



CCBS
CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS –
PPGENFBIO**

LUCAS DA SILVA RAINERI COELHO

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTA DE ADEÇÃO AO
TRATAMENTO DOS PACIENTES EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E CRISE
PSIQUIÁTRICA NO CAPS III**

**RIO DE JANEIRO
2026**



LUCAS RAINERI

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTA DE ADESÃO AO
TRATAMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS E CRISE PSIQUIÁTRICAS
NO CAPS III**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Taís Veronica Cardoso Vernaglia

RIO DE JANEIRO
2026



Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

R Raineri , Lucas
 O USO DE TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTA DE ADESÃO AO
 TRATAMENTO DOS PACIENTES EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E CRISE
 PSIQUIÁTRICA NO CAPS III / Lucas Raineri . -- Rio de
 Janeiro : UNIRIO, 2026.
 145

 Orientadora: Tais Veronica Cardoso Vernaglia.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
 do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e
 Biociências, 2026.

 1. Uso de tecnologias leves . 2. Adesão ao tratamento .
 I. Cardoso Vernaglia, Tais Veronica , orient. II. Título.



LUCAS RAINERI

**O USO DE TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTA DE ADESÃO AO
TRATAMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS E CRISE PSQUIÁTRICAS
NO CAPS III**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em / /

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Davi Gomes Depret
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Dra. Natália Chantal Magalhães da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dra. Maria Cristina Martínez Fernández
Universidad de León (España)

Dra. Odete Araújo Sofia da Silva Lombr de Araújo
Universidade do Minho (Portugal)



*Dedico esta pesquisa a todos que foram
violentados quando se encontravam em
momento de maior vulnerabilidade.*



AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus e à Virgem Maria, cuja presença silenciosa e constante sustentou cada passo desta caminhada. Foi na fé, tantas vezes evocada nos momentos de exaustão acadêmica e nas madrugadas dedicadas a compreender a complexidade do sofrimento humano, que encontrei força para seguir adiante.

Aos meus pais, registro minha gratidão mais profunda. Desde os meus 14 anos, quando iniciei minha vida profissional, vocês investiram não apenas em minha educação, mas na crença de que eu poderia trilhar caminhos maiores. Cada conquista desta trajetória é também de vocês, que nunca hesitaram em me oferecer apoio, incentivo e amor incondicional.

À minha orientadora, Profa. Dra. Taís Veronica Cardoso Vernaglia, agradeço por ter sido farol, provocação e firmeza. Sua condução ética, rigorosa e sensível me ensinou que a produção científica é, ao mesmo tempo, técnica e afeto, teoria e encontro. Obrigado por acreditar que este estudo tinha potência e por me instigar a ampliá-la.

Agradeço aos professores que compõem esta banca, por gentilmente disponibilizarem seu tempo, suas leituras atentas e suas contribuições rigorosas para que esta pesquisa alcançasse maior solidez e profundidade. É uma honra dialogar com cada um de vocês.

Aos colegas de turma e amigos do mestrado, que se tornaram parte da minha rede de apoio, obrigada pela leveza compartilhada, pelas discussões teóricas que expandiram horizontes e pelo afeto que amparou os dias mais difíceis. A caminhada conjunta tornou o percurso muito mais possível.

Aos profissionais do CAPS III onde realizo minha trajetória, deixo um agradecimento especial. Minha experiência nesse dispositivo foi chão, inquietação e potência. Foram esses encontros — com trabalhadores que resistem diariamente, com usuários que ousam existir para além do diagnóstico e com famílias que depositam confiança no serviço — que despertaram em mim o desejo profundo de investigar o cuidado relacional e suas repercussões na adesão ao tratamento. Este trabalho nasce, sobretudo, da prática viva, dos corpos que habitam o território e das histórias que me atravessaram durante os anos de atuação no campo da saúde mental.



Aos participantes da pesquisa, profissionais que gentilmente compartilharam suas experiências, inquietações e modos de produzir cuidado, expresso minha gratidão ética e humana. Sem suas vozes, esta dissertação não existiria.

