viver.

Destaca-se que ainda há uma hegemonia do modelo biomédico, o qual entende a crise exclusivamente como um momento agudo, de extrema gravidade e periculosidade, associando diretamente a necessidade de intervenção e internação psiquiátrica no cotidiano dos serviços de saúde mental. Essa premissa reforça que o manejo dessa situação está resumido ao cuidado institucional, sendo classificado como urgência e emergência médica, portanto, sendo observado com algo apenas no sentido biológico, de forma acrítica, sem observar demais aspectos psicossociais envolvidos (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

O modo manicomial de exclusão social, com foco somente do uso de substâncias psicoativas, torna-se evidente na literatura quando relacionado à pessoa que faz uso de drogas, sendo observado uma ascendência no número de internações, caminhando na contramão do cuidado em liberdade e em redes preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Percebe-se no estudo de Zeferino *et al.* (2016) a desresponsabilização dos trabalhadores entrevistados no atendimento a situações de crise no contexto psicossocial, em que o usuário

chega em crise e é encaminhado diretamente para internação psiquiátrica ou em hospital geral, sem ao menos uma tentativa de compreensão desse sintoma.

Destaca-se também a dificuldade dos usuários em acessar os CAPS AD, em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro. Observaram-se barreiras importantes de acesso como: a ausência do funcionamento por 24 horas, escassez de psiquiatras nas equipes multiprofissionais e a difusão de serviços privados, de caráter religioso e filantrópico. A ineficiência dos CAPS AD somada ao crescimento de instituições públicas e privadas que visam a exclusão social potencializa a lógica de que a única forma de cuidado às pessoas que usam drogas é permanecer em locais isolados por longos períodos, novamente, indo de encontro com os direitos humanos e com o modelo psicossocial vigente enquanto política pública de saúde (RIBEIRO, *et al.*, 2016).

Através do estudo realizado com vistas a encontrar associação entre o aumento da cobertura CAPS e da Atenção Primária em Saúde com a redução das internações psiquiátricas nas regiões metropolitanas das capitais de São Paulo e Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2015, foi observada a redução do número de internação em todos os grupos de diagnósticos de transtornos mentais estudados, exceto para o grupamento de álcool e outras drogas (MILIAUSCAS, *et al.*, 2019).

Ao nos referirmos a crises relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, torna-se fundamental um olhar clínico acerca dos sintomas, os quais envolvem características físicas e psíquicas que as substâncias produzem e, em muitas situações, como na intoxicação e na abstinência, colocam a vida de pessoas em risco. As crises de agitação psicomotora, autoagressão e heteroagressão, relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, podem ser consequências do efeito perturbador de algumas drogas que afetam a função neurológica, cardiológica e respiratória, desta forma, é fundamental possuir recursos e equipes qualificadas para atendimento de crise neste contexto (BRASIL, 2015).

Essa perturbação pode ser algo apenas do momento da intoxicação, bem como pode haver comorbidades relacionadas a possíveis transtornos psiquiátricos, sendo de fundamental importância a investigação da crise, a partir do acompanhamento do usuário, para a condução de um tratamento adequado. Quando não se identifica a comorbidade, há maior possibilidade de o usuário vivenciar situações de risco, como ideação suicida, agressividade contra si e contra

outras pessoas e recaídas no uso de substâncias, sendo um fator complicador no tratamento, o qual aumenta a utilização de serviços médicos (ARAÚJO; CAETANO, 2021).

Nos momentos de crise que permeiam o campo da saúde mental AD, características clínicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas deverão ser levadas em consideração durante a avaliação psicossocial, porém tal aspecto não é o suficiente para delimitar a sua gravidade e a urgência. Os eixos rede social de suporte e sua subjetividade apresentam implicações na modulação do grau de urgência e são decisivos para a realização de intervenções (BRASIL, 2015).

Na pesquisa desenvolvida por Batistella (2019), orienta-se que, para um olhar baseado na clínica ampliada com foco na atenção a situações de crise psíquica, a internação não pode ser considerada a finalidade do cuidado em saúde mental e reforça o apoio da família como fundamental na construção de um cuidado em território, a fim de evitar internações desnecessárias e promover a construção e o fortalecimento do paradigma psicossocial de atenção.

Desta forma, mostra-se essencial a compreensão de situações de crise para além da agudização da sintomatologia psiquiátrica, a qual precisa ser combatida e silenciada, mas também como um processo vital do ser humano, o qual necessariamente vai passar por situações traumáticas na experiência que é viver, podendo ser classificada como um momento de instabilidade emocional ou perpetuar por longos períodos, afetando o corpo e suas relações com o mundo. A crise, para além do sujeito, também afeta pessoas de seu convívio, e emerge devido a aspectos históricos, familiares e sociais.

Para a construção de um cuidado em crise, de acordo com o modelo psicossocial, torna-se fundamental a escuta de toda família ou daqueles que o usuário considera família, para que esse cuidado não inicie e termine na crise, mas que também envolva suas relações.

O estudo de Neves & Omena (2016) vai ao encontro da pesquisa de Magalhães (2018), uma vez que elenca grupos familiares e terapia familiar como ferramentas importantes para instrumentalizar familiares para lidar com situações de crise no contexto das psicoses, de forma a construir um PTS em conjunto com a família, em que existam espaços de compartilhamento de suas emoções para redução da sobrecarga, bem como para estimular a corresponsabilização pelo cuidado.

A família pode ser um elemento/fator que contribui para o momento de crise do usuário, bem como as ações deste usuário influenciam no adoecimento psíquico de familiares, dessa forma os trabalhadores do CAPS precisam perceber a família não só como aliada no processo de atendimento ao usuário, mas também como formada por pessoas que por vezes necessitarão de cuidados.

É evidenciado no estudo de Constantino & Andrade (2015) a não aderência dos familiares, mesmo quando convidados pelos trabalhadores do serviço, para comparecer nas atividades ou para algum atendimento familiar. No texto, os autores constroem uma reflexão que as ações dos trabalhadores em saúde não devem estar focadas apenas em um mecanismo de oferta-demanda, ou seja, somente quando o profissional avalia uma demanda específica e aciona o familiar para atendimento no serviço. Para eles, as ações dos trabalhadores em relação à família devem ser focadas na micropolítica do cotidiano, em que ocorram momentos de encontros com os familiares para além de uma relação de necessidade, promovendo aproximações com o serviço de forma interdisciplinar, com foco no cuidado e não como cobrança.

Além da família, existem outros eixos essenciais para atenção integral ao usuário em crise psíquica, os quais influenciam e são influenciados pelo todo. No momento atual, além dos problemas sociais anteriormente enfrentados como a fome, a pobreza e a dificuldade de acesso das pessoas às políticas sociais de saúde, educação e assistência social, estamos vivendo a pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, a qual teve início em 2019, na cidade de Wuhan na China, e se disseminou por todo globo, gerando uma crise sanitária sem precedentes, contribuindo para o aumento destas iniquidades, bem como para morte de mais de 600 mil pessoas no Brasil.

Evidencia-se em um estudo que usuários pesados de álcool e outras substâncias estão socialmente e fisiologicamente mais vulneráveis a infecções geradas pela COVID-19, pois comumente apresentam menor nível de suporte social, instabilidades habitacionais e baixa renda, dentre outros problemas sociais e de saúde física. Desta forma, identifica-se que o período de isolamento social decorrente da COVID-19 agrava fatores pré-existentes, que podem causar crises psíquicas, a partir do aumento do uso de álcool, recaída no uso de substâncias e pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de outros problemas mais graves relacionados ao uso de álcool (CLAY; PARKER, 2020).

Outras iniquidades sociais que influenciam na agudização do sofrimento psíquico são encontradas na literatura, principalmente no corpo de minorias sociais, daqueles que vivem à margem da sociedade e dos núcleos de poder como, por exemplo, as mulheres em situação de rua.

No estudo qualitativo realizado por Ribeiro (2020) mostra-se que a violência sofrida através da trajetória de vida associada à pobreza, à presença de transtorno mental, ao uso de drogas e a fragilidades de vínculos familiares revelam fatores desencadeantes para o aumento do sofrimento psíquico, o qual contribui para que mulheres que antes viviam em casa nesse contexto de dificuldade tomem a decisão de ir morar na rua como alternativa de fuga desse ambiente de sofrimento. Entretanto elas se deparam com uma realidade ainda pior, em que o sofrimento se torna ainda mais agudizado pelas adversidades na tentativa de sobrevivência, em um ambiente atravessado pela extrema pobreza, por preconceito, invisibilidade social, barreiras para o mercado de trabalho formal, violação de direitos humanos e demais violências sofridas, incluindo a do Estado.

No momento em que a cultura, aspectos sociais e familiares são avaliados por trabalhadores em uma situação de crise, há uma descentralização do olhar único sobre o indivíduo em situação de crise, o qual por muito tempo foi considerado como produto e produtor do seu adoecimento psíquico. Dessa forma, há uma inclusão de outros fatores que desencadeiam uma situação aguda de sofrimento psíquico, resistindo à simplificação no próprio sintoma (DELLA'ACQUA G; MEZZINA, 1991).

Portanto, no contexto de atenção à crise em álcool e drogas, torna-se fundamental o olhar acerca de questões clínicas e psiquiátricas, porém o enfoque precisa transcender o sintoma, compreendendo-o como um momento de desequilíbrio, sofrimento e reflexão do sujeito, em que pode ser necessária a prática de intervenção devido à gravidade, bem como ser considerado um momento vital na vida do indivíduo, fundamental na experiência mundana para organização e reinvenção de suas ações no mundo da vida, esta permeada por influências culturais, familiares e demais relações sociais, as quais influenciam e são influenciadas no processo de crise.

Na categoria concreta “ações dos trabalhadores no atendimento à crise”, emergiram as seguintes subcategorias: o trabalho em equipe no atendimento a situações de crise; o manejo verbal e o vínculo como forma prioritária de cuidado; as motivações dos trabalhadores na

execução da contenção química e na contenção mecânica protetiva; a construção do trabalho em rede.

