

**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.

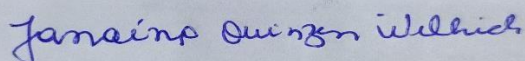
Savannah Leitzke Carvalho

**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**

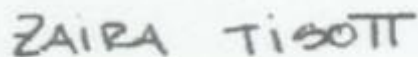
**Banca Examinadora**



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 topar 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 a 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

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

## LISTA DE QUADROS

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

## LISTA DE SIGLAS

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

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
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
<b>4. BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS.....</b>	<b>38</b>
4.1 A fenomenologia.....	38
4.2 A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.....	43
4.3 Motivações fenomenológicas para o desenvolvimento da pesquisa.....	52
<b>5. TESSITURA FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>55</b>
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
<b>6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	65
6.2 Construção das categorias concretas.....	68

<b>6.3 A compreensão do fenômeno crise.....</b>	<b>71</b>
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
<b>6.4 Ações dos trabalhadores frente ao fenômeno crise.....</b>	<b>80</b>
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
<b>6.5 Sentimentos dos trabalhadores no atendimento à crise.....</b>	<b>89</b>
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
<b>6.6 Intenções dos trabalhadores no atendimento à crise.....</b>	<b>95</b>
6.6.1 O bem-estar e a diminuição do sofrimento.....	95
6.6.2 Proteção da equipe e do usuário.....	95 96
6.6.3 Encontrar significados para crise.....	

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

## 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 cuidado 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 motiv(ações) 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 noturno<sup>1</sup>. 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

---

<sup>1</sup> 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 desospitalização, 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.

## 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](http://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](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](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](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<sup>a</sup> 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](mailto: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](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) ou [cep\\_sms@sms.prefpoa.com.br](mailto: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

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

## APÊNDICE C – Questões norteadora para coleta de informações dos trabalhadores

<b>Instrumento para coleta de informações</b>	
<b>1.</b>	O que você compreende por crise?
<b>2.</b>	Poderia relatar algumas situações de crise vivenciadas por você em seu local de trabalho?
<b>3.</b>	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

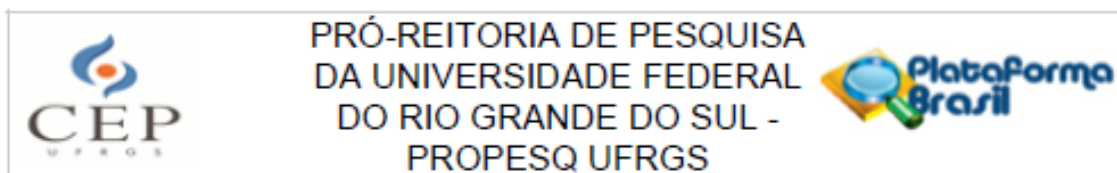


Cargo/Função: Diretor Médico

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:** 52818321.0.0000.5347

**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?

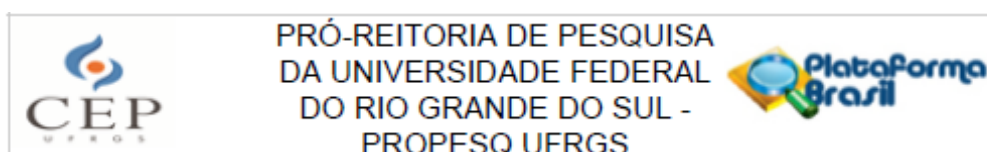
**Objetivo da Pesquisa:**

## 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



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPESQ UFRGS



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](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPEQ UFRGS



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





PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.155.975

Pesquisadores	pdf	15:58:00	Carvalho	Aceito
Outros	Termodecompromissoparautilizacaodedados1.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))