Agradeço ainda aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial que encontrei ao longo da minha vida profissional. Vocês me ensinaram que a crise não é fracasso, é limite; que o cuidado nasce do encontro; e que as tecnologias leves — muitas vezes invisíveis aos olhos de quem não vive o cotidiano do CAPS — são o que sustenta, reinventa e humaniza o trabalho em saúde mental.

Finalmente, agradeço a mim mesmo. Pela persistência, pela entrega ao campo da saúde mental, pela coragem de transformar a vivência profissional em investigação científica e por acreditar que o conhecimento é uma forma de cuidado. Esta dissertação é fruto de um percurso que une trabalho, desejo, ética e compromisso com uma sociedade mais justa, menos manicomial e mais sensível às singularidades humanas.



RESUMO

RAINERI, Lucas. **O USO DE TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS E CRISE PSQUIÁTRICAS NO CAPS III**, 2026. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

INTRODUÇÃO: Esta dissertação analisa o uso de tecnologias leves como ferramenta para favorecer a adesão ao tratamento de pessoas em situação de emergência psiquiátrica e crise no contexto do Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III). Diante do avanço das doenças mentais como um dos principais problemas de saúde pública e da recorrência de situações de crise nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, o estudo busca compreender como práticas relacionais contribuem para a construção de um cuidado humanizado, singular e em liberdade. **OBJETIVOS:** O estudo tem como objetivos identificar o uso das tecnologias leves na abordagem das emergências e crises psiquiátricas, descrever os fatores que incentivam a adesão ao tratamento no CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde e analisar a relação entre essas práticas e a permanência dos usuários no cuidado. **METODOLOGIA:** A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, dividida em duas etapas metodológicas: uma revisão de escopo sobre as tecnologias relacionais aplicadas no cuidado em saúde mental e um estudo de campo com profissionais de nível superior atuantes em um CAPS III do município de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e a análise seguiu a técnica de análise categorial temática. **RESULTADOS:** Os resultados revelaram que práticas como escuta qualificada, acolhimento, vínculo e empatia são reconhecidas como estratégias eficazes para o manejo da crise psiquiátrica e determinantes para o fortalecimento da adesão dos usuários ao projeto terapêutico. A experiência dos profissionais demonstrou que o uso de tecnologias leves reduz a medicalização excessiva, potencializa a autonomia do sujeito e reforça a atuação ética e antimanicomial no cuidado em saúde mental. O estudo evidenciou ainda a importância da qualificação profissional contínua, do suporte institucional e da valorização do trabalho em equipe como fatores fundamentais para garantir intervenções seguras, eficazes e humanizadas, especialmente nos momentos de maior vulnerabilidade psíquica. **CONCLUSÃO:** A pesquisa reforça o papel central do CAPS III como dispositivo estratégico na produção de cuidado em liberdade, e destaca a potência das tecnologias relacionais na consolidação de práticas que promovam cidadania, respeito à singularidade e compromisso com os princípios da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: saúde mental; emergência psiquiátrica; tecnologia leve; CAPS; adesão ao tratamento.



ABSTRACT

RAINERI, Lucas. **The use of soft technologies as a tool for treatment adherence in psychiatric emergency and crisis situations at CAPS III**, 2025. Dissertation (Master's Degree). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