Para iniciar um processo reflexivo acerca desta categoria, retorno ao conceito de relacionamento social descrito por Alfred Schütz, a fim de compreender a relação estabelecida entre trabalhador, equipe e usuários.

Os relacionamentos sociais entre os sujeitos ocorrem de forma direta e indireta. A relação é direta quando ocorre a orientação para o *tu*, ou seja, quando o sujeito em seu modo puro reconhece o outro indivíduo como uma pessoa, desta forma, o *eu* compreende a existência da outra pessoa, da mesma forma que a sua (SCHUTZ, 1979).

A orientação para o *tu* pode ser unilateral, quando apenas um dos dois percebe a presença do outro, ou recíproca, em que ambos os sujeitos estão conscientes da existência um do outro. A partir da orientação para o *tu* acontece a relação face a face, na qual os sujeitos são conscientes um da existência do outro (relacionamento social diretamente vivenciado) compartilhando o tempo e espaço comuns (SCHUTZ, 1979).

Em um momento de crise psíquica, o trabalhador estabelece um relacionamento direto com o usuário, ambos conscientes da existência um do outro, estabelecendo uma relação face a face, em que os dois compartilham do mesmo tempo e espaço em um mundo intersubjetivo e consciente um do outro, mas cada um possui sua subjetividade e história própria, em uma relação compartilhada por “nós”, de tal maneira que seja possível atuar em relação ao meu semelhante e eles também possam atuar em relação a mim, estabelecendo múltiplas relações sociais entre eles (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

No atendimento de crise é necessário que haja uma relação face a face realizada entre os membros da equipe com o usuário e, quando possível, com a família. Por vezes, tal relação enfrentará dificuldades, pois mesmo em um mundo compartilhado por “nós”, a subjetividade dos atores envolvidos torna o processo singular e complexo, em que a equipe, a partir do seu estoque de conhecimento, precisará encontrar caminhos possíveis para realizar uma aproximação com o usuário que precisa de cuidados imediatos, identificando riscos, avaliando sintomas e observando o ambiente ao redor.

Entretanto, quando a relação de familiaridade é estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário, a escuta é o ponto de encontro de dois sujeitos, ambos conscientes um da

existência de outro, em que, a partir disso, conseguem construir uma relação de benefício mútuo.

Através da análise compreensiva dos discursos dos trabalhadores, é possível evidenciar a contenção mecânica protetiva como algo que gera angústia e sofrimento para a equipe, em que a justificativa da proteção da equipe e do usuário torna-se a principal justificativa para o uso desse mecanismo.

Em um estudo realizado por Nascimento (2014), relacionado à relação de tutela dos profissionais do judiciário em relação aos adolescentes, afirma-se que o discurso de proteção é justificado desde as mais ingênuas intervenções dos profissionais até as práticas opressivas, impregnadas de ações coercitivas, que podem estimular a dependência, o controle e a tutela.

Para Campos (2011) existe uma tendência dos profissionais em saúde a “darem algo” e não a “provocarem algo” nas populações que procuram atendimento. O ato de pensar junto com as populações implica um contato com os processos subjetivos das pessoas e dos coletivos envolvidos, como também com a própria subjetividade, relacionado aos seus próprios medos, defesas, desejos e resistências. É necessário realizar um exercício permanente de diferenciar “ser responsável por alguém” do “apoiar alguém dentro da liberdade de decisão do indivíduo”.

No estudo de Zeferino *et al.*, (2016), em alguns relatos observados em entrevistas com trabalhadores de um CAPS III, o cuidado caracteriza-se como tutelador, em que, em alguns momentos, torna-se evidente que o sujeito é caracterizado como aquele que precisa ser tratado por outro, que precisa receber medicação, ser observado e não como alguém que sabe da sua doença, que é capaz de tomar decisões.

Tal afirmação que relaciona a atenção à crise de forma tutelada, é evidenciada quando há um uso de forma abusiva de medicamentos psicotrópicos por profissionais da saúde, os quais utilizam a sedação para contenção rápida dos sintomas causados pela crise, sem que ocorra o respeito ao tempo que o usuário precisa para manifestar seu sofrimento. Após anos de uma população que não conviveu em sociedade com a loucura, deparar-se, na atualidade, em âmbito social, com as manifestações de crise psíquica é difícil, angustiante e complexo, pois carrega consigo todo o estigma social historicamente construído por velhas práticas de “cuidado”. Desta forma, tudo que foge do normal precisa ser reestabelecido de prontidão (BONFADA; GUIMARÃES 2012).

As ações de contenção mecânica e química como forma de cessar o sintoma da crise, segundo Kinker e Moreira (2021), têm relação para além da diminuição do sofrimento do usuário, pois também envolvem os sentimentos do trabalhador em saúde, o qual tenta transformar um problema complexo em algo simples de ser resolvido devido à dificuldade de suportar a própria angústia relacionada ao contato com o outro que está vivendo tal experiência.

Além da relação de tutela de trabalhador com o usuário, da simplificação e da redução da situação de crise ao próprio sintoma, bem como da angústia do trabalhador frente ao fenômeno crise, é preciso destacar que há também o estigma social acerca da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, em uma sociedade que define esse grupo como pessoas perigosas, violentas e como as únicas responsáveis pela sua condição (RONZANI, *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado a partir da percepção de pessoas que utilizam maconha, cocaína e crack em relação ao estigma, evidenciou-se que serviços da política pública, os quais eram para ser protetivos para os usuários, em muitas situações, contribuíram para reforçar estigmas e criar barreiras para a ressocialização, colaborando para o aumento do consumo de drogas. Também foi identificado que o estigma relacionado ao uso de crack é maior quando comparado ao uso de outras drogas, gerando ações mais punitivas contra o usuário, intensificando-se ainda mais quando os estigmas se sobrepuseram como, por exemplo, em classes sociais mais baixas, em relação ao gênero, e também quando as pessoas internalizam os estereótipos a eles atribuídos, neste caso, potencializando o processo de exclusão social (GONÇALVES, 2019).

Para compreensão do fenômeno deste estudo em relação às movimentações dos trabalhadores na atenção à crise, retorno aos conceitos de Schütz sobre conduta, ação e trabalho. A conduta está relacionada às experiências singulares, que são significados da nossa vida espontânea. O significado de ação é quando a conduta está baseada em um projeto preconcebido, ou seja, algo que é previamente organizado e premeditado. Já o trabalho trata-se de uma ação que depende do movimento do homem, é uma ação do mundo exterior, com base em um projeto, e tem a intenção de realizar o estado das coisas projetado (SCHUTZ, 1979).

Podemos observar que o trabalho integra as dimensões relacionadas ao tempo presente, passado e futuro, remetendo a outros conceitos de Schütz denominados de *projeto*, *ação* e *ato*. O projeto é a antecipação da conduta humana por meio da imaginação, é a fantasia antecipada do ato; a ação é a conduta preconcebida baseada em um projeto e o ato é o resultado desse processo, é a ação realizada (SCHUTZ, 2003).

Desta forma, é possível observar a ação como um comportamento motivado, motivos esses classificados por Schütz em dois conjuntos: *motivos para* e *motivos porque*. Os *motivos para* referem-se ao futuro da ação, ou seja, para qual objetivo final eu realizo determinada ação. Os *motivos porque* referem-se às experiências passadas do sujeito, assim, tais experiências determinam que a pessoa aja como agiu (SCHUTZ, 1979).

A atenção à crise na perspectiva de álcool e outras drogas é uma ação marcada por estigma, preconceito e periculosidade e estão associadas aos *motivos porque*, associados ao acervo de conhecimento acumulado, transmitido pelos predecessores, à herança cultural e à história pessoal. Apesar das motivações *porque* estarem vinculadas às experiências passadas, os atores não as têm de forma consciente enquanto atuam, sendo possível somente através da reflexão de perspectiva.

Tais características são construídas no âmbito social dos trabalhadores e suas ações advêm desta experiência. Portanto, torna-se essencial o exercício reflexivo ativo, compartilhado pelos trabalhadores do serviço, a fim de potencializar práticas disruptivas em saúde mental, para que o usuário seja visto em sua integralidade e subjetividade, de forma a reduzir a simplificação do sintoma a práticas de contenção mecânica e medicamentosa, para que discursos de proteção não se tornem o principal fio condutor de práticas manicomializadas travestidas por uma narrativa de cuidado e proteção ao usuário.

Para modificar este pensamento manicomial de ruptura de sintomas, a fenomenologia propõe que é necessário ir além da análise reflexiva-racional, tornando-se fundamental um olhar pré-reflexivo, ou seja, um olhar para os sentimentos e suas afetações de todos os atores envolvidos: usuários, familiares/acompanhantes e trabalhadores da saúde. Perguntas relacionadas à autocrítica dos atores envolvidos (o que sente e como reage cada ator envolvido em uma situação de crise? O que mobiliza nossas decisões e nossos encaminhamentos?) são fundamentais para compreensão de suas ações no mundo da vida e possibilitam a construção de uma nova realidade mundana (KINDER; MOREIRA, 2021).

Este processo reflexivo não pode estar somente vinculado aos trabalhadores dos CAPS, mas sim a outros atores da RAPS envolvidos no cuidado com o usuário, pois a atenção à crise de pessoas que usam álcool e outras drogas, a qual pode manifestar características clínicas e psíquicas graves, exige a atuação de diversos serviços da rede, a fim de promover um cuidado intersetorial baseado nas necessidades do usuário.

Após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e da concepção do cuidado em saúde mental centrado na pessoa e em liberdade, com o tempo, novos arranjos foram reorganizados a partir da necessidade do cuidado em rede de serviços de saúde, para além do serviço substitutivo. Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de potencializar os diferentes pontos de atenção e possibilidades de arranjos e intervenção em saúde mental. Este novo modelo prevê que as pessoas em sofrimento psíquico e que usam álcool e outras drogas tenham garantia de atendimento nos CAPS, na APS, no SAMU, em Unidade de Pronto Atendimento, no Pronto Socorro e em hospitais gerais, com o objetivo de articulação entre os diferentes pontos de atenção, visando a atenção qualificada às situações de crise conforme a necessidade do usuário (CRUZ, *et al.*, 2019).

Portanto, é perceptível neste estudo as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores dos CAPS na construção de rede com o SAMU e com a Brigada Militar⁷ - a qual deve ser acionada devido à orientação do fluxo municipal da prefeitura de Porto Alegre - quando há situações de crise psíquica que envolvem intoxicação aguda por uso de substâncias psicoativas, agitação psicomotora com risco de autoagressão e heteroagressão.

No estudo de Oliveira *et al.* (2020), entende-se a atenção a situações de crise realizada pelos trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência como um ato mecânico, os quais conceituam pouco suas práticas em aspectos subjetivos e afetivos, produzindo um olhar reducionista, focado no sintoma e na doença. Também, nesse mesmo estudo, torna-se evidente a falta de educação permanente e de cursos relacionados à temática de saúde mental, bem como a deficiência da escuta qualificada somada ao uso indiscriminado de contenção mecânica e química.

A palavra “urgência” determina a ocorrência imprevista de um agravo à saúde, em que não há uma causa definida, ocorrida em qualquer local e motivada por qualquer circunstância, em que o indivíduo em apuros necessita de assistência médica imediata, a fim de reduzir um potencial risco de morte. A emergência caracteriza-se pela constatação médica de um determinado agravo em saúde, o qual indica um risco iminente à vida ou um sofrimento intenso, necessitando, portanto, de uma avaliação médica imediata para identificar a gravidade do quadro. Do ponto de vista psiquiátrico, podemos compreender como emergência a manifestação

⁷Brigada militar é como a polícia militar é chamada no estado do Rio Grande do Sul, sendo caracterizada pela força de segurança pública estatal que tem por função o policiamento ostensivo.

de um distúrbio de pensamento, emoção ou comportamento, para o qual se faz necessária uma abordagem médica para reduzir maiores comprometimentos à saúde psíquica, física e social, de forma a eliminar possíveis riscos à vida da pessoa e de terceiros (DASSOLER; PALOMBINI, 2020).

Tal abordagem citada acima, hegemônica na clínica médica, encontra limitações ao ser confrontada pela compreensão de crise do modelo psicossocial de atenção, o qual pauta a subjetividade como ação terapêutica, que, quando exercida por trabalhadores, redimensiona o viés diagnóstico da crise quanto ao objetivo e à direção clínica a serem estabelecidos (DASSOLER; PALOMBINI, 2020).

Tais objetivos clínicos, após o atendimento de crise, para Schütz (1979), tratam-se de expectativas futuras frente à ação, construídas a partir do estoque de conhecimento do indivíduo. Portanto, há de se compreender que a ação do trabalhador em saúde mental vai depender do lugar que ele ocupa na rede de saúde mental, bem como da lógica em que opera seus cuidados em saúde, isto é, se pautadas unicamente em protocolos e ações imediatas para esbatimento de sintoma psiquiátrico ou através da palavra e da escuta, com olhar subjetivo ao sofrimento vivenciado.

Contudo, não poderia deixar de elucidar que este estudo não tem o objetivo de afirmar que ações imediatas e psicofarmacológicas não se fazem necessárias em situações de crise grave, todavia, visa demarcar a importância que o discurso legitimado no campo psiquiátrico dotado de protocolos não são suficientes no cuidado a pessoas em sofrimento mental agudo, tornando-se fundamental o olhar subjetivo para o contexto e uma sensibilidade do profissional em saúde para identificação de outras formas de intervenção e encaminhamentos.

Uma das dificuldades elencadas para manutenção de mais aproximação de um cuidado integral e em redes de atenção à saúde é a relação da crise com a periculosidade, exigindo, portanto, a atuação da polícia para o enfrentamento de um atendimento de urgência e emergência em saúde mental.

Em um estudo qualitativo realizado no Recôncavo Baiano, demonstrou-se que as intervenções citadas pelos profissionais do SAMU são baseadas em contenções físicas e químicas e, na maioria das vezes, em conjunto com a polícia. Nesta construção de atendimentos entre SAMU e polícia, há um prejuízo na relação entre profissional de saúde e usuário, o qual se assusta ao ver a polícia, o que dificulta o atendimento no momento de crise, todavia, a

parceria com a polícia é justificada, sendo defendida a partir da premissa de proteção aos trabalhadores de indivíduos potencialmente agressivos e violentos (SOUZA, *et al.*, 2019).

O estudo de Pinho *et al.*, (2018) identifica, através da perspectiva de familiares, usuários e trabalhadores, como é realizado o atendimento pelo SAMU a pessoas que usam crack em um município do estado do Rio Grande do Sul. Essa população refere que o atendimento do SAMU às situações de crise relacionada ao uso de crack é fundamental, porém avalia que as ações são desarticuladas entre os componentes da rede, principalmente na interlocução entre a SAMU e a obrigatoriedade do acompanhamento da Brigada Militar para realização desse tipo de atendimento. Os autores afirmam que a presença da Brigada Militar muitas vezes é traumática para usuário e família. Esse estudo, assim como o de Souza *et al.* (2019), relaciona a presença da polícia como algo que remete a experiências negativas, anteriormente vivenciadas em abordagem policiais repressivas e violentas, além de reforçar o caráter punitivo, relacionado ao controle da criminalidade que a polícia carrega consigo. Desse modo, sugere-se que os profissionais que trabalham nos serviços de SAMU possam e devam atender sem o poder policial, em que estejam capacitados para realizar as medidas de intervenção necessárias e solicitar o auxílio de outros setores, em caso de situações de risco para a equipe, e não de forma indiscriminada.

Minozzo e Costa (2013) afirmam que deve haver uma ruptura na relação construída entre crise e periculosidade, pois isso pode afastar os profissionais de saúde da escuta ao usuário. Conforme avaliado nesse estudo, a crise assusta os profissionais que atuam em equipes de saúde da família devido à relação construída a partir do contexto histórico e social de que o louco é agressivo e perigoso, sendo a crise o momento em que a discriminação torna-se mais evidente, devido à exacerbação dos sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. Tal estigma para os autores contribui para o afastamento da APS no atendimento à crise psíquica em contexto comunitário.

A atenção à crise, no contexto de mudança paradigmática, é considerada um dos aspectos mais difíceis e estratégicos da Reforma Psiquiátrica, devido à concepção social da história da psiquiatria, que instituiu a intolerância aos comportamentos diferentes e a exclusão desses corpos como justificativa de segregar o diferente e proteger a sociedade (WILLRICH, 2016).

Para Willrich *et al.*, (2013), o caminho para o acolhimento de forma a utilizar os dispositivos territoriais deve ser através de liberdade, reciprocidade, contratualidade e responsabilização, a fim de produzir novos sentidos e, porventura, novos formatos de atenção à crise nos serviços substitutivos, para que haja uma superação do manicômio e dos sentidos de exclusão e periculosidade que este representa.

Na categoria concreta “sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise”, emergiram as seguintes subcategorias: sentimentos reverberados no atendimento à crise e frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise.

O processo de trabalho é permeado pelo vivido de cada trabalhador, o qual se encontra em uma situação biográfica determinada, não apenas relacionada ao espaço físico, como também relacionado ao status e ao papel social, além de sua posição moral e ideológica. Torna-se fundamental o olhar acerca da situação biográfica do trabalhador, percebendo-o com um sujeito que tem uma história, formada por todas as experiências anteriores, sendo estas constituintes do seu estoque de conhecimento à mão, formado por um código de interpretações em que são abrangidas suas experiências passadas e presentes, ocorrendo, a partir destas, a antecipação referente às coisas que virão.

Desta forma, a percepção sobre quem somos é baseada nas nossas experiências, as quais são aliadas ao momento presente e vão ser formadoras para nossas projeções futuras. Para o trabalho em saúde, este movimento de autoconhecimento em relação aos afetos dos trabalhadores no atendimento à crise é fundamental, já que, assim, é possível compreender o trabalhador na sua singularidade, entendendo a maneira que o trabalhador sente e como lida com seu sentimento no momento de crise do usuário, pois isso é imprescindível para a construção da relação face a face com o usuário, sendo essa relação a ponte para uma intervenção baseada na escuta e no acolhimento.

Em um estudo realizado com profissionais de um serviço de atendimento pré-hospitalar, o medo é recorrente na fala dos participantes do estudo no atendimento à crise psíquica. Desse modo, é percebido que a representação da loucura ainda reflete no imaginário social, trazendo incômodo por aquele que compartilha a experiência do outro, por representar a incerteza e o desconhecido. Este dado também se orienta em uma perspectiva de que a loucura se expressa exclusivamente sob o sintoma psiquiátrico, ou seja, tem-se uma reprodução do senso comum sobre o fenômeno (ALMEIDA, 2014).

Observa-se que há uma permanência do discurso atrelado à periculosidade referente à loucura, em que o medo e a insegurança tornam-se os sentimentos mais presentes quando questionado sobre a crise na fala dos participantes.

O preconceito e o estigma são processos sociais bastante parecidos, os quais podem resultar em discriminação, envolvendo categorização e etiquetagem, estereótipos e rejeição social (PARKER, 2012). Tais rótulos negativos são barreiras importantes de atendimento na construção do vínculo entre trabalhador, usuário e família, impedindo que os profissionais realizem abordagens adequadas e humanas aos usuários, gerando como consequência baixos índices de busca e de adesão ao tratamento (SOUZA, 2010).