This dissertation analyzes the use of soft technologies as a tool to promote treatment adherence among individuals in psychiatric emergency **and crisis** situations within the context of a Psychosocial Care Center type III (CAPS III). Given the increasing prevalence of mental illness as a major public health issue and the recurrence of crisis situations within the Psychosocial Care Network, the study aims to understand how relational practices contribute to the construction of humanized, individualized, and community-based care. The study's objectives were to identify the use of soft technologies in psychiatric emergencies, describe the factors that encourage treatment adherence in CAPS III from the perspective of health professionals, and analyze the relationship between these practices and user engagement in care. A qualitative approach was adopted, comprising two methodological stages: a scoping review on relational technologies used in mental health care, and a field study involving higher education professionals working at a CAPS III in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. Data collection was conducted through semi-structured interviews, and analysis was based on thematic categorical content analysis. Results showed that practices such as active listening, welcoming, bonding, and empathy are recognized as effective strategies for managing psychiatric crises and crucial for strengthening user adherence to therapeutic projects. Professionals reported that the use of soft technologies reduces excessive medicalization, enhances the user's autonomy, and reinforces ethical and anti-asylum approaches in mental health care. The study also highlighted the importance of ongoing professional training, institutional support, and the valorization of multidisciplinary teamwork as key factors in ensuring safe, effective, and humanized interventions, particularly during moments of acute psychological vulnerability. The findings reinforce the central role of CAPS III as a strategic service for community-based mental health care and emphasize the power of relational technologies in consolidating practices that promote citizenship, respect for subjectivity, and commitment to the principles of the psychiatric reform.

Keywords: mental health; psychiatric emergency; soft technology; CAPS; treatment adherence.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa do município de Nova Iguaçu.....	32
Figura 2 –	Fluxograma PRISMA-ScR para inclusão de estudos na revisão.....	41
Quadro 1 –	Síntese dos estudos quanto aos autores, título, periódico, ano de publicação, país do estudo/cidade, metodologia e objetivo(s) (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.....	42



LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD –	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas
CAPSI –	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP –	Comitê de Ética e de Pesquisa
COVID-19 –	Doença do coronavírus 2019
DDS –	Determinantes Sociais de Saúde
DeSC –	Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNS –	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGENF –	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRISMA-ScR –	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols - extension for scoping reviews
PTS –	Projeto Terapêutico Singular
RAPS –	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU –	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT –	Serviço Residencial Terapêutico
SUS –	Sistema Único de Saúde
TAB –	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE –	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIRIO –	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
URG –	Unidade Regional de Governo
ODS –	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PSP –	Primeiros Socorros Psicossociais



SUMÁRIO

	TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL QUE MOTIVOU A MOTIVAÇÃO CIENTÍFICA	11
	INTRODUÇÃO.....	12
1	SAÚDE MENTAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	20
1.1	<u>A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO.....</u>	20
1.2	<u>A VULNERABILIDADE DO SUJEITO.....</u>	25
1.3	<u>O CUIDADO ESTÁ NO “ENTRE” E AS TECNOLOGIAS RELACIONAIS.....</u>	26
1.4	<u>A ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO.....</u>	30
1.4.1	<i>OBJETIVO GERAL.....</i>	33
1.4.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	33
2	JUSTIFICATIVA.....	34
3	O PROCESSO METODOLÓGICO.....	35
3.1	<u>TIPO DE MÉTODO DE ABORDAGEM.....</u>	35
3.1.1	<i>REVISÃO DE ESCOPO.....</i>	35
4	O CAMPO DA PESQUISA.....	36
4.1	<u>PARTICIPANTES DA PESQUISA E ESTRATÉGIAS DE RECRUTAMENTO.....</u>	41
4.2	<u>USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PESQUISA.....</u>	45
4.3	<u>ELEMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....</u>	46
5	PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO.....	47
5.1	<u>PERGUNTAS DE REVISÃO.....</u>	47
5.2	<u>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....</u>	47
5.3	<u>ANÁLISE DE DADOS.....</u>	48
5.4	<u>RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO.....</u>	48
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
6.1	<u>CODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....</u>	57
6.1.1	<i>CORPUS DA ANÁLISE.....</i>	57
6.2	<u>CODIFICAÇÃO DO MATERIAL.....</u>	58
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
7.1	<u>SENTIDOS DA CRISE E EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA.....</u>	58
7.2	<u>O CUIDADO COMO PRÁTICA RELACIONAL</u>	74
7.3	<u>LIMITES E DESAFIOS INSTITUCIONAIS.....</u>	88
8.0	CONCLUSÃO	106
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	128



APÊNDICE B – FLUXOGRAMA ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA.....	130
APÊNDICE C – CATEGORIZAÇÃO	132



TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL QUE MOTIVOU A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

A construção desta dissertação também é atravessada pela minha própria trajetória acadêmica e profissional no campo da saúde mental, trajetória que não apenas informa este estudo, mas em sua motivação mais profunda. Ao longo dos anos de atuação em serviços substitutivos, especialmente em dispositivos de urgência e emergência em saúde mental e em CAPS de diferentes complexidades, fui cotidianamente confrontado com a potência e, simultaneamente, com os limites das práticas instituídas. A emergência dessas experiências interpelou-me como pesquisador, exigindo que essas inquietações clínicas se transformasse em questões científicas. Assim, este trabalho nasce da confluência entre prática e teoria, entre cotidiano institucional e reflexão crítica, entre a escuta das pessoas em sofrimento mental e a necessidade de contribuir para o fortalecimento de um modelo de cuidado ético, humano e alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Minha trajetória nos serviços de saúde mental permitiu testemunhar, reiteradamente, que o manejo da crise e a adesão ao tratamento não se sustentam apenas em instrumentos técnicos, protocolos formais ou diretrizes de gestão. A crise psiquiátrica, ao invés de ser um evento isolado, aparece como fenômeno complexo, atravessado por desigualdades sociais, fragilidades familiares, rupturas subjetivas e marcas de sofrimento que não encontram expressão em categorias diagnósticas tradicionais. Foi nesse cenário que a relevância das tecnologias leves se tornou incontornável: a palavra, a presença ética, o vínculo, o olhar atento, a disponibilidade para o diálogo, a construção conjunta de sentido e a escuta sem julgamento mostraram-se, na prática, mais potentes do que qualquer intervenção tecnicista ou prescritiva. Essa constatação consolidou-se como o ponto de partida desta pesquisa.

A cada acolhimento realizado, a cada crise manejada, a cada encontro delicado com os indivíduos em sofrimento e familiares, tornava-se evidente o impacto transformador das relações humanas no processo terapêutico. A forma como os sujeitos eram recebidos no serviço, a confiança que depositavam nos profissionais, a sensação de pertencimento construída ao longo do tempo e o reconhecimento de que havia “um lugar para chamar de seu” eram determinantes para o engajamento no cuidado. Já era evidente na prática aquilo que mais tarde seria sustentado teoricamente neste trabalho: a adesão não nasce da obrigação, mas da construção de uma relação que respeita tempos, histórias e vulnerabilidades.



Do mesmo modo, minha vivência institucional permitiu observar como equipes fragilizadas, sobrecarregadas ou capturadas por lógicas biomédicas tendem, mesmo involuntariamente, a reproduzir práticas coercitivas ou meramente operacionais, especialmente diante de situações de crise. A ausência de formação continuada, a pressão por indicadores quantitativos, o déficit de profissionais e a crescente demanda dos territórios tornam o trabalho cotidiano uma arena de tensão permanente. Esses elementos, vividos na prática, impulsionaram a necessidade de investigar de forma rigorosa como as tecnologias leves se materializam no cotidiano dos CAPS III e de que forma contribuem para a consolidação da atenção psicossocial como política pública efetiva. Assim, a motivação pessoal não é apenas vivencial; ela é política, ética e clínica, e se articula diretamente com o compromisso de fortalecer práticas que assegurem cuidado em liberdade e evitem a reprodução de microviolências institucionais.

Ao mesmo tempo, minha formação acadêmica contribuiu para a estruturação conceitual e metodológica deste trabalho. Os estudos sobre Reforma Psiquiátrica, território, clínica ampliada e cuidado em liberdade, combinados com a experiência prática, ampliaram meu campo de análise e permitiram compreender que a crise não se resolve apenas dentro do serviço, mas também no tecido social que circunda o sujeito. Nesse sentido, a articulação entre teoria e prática não ocorreu de modo apenas complementar, mas como movimento recíproco: cada encontro clínico convocava novas leituras; cada leitura iluminava e reorganizava a compreensão do campo; cada experiência impulsionava novas perguntas de pesquisa.