No caso de pessoas que usam drogas, o imaginário social da loucura é associado à criminalidade, ao envolvimento com o tráfico de drogas e, somado a isso, está a ideia de que a pessoa usa drogas porque deseja e que a interrupção do uso está ligada à força de vontade do usuário. No estudo de Bard (2016) realizado com usuários, familiares e trabalhadores, é evidenciado que há uma diferenciação do estigma referente à droga em que a pessoa utiliza, sendo o crack a droga que gera maior preconceito social, em que, além da sociedade, o próprio usuário crê que possui menor valor social, potencializando a exclusão social e a falta de assistência a essa população.

A autora supracitada identifica como primordial para melhoria na qualidade da assistência às pessoas que usam drogas a extinção de rótulos predeterminados pela sociedade em geral, sem medos e sem a ideia de que se relacionar com essas pessoas é um problema ou um perigo, sendo tarefa dos trabalhadores o desafio de mudar esse quadro (BARD, 2016).

Os trabalhadores têm o compromisso de olhar para seus próprios preconceitos e estigmas construídos ao longo da vida, para enfim acessar os usuários e junto com eles construir possibilidades de identificação para além do “sou um usuário de drogas”, potencializando novas formas de existência a partir do autoconhecimento, e não a partir do discurso dos outros (BARD, 2016).

Os sentimentos de angústia e tristeza em momentos em que precisam realizar a contenção mecânica são frequentes nas falas dos trabalhadores, demonstrando uma frustração e o sentimento de insuficiência quando não é possível realizar um atendimento baseado na palavra e na escuta.

Os estudos encontrados sobre contenção mecânica referem-se ao risco de autoagressão e heteroagressão, mas não foram encontrados estudos referentes aos sentimentos dos trabalhadores no ato de conter, como demonstrado neste estudo. Dito isto, nesta pesquisa trago os estudos que reforçam o cuidado a partir da palavra e da escuta terapêutica como instrumento de intervenção e de criação de significados, com destaque à importância de identificar os sentimentos de trabalhadores que utilizam de contenções mecânicas no campo da psiquiatria, para identificar em que lógica operam e, então, estudar como construir novas realidades baseadas no modelo psicossocial de atenção.

Em um estudo com adolescentes que vivenciaram processos de crise, é evidenciado que, no momento em que eram escutados pela equipe de saúde, sentiam-se mais organizados e compreendidos em relação ao sentimento de angústia experimentado. Desse modo, abre-se espaço para a construção de novos significados para crise, criando possibilidades conjuntas, dados através da relação entre trabalhador e usuário. Assim, possibilita-se, na concretude, o enfrentamento à crise de outras formas que não acarretem risco a si e que não haja necessidade de uma abordagem ativa de ruptura do sintoma – como na contenção mecânica - por parte da equipe de saúde (ROSSI *et al.*, 2019).

A abordagem através da palavra precisa ser observada identificando a subjetividade dos sujeitos. Schütz (1979) traz o conceito de mundo intersubjetivo, em que construímos experiências sociais, como anteriormente explicado, em um mundo em que cada um apresenta sua situação biográfica e carrega seu estoque de conhecimento à mão, ou seja, a prática em saúde mental precisa ser realizada em contato com o outro, inclusive considerando a diferença existente em relação entre *nós*. Todavia, tal compreensão ainda é um impasse importante no trabalho em saúde mental, pois há uma dificuldade do profissional de lidar com a subjetividade do outro, por vezes com valores e experiências diversas das suas, gerando frustrações aos trabalhadores que operam neste campo.

Neste estudo, é evidente a frustração dos trabalhadores frente à relação que a família estabelece com o serviço, referente à má aderência do usuário às orientações do trabalhador e referente à própria prática profissional. Ainda, eles avaliam a falta de capacitação e a insuficiência para lidar com situações de crise. Desse modo, é analisado por Carvalho *et al.* (2019) que os sentimentos de impotência e sofrimento que surgem nos chamados “maus encontros” paralisam os trabalhadores nas suas possibilidades de cuidado em saúde mental. Os

chamados “maus encontros” estão relacionados à quebra da expectativa do trabalhador em saúde, o qual não tem um resultado terapêutico conforme o esperado, ou acontecem quando sente-se insuficiente perante o sofrimento vivenciado pelo usuário, demonstrando falta de técnica para realização do cuidado em saúde mental.

A expectativa que criamos também engloba aquilo que somos e aprendemos na experiência do mundo da vida, todavia, para nos aproximarmos da vivência do usuário para de fato compreendê-lo, é necessário que o trabalhador se afaste de posições autocentradas e abra um caminho de conexão e escuta, para que, a partir da subjetividade, seja possível pensar de forma coletiva outros caminhos de cuidado.

A valorização dos afetos é prática política, na tentativa de respeitar as subjetividades dos usuários em crise. Em uma das falas dos participantes deste estudo, foi evidenciada a necessidade de não sentir, como se fosse possível tal experiência, como tentativa de mecanizar o atendimento da crise, em que não há muito tempo para pensar, e atitudes como práticas de contenção química e física devem ser realizadas rapidamente, para proteção do usuário e da equipe.

No momento em que o trabalhador, na experiência social, vivencia uma relação com seu semelhante em uma situação de crise, na qual o usuário é visto somente a partir do viés do sintoma apresentado, não havendo uma consciência ampliada referente ao sujeito que vá além do aspecto crise, percebe-se o estabelecimento de uma relação de anonimato, conforme o conceito de experiência social elaborado por Schütz.

A experiência social perpassa relações vivenciadas com seres semelhantes a mim. A relação com o outro é construída em diferentes aspectos e níveis de proximidade, profundidade e anonimato, ou seja, os sujeitos com quem me relaciono podem ser meus parentes, amigos, ou até mesmo meros desconhecidos (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Na relação de anonimato, o outro é destituído de significado para mim, ou seja, nesse tipo de relacionamento social, o outro não é percebido em sua singularidade, ele é apenas “um alguém”, “mais um entre tantos”, havendo uma despersonalização do sujeito. Quanto mais anônimas forem as relações entre trabalhadores e usuários, menores serão as possibilidades de compreender as subjetividades do outro, e menores serão as informações retidas como importantes nessa relação (SHUTZ; LUCKMANN, 2003).

O olhar acerca das singularidades, o qual permite que o trabalhador possa identificar as realidades de cada usuário, em cada contexto no momento presente do encontro entre duas pessoas, as quais atuam uma sobre a outra, gerando um momento de expectativas e produções é chamado por Merhy (2002) de “trabalho vivo em ato”. Esse trabalho vivo é constituído de forma a priorizar as chamadas tecnologias leves, as quais referem-se à produção de vínculo, acolhimento, automatização e gestão como estratégia de organização do processo de trabalho. O trabalho mecânico, que acontece exclusivamente por meio de protocolos, em que trabalhadores tentam fugir dos sentimentos que permeiam o mundo do trabalho, com ausência da prática reflexiva sobre os atos, apenas operando o corpo como se uma máquina fosse, é chamado pelos autores de trabalho morto.

O referencial de Schütz, aliado ao pensamento contemporâneo de Merhy, nos ajuda a entender a importância da compreensão das afetações do trabalhador frente ao trabalho cotidiano, o qual não pode ser visto como um máquina de atendimentos, mas como um sujeito que afeta e é afetado pelo cotidiano, composto por uma história prévia, dotado de um saber e de uma subjetividade única, para a construção de um processo de cuidado em saúde de forma integral, com respeito a singularidades e com foco na construção do vínculo.

Na categoria concreta “intenções dos trabalhadores no atendimento à crise”, emergiram as seguintes subcategorias: o bem-estar e a diminuição do sofrimento, proteção da equipe e do usuário e encontrar significados para crise.

O referencial da fenomenologia social orienta que todo sujeito possui intencionalidade em suas ações, pois é reconhecido como um sujeito consciente, portanto, possui *um motivo para*. O *motivo para* é a intenção, o movimento que transforma uma previsão de uma ação em um objetivo e o projeto em um propósito. Quando não há intenção de realização, a ação projetada permanece uma fantasia, porém, se ela existe, pode chamá-la de ação proposital (SHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Quando analisadas as ações motivadas para uma ação futura dos sujeitos, reconhece-se, a partir da fala dos sujeitos, uma tentativa de demonstrar uma determinada necessidade. Portanto, quando é reconhecido e compreendido o principal objetivo de uma determinada ação do sujeito, é reconhecida, a partir disso, a concepção de sua necessidade, evidenciando o porquê de agir deste modo (SHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Neste estudo, os trabalhadores desejam que, após um atendimento de um usuário em crise, seja proporcionado um aumento do bem-estar, a partir da diminuição do sofrimento do usuário. Tais objetivos nem sempre são possíveis de serem alcançados, pois dependerá de como tal experiência será vivenciada no corpo do sujeito em crise e não da expectativa do trabalhador frente ao fenômeno.

Dessa forma, torna-se fundamental a capacitação profissional para compreensão do processo de crise no aspecto ampliado, no formato de educação permanente, em que seus afetos sejam considerados como importantes, compreendendo as subjetividades que permeiam os encontros, para evitar o adoecimento e a sobrecarga do trabalhador, bem como as ações intransigentes e autocentradas (MEHRY, 2002).

A proteção do usuário é a razão mais frequente sinalizada pelos trabalhadores para uma ação futura de contenção mecânica protetiva. Os discursos de fato sinalizam tal recurso como última opção a ser concretizada.

No estudo de Mantovani *et al.* (2010), consta a importância de não adotarmos ações precipitadas a partir do imaginário social que um determinado sujeito representa, mas sim a partir da escuta de seus sintomas no momento da crise. Reforça que, para casos extremos, em que a contenção seja necessária, é importante pensar no planejamento da ação, olhar para o ambiente e organizá-lo, para que o procedimento seja realizado de forma segura para o usuário e para os trabalhadores.

Em contrapartida, é essencial o processo reflexivo ativo entre os trabalhadores que compõem as equipes de saúde mental, pois, conforme o estudo de Willrich *et al.* (2013), as sensações de insegurança dos trabalhadores podem levar a práticas de contenção mecânica e medicamentosas desnecessárias, por não reconhecerem outras formas possíveis de realizar um manejo durante situações de crise.