É dessa convergência entre formação acadêmica, compromisso ético-político e prática cotidiana que se origina a motivação profunda para a construção desta dissertação. Mais do que produzir conhecimento, este trabalho representa uma tentativa de devolver ao campo da saúde mental aquilo que ele me ensinou: a centralidade da escuta, a potência das relações, a necessidade de romper com modelos autoritários e a urgência de reafirmar a dignidade humana como eixo do cuidado. Produzir ciência nesse contexto é, portanto, um ato político de defesa do SUS, da Reforma Psiquiátrica e de uma concepção de sujeito que não se reduz ao diagnóstico, à crise ou ao comportamento, mas que se constitui em sua singularidade, em sua história e em seu território.

Assim, ao expandir a reflexão sobre as tecnologias leves e sua relação com a adesão ao tratamento em crises psiquiátricas, este trabalho também reafirma um percurso pessoal de compromisso com a prática clínica ética, com o cuidado em liberdade e com a construção de dispositivos que respeitem a complexidade e a dignidade dos sujeitos. Esta dissertação,



portanto, não apenas analisa uma realidade, mas nasce dela e retorna a ela, reafirmando a convicção de que, para transformar o cuidado, é necessário transformar também a forma como nos relacionamos, escutamos e reconhecemos o outro. Nesse sentido, minha motivação para esta pesquisa é, antes de tudo, um compromisso com a vida, e com todos aqueles que, mesmo em meio ao sofrimento, nos ensinam diariamente a potência do encontro humano.



INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem por objeto a análise da aplicabilidade do uso de tecnologias relacionais no manejo dos casos de emergência e crise psiquiátrica no cenário do Centro de Atenção Psicossocial III Adulto (CAPS III), a fim de perceber qual o impacto dessa prática a partir da equipe multidisciplinar envolvida na construção do projeto terapêutico singular do usuário da rede de atenção psicossocial.

A investigação aqui proposta se justifica porque os transtornos mentais são, a cada ano, reconhecidos como grandes causadores de carga de doenças. A Comissão Lancet, sobre saúde mental e desenvolvimento sustentável, que se refere ao conjunto de comissões estabelecidas pela revista médica The Lancet para investigar questões de saúde global, deixou claro que ter saúde mental é um direito fundamental ao ser humano. Isso implica diretamente o desenvolvimento dos países. De acordo com o “Relatório de Saúde Mental no Brasil” publicado pelo Ministério da Saúde (2023), houve um grande aumento no número de buscas por atendimento psiquiátrico e psicológico, apontando que as questões relacionadas à saúde mental estão apresentando um crescimento exponencial (Brasil, 2023)

O Estudo Global Burden of Diseases de 2019 (GBD 2019), iniciativa liderada pelo Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) para analisar a carga de doenças e lesões em 204 países e territórios entre 1990 e 2019, informa que uma grande carga de doenças no mundo é atribuída a doenças mentais e não encontrou redução significativa dessa carga desde 1990. Logo, podemos perceber que, cada vez mais, os transtornos mentais estão presentes no dia a dia da nossa sociedade. Portanto, devem ser vistos como uma problemática importante, necessitando de intervenções eficazes.

Por entendermos que os transtornos mentais têm se tornado uma grande preocupação para as entidades de saúde, é necessário destacar a existência de alguns problemas que agravam os números, como por exemplo as desigualdades sociais que dificultam o acesso à saúde, a invisibilidade da causa-origem da vivência psicopatológica e as inadequações relacionadas às políticas de atenção psicossocial. Tais obstáculos geram alguns retrocessos no que tange à aplicação dos recursos tecnológicos para a promoção da reabilitação psicossocial baseada no modelo da reforma psiquiátrica (Araújo; Torrente, 2023).

Com o advento da pandemia do coronavírus (SARS-COV II), anunciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020, o número de pessoas acometidas com



transtornos mentais aumentou exponencialmente, incluindo os profissionais de saúde. Ansiedade, depressão e estresse são alguns dos sintomas que emergiram do medo da morte iminente vivido pelas pessoas durante a pandemia (Wang *et al.*, 2020). Medo da escassez e estresse relacionado ao modelo de quarentena vivenciado, associado às perdas financeiras, também acarretaram um comprometimento significativo na saúde mental da população (Brooks *et al.*, 2020).

Segundo Merhy e Chakkour (1997), no dia a dia dos serviços de saúde, o acolhimento se apresenta como instrumento crucial, assim como a escuta qualificada e os saberes dos profissionais em acolher a demanda apresentada pela pessoa em sofrimento mental. É fundamental ouvir o que o outro diz e, de fato, ter interesse no que o sujeito está dizendo. Essas são as tecnologias leves, ou tecnologias relacionais que devem ser usadas quando abordamos uma pessoa. Dessa forma, temos um atendimento humanizado, sendo identificado o sofrimento e também as potencialidades e possibilidades a partir dessa vivência psicopatológica estabelecida.

Quando se fala de tecnologia, facilmente pensamos em máquinas e equipamentos, porém existe uma diversidade de recursos. As tecnologias leves do cuidado dizem respeito a um conjunto de saberes extremamente eficazes nas ações humanas, que podem ser classificadas como: leves, leve-duras e duras. Tais tecnologias visam a um cuidado relacional e são imprescindíveis para a potencialização da sistematização da assistência de enfermagem de maneira humanitária. A portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 prevê o uso de tecnologias leves como uma ferramenta muito importante para o processo de trabalho de assistência à comunidade em todas as suas demandas que são biopsicossocioespirituais (Brasil, 2017b).

As tecnologias relacionais permitem um olhar para uma dimensão rica na produção de encontro e de subjetividade, o que só se dá dentro da dimensão relacional entre o profissional da saúde e a pessoa. Se entendemos o trabalho em saúde como um algo vivo, é fácil compreender esse trabalho como imaterial, produtor de valor no ato, ou seja, os modos e maneiras de cuidar vão emergir do “entre” (Merhy, 2005).

É sabido que o ser humano é complexo e cheio de nuances, estando inserido em um contexto biopsicossocioespiritual que angaria uma série de demandas e problemáticas de saúde. Efetivamente, todos nós estamos inseridos em contextos sociais, de trabalho, de vivência, e esses diversos fatores influenciam diretamente nas condições de saúde da população.

Nesse sentido, a OMS, através da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil, define os determinantes sociais de saúde (DSS) como aspectos



sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais, que atuam como contingências na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população. Como sabemos, algumas populações estão mais vulneráveis do que outras, por isso é necessário pensar em aspectos como questões socioeconômicas, condições de moradia, de trabalho, lazer, dentre outros.

Essa vulnerabilidade pode ser definida como a fragilidade moral e material de pessoas ou grupos marginalizados de uma sociedade, engloba tanto aspectos internos, que determinam as condições com que cada pessoa reage a um evento adverso, quanto externos, representados por fatores sociais e ambientais com os quais não se tem condições de lidar. Quando esses fatores acontecem simultaneamente, aumenta a dificuldade da resolutividade de problemas, inclusive no acesso ao serviço de saúde (Marques *et al.*, 2019).

Dentre os grupos expostos às situações de vulnerabilidade, encontram-se as pessoas com problemas relacionados à saúde mental de média e alta complexidade. As pessoas que sofrem com transtornos mentais, para além do sofrimento mental que lhes afeta, também são interceptadas muitas vezes por estigmas sociais e enfrentam a não compreensão de grande parte da população, tendo agravada a dificuldade do enfrentamento dessas iniquidades.