Portanto, torna-se fundamental olhar para além do sintoma, isto é, para a busca de seus significados na vida do sujeito que os vivencia. Essa prerrogativa é um objetivo evidenciado na fala dos trabalhadores ao atender a crise psíquica, pois, a partir do encontro dos significados, dotados de múltiplas significações, é possível intervir para além do momento de crise, analisando os principais pontos de dificuldade produtores de sofrimento na vida do sujeito para que, a partir disso, construa-se coletivamente caminhos de intervenção.

A crise do adolescer e da velhice, situações socioeconômicas, conflitos familiares, alterações neurobiológicas, uso de álcool e drogas e transtornos mentais. Cada situação citada, bem como diversas possíveis causas de sofrimento identificadas precisam ser analisadas pelo trabalhador em saúde, sendo estas abordadas de forma multidisciplinar, considerando a análise de sintomas, mas sem deixar de investigar possíveis causas de relações sociais (ROSSI *et al.*, 2019).

Ações em conformidade com o modelo psicossocial e ações relacionadas ao modelo médico centrado são representações do estoque de conhecimento dos trabalhadores, em que suas ações são inclinadas a partir de seus conhecimentos, experiências e vivências. O modelo psicossocial de atenção deve estar no cotidiano do serviço, no trabalho de educação permanente e também na micropolítica do cotidiano e na produção científica referente à importância do trabalho da clínica ampliada, que valorize o sujeito e não o sintoma, promovendo não apenas uma mudança no momento, mas pensando caminhos para construção de possibilidades a longo prazo, dentro das limitações e da realidade de cada um. Ainda, espera-se que as intenções sejam construídas a partir de lógicas que operam o cuidado comunitário, e não sob a ótica de exclusão e de controle.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paz sem voz não é paz, é medo (Marcelo Yuka, 1999)

A partir da frase do compositor Marcelo Yuka, inicio o processo de reflexão final deste trabalho, o qual se trata de um processo compreensivo das motivações das ações dos trabalhadores de um CAPS AD III, construído a partir da defesa da atenção psicossocial e dos direitos humanos, em que a palavra, a escuta e o acolhimento devem ser instrumentos utilizados por trabalhadores para produção de conforto, proteção e segurança em momentos agudos de sofrimento e angústia para o usuário, em que práticas de contenção mecânica e química não sejam utilizadas indiscriminadamente como tentativa de silenciamento aos sujeitos.

Neste estudo foi possível compreender os significados das ações dos trabalhadores da equipe multiprofissional no atendimento à crise em um CAPS AD, de forma a identificar as ações praticadas por trabalhadores e suas expectativas em situações de crise vivenciadas.

Em relação ao significado da palavra crise, foi possível identificar que os trabalhadores, apesar de apresentarem, em alguns discursos, conceitos centralizados no sintoma, grande parte dos participantes evidencia que a crise é um processo subjetivo e complexo, que envolve sujeito, família e sociedade, que contém em si múltiplos significados, os quais não necessariamente precisam estar atrelados à intervenção farmacológica e/ou física, mas de escuta e manejo verbal para compreensão deste significado e, a partir disso, construir caminhos possíveis para o tratamento do usuário no CAPS AD.

Referente às situações que envolvem uso de álcool e drogas, destacam-se, nos estudos, a importância de uma avaliação clínica frente ao sintoma apresentado, a fim de garantir assistência com foco na necessidade do usuário, evitando riscos e agravos em saúde determinantes para a vida do usuário.

Foi identificado que a rede de atenção psicossocial, com foco no SAMU, considera o atendimento em saúde mental de menor importância frente aos demais atendimentos clínicos em que atua, priorizando o manejo farmacológico e a contenção mecânica, de forma exclusivamente protocolar, sem espaço para escuta e acolhimento do usuário.

Nas ações de cuidado frente à crise, é percebido que as ações executadas referentes à contenção química e mecânica são atreladas ao medo e à insegurança de agressão física direcionado aos usuários e aos trabalhadores, bem como referente a condutas de autoagressão que o usuário possa realizar. Tais sentimentos foram relacionados ao histórico de periculosidade associado à loucura, resquícios de um modelo manicomial de assistência à saúde. Evidencia-se que a pessoa que usa drogas, além do estigma relacionado à loucura que carrega, também precisa lidar com o imaginário social que relaciona o uso de drogas com a criminalidade e que responsabiliza o usuário como único responsável por sua condição.

A relação face a face é percebida como fundamental no atendimento à crise, em que usuário e trabalhador conseguem juntos pensar estratégias de cuidado. Na análise das informações, foi possível evidenciar que o vínculo é um fator determinante para que a crise seja vivenciada pelo usuário e pelo trabalhador sem medidas extremas de contenção mecânica, além de gerar aproximação para que o cuidado seja efetivo e gere significados para o sujeito.

Ainda, o manejo verbal foi identificado como forma prioritária de cuidado, seguido do uso de psicotrópicos e somente em situações extremas considera-se necessário o uso de contenção mecânica protetiva.

Os trabalhadores ressaltaram que, quando há necessidade de realizar contenção mecânica, é um momento difícil para equipe, pois permeiam sentimentos de tristeza e angústia por não terem conseguido acessar o usuário de outras formas, além de temerem que o usuário perca o vínculo com o serviço. Tal atitude demonstra o comprometimento da equipe com a liberdade, com os sentimentos do sujeito, evidenciando que há engajamento da equipe na atenção à crise para além de um momento único e que visa o bem-estar do usuário.

As relações ditas por Schütz como de anonimato foram evidenciadas na tentativa de evitar os sentimentos e basear-se em um trabalho mecânico, em que não avalia processos subjetivos, porém tais discursos foram minoria entre os entrevistados.

Os motivos de frustrações foram relacionados à própria prática profissional, em que, por vezes, os profissionais sentiam insegurança em atuar no momento de crise. Também gerou motivo de frustração a não aderência do usuário ao tratamento proposto pelo serviço e a atuação da família neste processo de cuidado, a qual muitas vezes responsabiliza o CAPS e o usuário por todos os problemas, sem que haja uma reflexão em relação ao papel que ocupa.

O papel do ensino de graduação das universidades que relacionam o sujeito como puramente objeto de intervenção médica é apontado como fator importante referente à frustração do profissional quando o seu desejo em relação ao tratamento do usuário não é aderido por ele, gerando desgaste na relação terapêutica. Ressalta-se que o sujeito tem sua história, estoque de conhecimento permeado por relações sociais que divergem do trabalhador, sendo fundamental a compreensão da subjetividade e da construção de intervenções coletivas e não a elaboração de planos terapêuticos unilaterais.

A educação permanente mostra-se fundamental para mudança do *modus operandi* do imaginário social e do ensino verticalizado da graduação, para além de um processo educacional baseado no conteúdo, mas um processo ativo, em que haja troca entre os trabalhadores em relação aos casos e que sejam abordados os afetos que permeiam esses atendimentos.

Evidenciou-se que as intenções dos trabalhadores em relação ao atendimento de crise foram relacionadas às expectativas de diminuição do sofrimento, proteção do usuário, o não uso de práticas de contenção física e a produção de significados no momento de crise. Portanto, verifica-se que a preocupação com o usuário é presente no discurso dos trabalhadores, com a finalidade de promover assistência de qualidade, de forma respeitosa e a partir da perspectiva psicossocial.

O conceito da palavra crise neste trabalho é aquele que a considera um momento de dor, sofrimento e angústia intensos, que carrega em si um potencial de transformação e significado. Pode estar atrelado desde a conflitos existenciais, em que viver a experiência é vital para experiência humana, bem como a questões ligadas ao sofrimento intenso relacionado à intoxicação por uso de substância, fissura, abstinência, ideação suicida e agitação psicomotora, vivenciadas e influenciadas por um contexto de relações sociais, as quais podem impactar positivamente ou negativamente na vida do sujeito em crise.

A partir deste estudo e das informações emergidas pelo participante, avalio que este estudo atribui novos significados à crise psíquica em pessoas que fazem uso de drogas, além de trazer ações e sentimentos vivenciados por trabalhadores no momento de crise e impulsionar a educação permanente com foco nos serviços de saúde para qualificação de suas equipes, baseado no modelo psicossocial de atenção. A contenção mecânica também considero como foco fundamental deste estudo, a fim de servir de base para estudos futuros frente à investigação

destas práticas, para que não sejam utilizadas como instrumentos de controle e corpos, como infelizmente ainda é evidenciado na assistência à saúde.

Portanto, espera-se que a atenção à crise englobe reflexões subjetivas e que os CAPS assumam o protagonismo nesse cuidado, atuando diretamente na intervenção baseada na escuta, no acolhimento, somando-se à avaliação clínica e psíquica dos sintomas, realizando encaminhamentos, quando necessário, baseados no conhecimento científico associado ao cuidado em liberdade, com respeito às diferenças e aos desejos individuais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.B; NASCIMENTO, E.R.P; RODRIGUES, J; SCHWEITZER, G. Intervenções nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 67, n. 5, p. 14-708, set, 2014.

AMARANTE, P; TORRE, E.H.G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.52, n.6, p.1090- 1107, dez, 2018.

AMARANTE, P.D.C. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1993. cap. 131, p. 304-10: O existencialismo.

ARAUJO, R.B; CAETANO R. Comorbidades psiquiátricas e transtorno por uso de substâncias: uma visão global. Associação Brasileira de Estudos Sobre Drogas (ABEAD). Diretrizes para diagnósticos e tratamento de comorbidades psiquiátricas e transtorno por uso de substâncias. Curitiba: 1ª edição – Appris, 2021.

AHUMADA CRISTI, Miguel Antonio. Los Métodos Positivista Y Fenomenológico, Una Explicación Desde Las Ciencias Naturales Y Sociales. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 541–555, 2018.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BATISTELLA. F.S. Práticas em movimento: contradições no processo de atenção à pessoa em crise no campo psicossocial. 2019.107f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

BOFF, L. Crise oportunidade de crescimento. Campinas: Versus, 2002.

BONFADA, D; GUIMARÃES, J. Serviços de atendimento móvel de urgência e emergência psiquiátricas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.17, n.2, 2012.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política integral do usuário de álcool e outras drogas. Brasília-DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 366, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2013. Cadernos de Atenção Básica nº 34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Esta Portaria redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.588 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jan. 1998.

BRASIL. Crise e Urgência em Saúde Mental. Módulo 4. O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. Ministério da Saúde, UNASUS, Florianópolis, 2015.

BARD, N.D et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.24, 2016.

BAUER, M; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2º edição. Petrópolis: vozes, 2003.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 427/2012 Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em www.novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html. Acessado em 06 de janeiro de 2020.

CARVALHO, A.M.S.F. “Sinto, logo existo”: a escuta da experiência dos trabalhadores no cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família de Juazeiro-Bahia.2019.94f. Dissertação (mestrado profissional em saúde da família). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2019.

CAMATTA, M.V. Ações voltadas para a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativa de usuários e familiares.2010. 207f. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CLAY, J.M; PARKER,M. O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis?. **Lancet Public Health**, 2020. doi.org/10.1016/ S2468-2667(20)30088-8

CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção primária á saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n.12, 2011.

CRUZ, K. D. F; GUERREIRO, A.V. P; SCAFUTO. G. VIEIRA. N. Atenção a crise em saúde mental: um desafio para reforma psiquiátrica Brasileira. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, Belém, v.11, n. 2, 2019.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. **Anais**. Florianópolis, Ed. UFSC, 1984. p. 130-57.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**.2 ed. Londrina: 1998. 97p.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARDOSO, N; NUNES, J. R. Saúde Mental E Raça / Etnia : Um Estudo Acerca Da Questão Racial E Uso Abusivo De Álcool E Outras Drogas Nos Usuários / As Negros / As Atendidos / As No CapsadIII De Palmas / To. **Revista Humanidades e Inovação**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 71–86, 2019.

CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 83–88, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11691997000100010>

CONSTANTINIDIS, C. T; ANDRADE, A.N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n. 2, p. 333-342, 2015.

COSTA, P. C. P; GARCIA, A. P. R. F; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 1–7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>

COSTA-ROSA, Abílio da. **O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar**. In: AMARANTE, Paulo (org.), Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA, M.S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.59,n.1, p.94-108, 2007.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Trad. de Maria José J.G. de Almeida: Rio de Janeiro, Eldorado Tijuca, 1973

DELLA'ACQUA G; MEZZINA, R.. **Resposta à crise**. In: A loucura na sala de jantar. (pp. 53-79). São Paulo: Resenha, 1991.

DELEUZE, G. O abecedário de Gilles Deleuze. 1989. Disponível em: <https://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>. Acesso em: 29

dez.2020.

DIAS, M.K; FERIGATO, S.H; FERNANDES, A.D.S.A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.595-602, 2020.

DURKHEIM, É. As regras do método sociológico. 1. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1960.

DASSOLER, V.A; PALOMBINI, A. A atenção a crise na contemporaneidade: desafios a reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.44, n.3. p.278-291, 2020.

FARIA, J. G; SCHNEIDER, D. R. Relações entre racionalidade conservadora e pauperização do cuidado em CAPSad: um estudo de caso. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [s. l.], v. 11, n. 28, p. 1–25, 2019. Disponível em: <http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5206>

FERIGATO, S..H; CAMPOS, R.T.O; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FRANÇA, I.G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um Plantão de Emergência em Saúde Mental. **Psicologia ciência e profissão**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 146–163, 2005.

FORGHIERI, Y.C. **Fenomenologia do existir de urna professora universitária**. São Paulo, 1991. 195 p. Tese (Livre-Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2008.

FOUCAULT, M. Loucura, literatura, sociedade. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.232-258. 2006.

FOUCAULT. M. **A microfísica do poder**. São Paulo: Paz&terra. 2019.

GARCIA, A.M; COSTA, H.C.P. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 399-408, jun, 2014.

GALASSI, A. A Política do Ministério da Saúde na atenção às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos. **Boletim de análise institucional**, dez, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8881>.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas de manipulação de uma identidade deteriorada**. 4º edição. LTC: São Paulo, 2004.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde.3º Coordenadoria Regional de Saúde. Diretrizes e protocolos de atenção à crise em saúde mental: reflexões e suporte técnico-pedagógico para Redes de Atenção Psicossocial. Pelotas, 2021.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o Período 2000/2060 - Revisão 2018 e Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000/2030.

LIMA, S.S; TEIXEIRA, R.M; PINHEIRO, C.M O conceito de Crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 275-281, 2012.

LIMA, M; JUCÁ, V.J.S; NUNES, M.O; OTTONI, V.E. Signos, significados e práticas de manejo a crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun. 2012.

LOBOSQUE, A.M et al. Atenção à crise nos Brasis: uma experiência democrática de formação. **Caminhos do cuidado**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 50-62, jun, 2019.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, A.I.A. Estigma percebido em toxicodependentes: trajetória até o tratamento. 2017. 29 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2017.

MACHADO A.R, MIRANDA P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. Cienc. saúde**, Manguinhos, v.14 n. 3, p. 801-821,2007.

MANTOVANI, C, et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, 2010.

MACHADO L.V, BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.33, n.3, p. 580-595, 2013.

MAGALHÃES, J. S., LOPES, R. E., NÓBREGA-THERRIEN, S. M. e VASCONCELOS, S. B. Estratégias de enfrentamento de mulheres cuidadoras de pessoas com esquizofrenia. **Revista Online de Pesquisa Fundamental Care**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 793-800, 2018.

MARINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Periódicos eletrônicos em Psicologia**, Barbacena, v. 11, n.20, 2017.

MACEDO, J.P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.1, 2017.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**. Fundamentos e recursos básicos. 1. Ed São Paulo: Editora Moraes, 1989.

MILIAUSCAS, C.R. et al. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.24,n.5, p.1935-1944, 2019.

Minozzo, F; Costa, I. I. Apoio matricial em saúde mental: Fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.16,n.3, p. 438-450, 2013.

NASI, C; TOCANTINS, F.R; CAMATTA, M.W; SHNEIDER, J.F. Ações dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: perspectiva da fenomenologia social. **Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 481-488, 2015.

NASI, C. As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial.2012. 169f. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

NASCIMENTO, M.L. Crianças e adolescentes marcadas pela defesa dos direitos. **Revista Ecopolítica**, São Paulo, n. 8, jan-abr, pp. 19-40, 2014.

NEVES, A. S; OMENA, N. A. A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: Psicose e configurações vinculares. **Revista do NESME**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 65-80, 2016.

NONATO, A.C; KOBASHIKAWA, T; PIO, A.M; VERNASQUE, J.R.S. A apreensão e compreensão do conceito de necessidades de saúde para estudantes de um currículo ativo. **Revista Brasileira de Educação médica**, v.44, n.2, 2020.

Parker R. Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.1, p.164-9, 2012.

PEREIRA, M.N et al. Princípios da abordagem psicossocial e o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais e do uso de álcool, crack e outras drogas. In: MAZITELLI, F.et al(Orgs). Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico recorrente do uso de álcool e outras drogas em contexto de vulnerabilidade. Curitiba: CRV, 2015.

PEREIRA, E.C; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p. 1035-1043, set, 2012.

PINHO, L.B et al. Avaliação dos componentes da rede para o atendimento a usuários de crack. **Rev. Bras. Enfem**, Brasília, v.73, n.1, 2020.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: > http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686<. Acesso em: 23 de novembro 2020.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul. Disponível em: > http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=25&p_secao=837<. Acesso em: 23 de novembro de 2020.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Urgência e Emergência- Saúde Mental. Disponível em: > <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/urgencia-e-emergencia-saude-mental>. Acesso em: 23 de novembro de 2020.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927. Acesso em: 19 de março de 2022.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R.C *et al.* Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). **Revista Psicologia em Pesquisa**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 84–96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.24879/2017001100100215>

REIS, J.R.F. “De pequenino é que se torce o pepino”: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Hist. Cienc. Saúde**, Mangueiras, v.7,n.1, p.135-157, 2000.

RIBEIRO, J.M, et al. Access to treatment for those with alcohol, crack or other drug dependency problems - a case study in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.21, n.1, p. 71-81, 2016.

RIBEIRO, F.B. A saúde mental das mulheres em situação de rua. 2020. 181f. Dissertação (dissertação de mestrado). Escola Paulista de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

RODRIGUES, J.S; LIMA, A.F; HOLANDA, R.B. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. **Psicol. Cienc.prof**, Brasília, v.38,n.3, 2018.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI D; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

ROSSI, L. M, MARCOLINO, T. Q, SPERANZA, M, Cid, M. F. B. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.3, 2019.

SILVA, C.J. Manejo em situações de crise. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOUZA, M.A.P. Contenção mecânica: questões para reflexão e ação. 2014. 23 f. Especialização (linhas de cuidado em enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Souza AS, Pinho PH, Vera S, Cortes HM. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. **J. nurs. Health**, Pelotas, n.9,v.1, 2019.

SOUSA, P.F; MACIEL, S.C; MEDEIROS, K.T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n.2, p. 883-895 - Junho/2018

SILVA, M.L.B; DIMENSTEIN, M.D.B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.66, n.3, p. 31-46, dez, 2014.

SILVA, M.A. B; ABRAHÃO, A.L. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.

l.], v. 24, p. 1–14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190080>

SILVA, V. R.; OLIVEIRA, F. W. O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. **Trabalho educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 1421–1441, 2018.

SCHNEIDER, J.F; CAMATTA, M.W; NASI, C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre. v. 28, n. 4, p. 520–526, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23584>

SCHNEIDER, J.F NASI, C; CAMATTA, W.M; OLIVEIRA, G.C; MELLO, R.M; GUIMARÃES, A.N. O referencial Shutziano: contribuições para o campo da enfermagem e saúde mental. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n.12, p.5439-47, 2017.

Souza A.S; Pinho P.H; Vera S; Cortes H.M. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. **J. nurs. Health**, Pelotas, v.9, 2019.

Pinel, P. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

SEIXAS C.T, BADUY R.S, CRUZ K.T, BORTOLETTO M.S.S, SLOMP J.H, MHERHY E.E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**, Botucatu, v.23, p. 1-14, 2019.

SHUTZ A. **Fenomenologia e as relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro.: Zahar editores, 1979. 319 p.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social. Escritos I**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 327 p.

SCHUTZ. A; LUCKMANN. T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 315p.

SCHUTZ. A. **Sobre a fenomenologia e relações sociais**. Compilação Maurice Natanson. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SOUZA, A. C; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 10, p. 105-14, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>
>Acesso abril. 2016

SULPIZIO, A.F. La crisi della malinconia. Philosophie e medicina in Philippe Pinel. **Consecutio Rerum**, Roma, v. 1, n.7, p. 100-118, 2019.

TEIXEIRA, M.O.L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Rev. estudos & pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2019.

TOURINHO, CARLOS, Diógenes Côrtes. Fenomenologia e ciências humanas: a crítica de Husserl ao positivismo. **Revista filosofia Aurora**, [s. l.], v. 22, n. 31, p. 379–389, 2010.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. Impasses na conformação da Rede de Atenção Psicossocial pela perspectiva dos agentes institucionais. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 32, p. 1–18, 2020.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. The trajectory of mental health policies and alcohol and other drugs in the twentieth century. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 1041–1050, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, [s. l.], v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tem>

WILLRICH, J. Q; KANTORSKI, L. P; CHIAVAGATTI, F. G.; CORTES, J. M; ANTONACCI, M. H. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: O centro de atenção psicossocial como protagonista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.3, p. 657-663, 2013.

WILLRICH J.Q. A crise psíquica no discurso da atenção psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação. 2016. 316f. Tese (doutorado em enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

YASUI, S; BARZAGHI, N. História, memória e luta: a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Convencion internacional de Salud: Cuba, 2018. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.convencionalsalud2018.sld.cu/index.php/convencionalsalud/2018/paper/viewPDFInterstitial/792/895>.

ZEFERINO, M.T et al. Percepções dos trabalhadores em saúde sobre o cuidado às crises da Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun, 2016.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Identificação do sujeito de pesquisa: Trabalhador participante

Identificação do local da pesquisa: CAPSad III Partenon Lomba do Pinheiro

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Moviment(ações) da equipe multiprofissional no atendimento à crise no CAPSad III: um estudo fenomenológico”, sob responsabilidade do (s) pesquisador (es) Cíntia Nasi e orientanda Savannah Leitzke Carvalho, do curso de mestrado instituição Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Qual é o motivo e qual o objetivo deste estudo?

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque é trabalhador do CAPSad III. O objetivo deste estudo é compreender a motivação das ações dos trabalhadores frente a crise em saúde mental

Descrição dos procedimentos do estudo:

Aproximadamente 24 pessoas como você participarão do estudo.

Se você concordar em participar deste estudo, você irá participar de uma entrevista em um espaço reservado no seu local de trabalho, ou se preferir, pode ser online via aplicativo google Meet. As entrevistas presenciais serão gravadas somente em áudio por meio de um celular. As entrevistas realizadas pela plataforma google Meet serão gravadas em áudio e vídeo através de um recurso no próprio aplicativo. No momento da entrevista, estarei portando uma folha em branco para realizar anotações de informações que julgo pertinente para o alcance do objetivo da pesquisa.

A duração do estudo é estimada em um único encontro de aproximadamente 40 minutos para o procedimento da coleta de dados

Quais são os possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos que podem decorrer da participação no estudo?

Pode ocorrer algum desconforto com alguma pergunta realizada no momento da entrevista relacionada a lembranças de situações de crise de usuários no serviço. Para os participantes que optarem por realizar a entrevista em ambiente virtual, além do risco supracitado, podem ocorrer riscos virtuais como vazamento dos dados e do arquivo de áudio e vídeo gravados para

transcrição das entrevistas, além de uma possível desconexão com a internet durante a entrevista.

Quais são os possíveis benefícios de participar?

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo.

Entretanto há previsão que os resultados do estudo ajudem na compreensão de como funciona o atendimento em situações de crise psíquica por uso de substâncias psicoativas em um CAPSad III e permitirá uma maior reflexão e cuidado no atendimento a pessoas em crise no futuro.

Quais são os custos da participação no estudo?

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de danos relacionados à pesquisa

Em caso de danos diretamente causados por procedimentos da pesquisa, o pesquisador que estiver realizando a entrevista irá orientar o trabalhador entrevistado a procurar suporte psicológico no teleatendimento em saúde mental da AESC (LEGAME) através do número (51) 32138660. O participante poderá entrar em contato com o serviço de segunda a sexta-feira das 9 horas às 19 horas.

E se eu desistir do estudo?

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em multa nem outra penalidade qualquer.

Situações para encerramento precoce do estudo

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o encerramento se dará apenas após autorização do CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possa afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Como meus dados pessoais serão utilizados?

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados por 5 anos e após esse prazo serão queimados e os dados digitais serão devidamente apagados de forma definitiva do sistema pela pesquisadora Cíntia Nasí, responsável pelo desenvolvimento dessa pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo nesta instituição é a Professora Dr^a Cíntia Nasí e poderá ser contatada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do sul das 08 horas às 18:00 ou no telefone: (51) 3308-5226.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, localizado na rua José de Alencar, 286 – Porto Alegre/RS, através do telefone (51) 3230-2016 das 08 horas às 17 horas ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Outra opção é entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre localizado na rua Capitão Montanha, 27 no 7º andar no Bairro Centro Histórico das 8 horas até as 14 horas sem fechar ao meio dia. Também poderá ser realizado contato pelo telefone 51 32895517 ou através do email cep_sms@hotmail.com.br ou cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Declaração de consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “Moviment(ações) da equipe multiprofissional no atendimento à crise no CAPS AD III: um estudo fenomenológico”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza. Compreendo que o consentimento da minha participação não acarreta a perda à indenização devido a eventuais danos causados pela pesquisa.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e/ou representante legal.

Este projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa

envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data

Nome do voluntário (letra de forma)

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data

Nome do responsável pelo estudo (letra de forma)

APÊNDICE B- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	
Data da entrevista	
Local da entrevista	
Sexo	
Idade	
Estado civil	
Escolaridade	
Profissão	
Tempo de formação	
Tempo de trabalho do CAPS	
Formação em saúde mental	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

APÊNDICE C – Questões norteadora para coleta de informações dos trabalhadores

Instrumento para coleta de informações	
1.	O que você compreende por crise?
2.	Poderia relatar algumas situações de crise vivenciadas por você em seu local de trabalho?
3.	Quais são as suas expectativas após realizar um atendimento de crise?

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO



Termo de Anuência do Responsável pela instituição

Projeto de Pesquisa: MOVIMENT(AÇÕES) DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À CRISE NO CAPSAD III: um estudo fenomenológico Porto Alegre,.

O Comitê de Pesquisa do Hospital Mãe de Deus/AESC dá ciência e aprova a execução do projeto supracitado nas dependências institucionais, o projeto está em conformidade com os requisitos propostos pela instituição.

Parecer do Comitê:

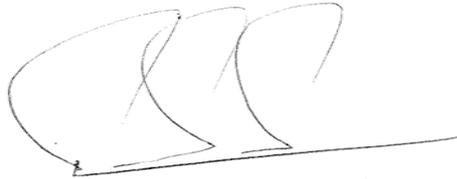
Aprovado

Data: 27/09/2021


COMITÊ DE PESQUISA
AESC/HMD

Declaro que a instituição tem conhecimento e se compromete a cumprir os requisitos da resolução CNS 466/12 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, bem como tem condições para o desenvolvimento deste projeto. Dessa forma, como representante da mesma, autorizo a condução do projeto supracitado em suas dependências.

Responsável

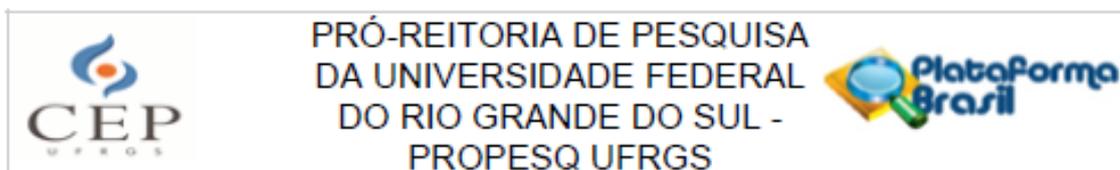


Cargo/Função: Diretor Médico

Data: / /

Hospital Mãe de Deus
Rua José de Alencar, 286 – Menino Deus – Porto Alegre – RS
CEP 90880-480 – (51) 3230.6000 – www.maededeus.com.br

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOVIMENT(AÇÕES) DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À
CRISE NO CAPSAD III: um estudo fenomenológico

Pesquisador: Cintia Nasi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52618321.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.155.975

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação de mestrado da enfermeira Savannah Leitzke Carvalho intitulado "MOVIMENT(AÇÕES) DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À CRISE NO CAPSAD III: um estudo fenomenológico", sob orientação da pesquisadora Cintia Nasi.

O estudo busca de compreender o significado subjetivo implicado na intencionalidade das ações dos trabalhadores do CAPSad nos momentos de crise psíquica dos usuários de quem cuidam, a fim de conhecer seus medos, angústias e dificuldades enfrentadas no mundo cotidiano.

Questão de pesquisa: Quais são os significados das ações dos trabalhadores na atenção a situação de crise, em um CAPSad III?

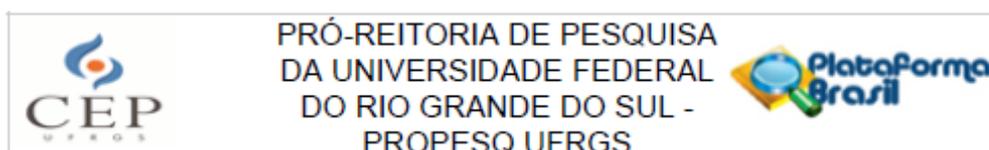
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado das ações da equipe multiprofissional no atendimento à crise em um CAPSad III.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Página 01 de 09



Continuação do Parecer: 5.155.975

Objetivos Secundários:

Identificar as motivações das ações praticadas por trabalhadores de um CAPSad III na atenção a situações de crise.

Compreender as expectativas da equipe multiprofissional em relação a situações de crise vivenciadas nos CAPSad III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Pode ocorrer algum desconforto com alguma pergunta realizada no momento da entrevista relacionada a situações de crise vivenciadas no serviço. Os participantes que optarem por realizar a entrevista em ambiente virtual, reforço além do risco supracitado, os riscos virtuais como vazamento dos dados e do arquivo de áudio e vídeo gravados para transcrição das entrevistas, além de uma possível desconexão com a internet durante a entrevista."

Benefícios:

"Compreender a partir das vivências dos trabalhadores de um CAPS AD III o significado de suas ações com foco em motivações para e porque."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

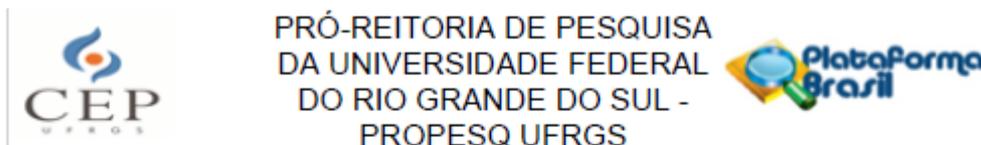
Este estudo será uma pesquisa de abordagem qualitativa, a partir do referencial teórico metodológico da fenomenologia de Alfred Schutz.

Campo de estudo: a pesquisa será realizada em um CAPSad III Partenon/ Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Critério de Inclusão: trabalhadores com experiência mínima de 3 meses de atuação em CAPSad.

A aproximação com a equipe será através da participação da reunião de equipe, a fim de apresentar o projeto de pesquisa e os objetivos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
Bairro: Farroupilha		CEP: 90.040-060
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE	
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.155.975

Os participantes serão selecionados por amostragem não probabilística, através do método "bola de neve".

Participantes: 25 trabalhadores da equipe multiprofissional do CAPSad III Partenon/Lomba do Pinheiro.

Serão nomeados três "sementes" de diferentes categorias profissionais para iniciar a participação multiprofissional dos trabalhadores do serviço. A coleta de dados será suspensa mediante o critério de repetição dos dados, porém estima-se que serão entrevistados 20 profissionais, já que em pesquisas qualitativas há um número máximo de entrevistas necessário para que seja realizada a análise nas investigações, o que costuma ser limitado entre 15 a 25 entrevistas individuais.

Os dados serão coletados através de entrevistas fenomenológicas semiestruturadas, que serão realizadas virtualmente, de forma individual, por meio da Plataforma Google Meet.

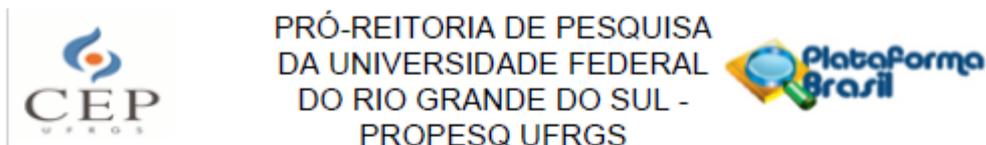
A coleta de dados poderá ser realizada por meio da Plataforma de Videoconferência Google Meet, devido ao contexto da pandemia do Coronavírus (COVID-19) ou de forma presencial no CAPSad III PLP, conforme a disponibilidade dos trabalhadores. Caso as entrevistas sejam no horário de trabalho, serão realizadas mediante a autorização da chefia do serviço, em uma sala exclusiva para o momento da entrevista e de forma individualizada, resguardando o sigilo das informações.

No momento da entrevista, se realizada de forma virtual, será encaminhado ao entrevistado via email o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para que sejam assinadas antes de iniciar a entrevista. Em caso de entrevista presencial, será entregue o TCLE em duas vias para o entrevistado.

Primeiro momento da entrevista: será realizado a caracterização dos trabalhadores (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de formação, tempo de trabalho no CAPS e formação na área de saúde mental).

Segundo momento da entrevista: será conduzida por meio das questões: O que você compreende por crise? Poderia relatar algumas situações de crise vivenciadas por você em seu local de trabalho? Quais são as suas expectativas após realizar um atendimento de crise?

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.155.975

As entrevistas serão gravadas quando realizadas presencialmente, pelo celular, sendo somente utilizado o recurso de áudio e as realizadas por Videoconferência pela plataforma Google Meet serão gravadas por áudio e vídeo e transcritas. Em ambos casos, posteriormente serão transcritas no Microsoft Word, para análise do material.

O Cronograma informa que os dados serão coletados no período de 12/2021, após aprovação pelo CEP.

O Orçamento será de R\$ 3.726,80.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada
- Formulário da PB
- Projeto de pesquisa
- TCLE
- Termo de Anuência do Comitê de Pesquisa do Hospital Mãe de Deus (AESC/HMD) que aprova a execução do projeto. Está assinado pelo diretor médico (assinatura sem identificação do nome completo do responsável).

Recomendações:

Recomenda-se revisar todo o texto do Formulário da Plataforma Brasil, pois há palavras com erro de digitação: "CAPSasIII"; "enquando", "tendencia", "forma de cuidadas", "gravas".

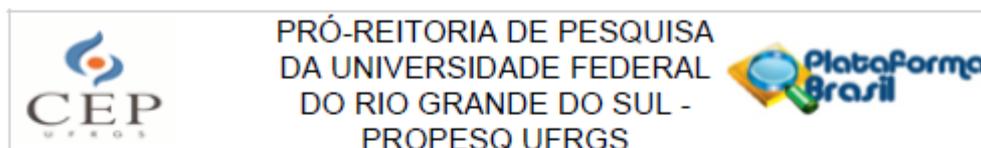
Observação: No formulário da Plataforma Brasil está registrado que não haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc.), portanto não é necessário o documento anexado à versão 3, intitulado Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na 2a. versão o projeto permaneceu com as seguintes pendências em aberto 1, 3a, 5 e 11, como abaixo apresentados:

- 1) Os critérios de não inclusão foram retirados do projeto e do formulário da PB, assim como os

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etca@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.155.975

critérios de exclusão do estudo. PENDÊNCIA ATENDIDA

3a) Foi apresentado como serão obtidos os emails dos participantes da pesquisa no projeto e no formulário da PB. Será realizado um contato prévio com a coordenação do serviço para apresentação do projeto. Após este primeiro contato, será realizada a divulgação da pesquisa no serviço, onde será realizada a apresentação do projeto de pesquisa e convidando inicialmente 3 trabalhadores, para serem as sementes da amostra. As sementes vão escrever em um documento, que será entregue pela coordenação do serviço no dia da apresentação do vídeo, se preferem ser entrevistados via online ou presencial e em caso de optarem por online, será solicitado que coloque seu endereço de email para contato. PENDÊNCIA ATENDIDA

5) Adicionado no TCLE e no projeto de pesquisa que o consentimento com a participação não acarreta a perda à indenização devido a eventuais danos causados pela pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA

11) Inserido endereço, horário de atendimento, telefone e email do CEP HMD no TCLE. As pesquisadoras foram orientadas pela diretoria médica do HMD que o projeto de pesquisa será encaminhado para o comitê de ética do HMD via Plataforma Brasil, sendo a carta e anuência encaminhada via Plataforma Brasil apenas a aprovação do núcleo de pesquisa e não do CEP da instituição. Desta forma, o HMD foi inserido como instituição participante. PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas, estando a presente versão do projeto de pesquisa em acordo com a resolução CNS/MS 466/2012. Pela aprovação.

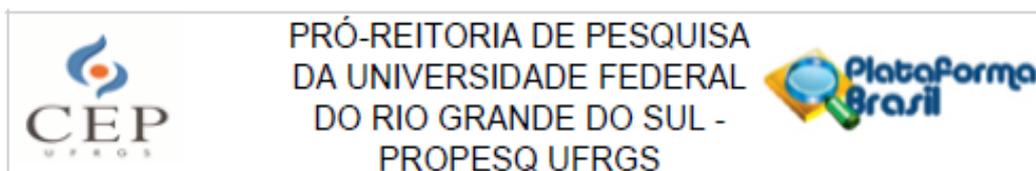
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1738292.pdf	07/12/2021 16:20:23		Aceito
Declaração de	DeclaracaodeOrientacaodaPesquisa.	07/12/2021	Savannah Leitzke	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.155.975

Pesquisadores	pdf	15:58:00	Carvalho	Aceito
Outros	Termodecompromissoparautilizaçãodedados1.pdf	07/12/2021 15:42:46	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
Parecer Anterior	cartacep2.pdf	07/12/2021 15:40:59	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novodissertacao.pdf	07/12/2021 15:39:19	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle3.pdf	07/12/2021 15:37:25	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
Parecer Anterior	cartacep.pdf	25/11/2021 15:08:34	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
Declaração de concordância	termodeconcordancia.pdf	15/10/2021 17:58:59	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostosavannah.pdf	15/10/2021 17:56:47	Savannah Leitzke Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Dezembro de 2021

Assinado por:

Patrícia Daniela Melchioris Angst
(Coordenador(a))