Frente a esse grande desafio de reduzir as iniquidades sociais e garantir acesso da população em sofrimento mental à saúde, é notório o quanto as situações de crise são momentos cruciais para a produção de saúde, pois é nessas ocasiões que grande parte das pessoas em sofrimento entram em contato com os equipamentos de saúde, é quando apresentam maior fragilidade e vulnerabilidade, por isso a condução da equipe multidisciplinar é fundamental.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) e a Organização Mundial da Saúde, a urgência e emergência em saúde mental caracterizam-se por situações nas quais o sofrimento psíquico se manifesta de forma aguda, intensa e desorganizadora, exigindo acolhimento e intervenção imediata por parte dos serviços de saúde. Essas situações podem envolver risco iminente de auto ou heteroagressão, tentativas de suicídio, agitação psicomotora, estados confusionais ou descompensações psicóticas (Almeida *et al.*, 2021; Woo *et al.*, 2021).

Na Atenção Primária à Saúde, essas demandas assumem particular relevância, visto que as equipes são frequentemente a porta de entrada dos usuários. Nessa perspectiva, espera-se que os profissionais da Atenção Primária, realizem acolhimento humanizado e escuta qualificada, avaliem o grau de risco e vulnerabilidade, e, quando necessário, acionem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para garantir continuidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2013).



A literatura enfatiza que a Atenção Primária deve atuar não apenas como encaminhadora, mas como coordenadora do cuidado, acompanhando o usuário após o episódio agudo e promovendo intervenções intersetoriais de apoio social e prevenção de recaídas (Allen, 2021). Assim, a definição de urgência em saúde mental ultrapassa o modelo biomédico, sendo compreendida como um evento relacional e contextual, no qual a resposta adequada depende tanto da capacidade técnica quanto da sensibilidade ética das equipes frente ao sofrimento humano.

No âmbito da atenção à saúde mental, é indispensável distinguir com precisão entre os conceitos de “crise psiquiátrica” e “emergência psiquiátrica”, dado que cada um mobiliza diferentes respostas da rede de cuidado, diferentes níveis de complexidade e implica distintas estratégias de intervenção. Conforme o documento do Ministério da Saúde “Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental” (2021) é possível refletir sobre o que se poderia caracterizar como “emergência psiquiátrica”, e como esta se distingue da crise. Essa distinção é relevante para o campo da assistência, especialmente no cenário dos cuidados pre-hospitalares e da rede de urgência/emergência, em consonância com a lógica da Lei nº 10.216/2001 e com os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A crise é conceituada da seguinte forma: “A crise é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Essa alteração no equilíbrio, gerada por um fracasso na resolução de problemas que o indivíduo costuma utilizar, causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico. A desorganização emocional se caracteriza principalmente por um colapso nas estratégias prévias de enfrentamento.” (Wainrib; Bloch, 2000 apud Sá; Werlang; Paranhos, 2008, p. 2)

Assim, a crise psiquiátrica pode ser entendida como uma situação de intenso sofrimento psíquico e funcional em que o sujeito, diante de um estressor (interno ou externo), experimenta uma ruptura da sua habitual forma de lidar com a vida, com significativa queda funcional, desorganização emocional e incapacidade de mobilizar sozinho os seus recursos habituais de enfrentamento. Alguns elementos estruturantes podem ser identificados para o reconhecimento de uma pessoa em crise: incidente crítico ameaçador, reação emocional intensa, e falha ou insuficiência das estratégias habituais de enfrentamento. Sob esse prisma, a crise psiquiátrica não exige necessariamente um risco iminente à vida ou às integridade física, mas sim caracteriza-se por uma desestruturação aguda do funcionamento emocional, comportamental ou social, exigindo acolhimento imediato, escuta qualificada e mobilização de recursos psicossociais, visando estabilização e prevenção de agravamentos (BRASIL, 2021).



Conforme estudo complementar, em saúde mental entende-se que “crises psiquiátricas são os casos em que os sintomas podem ser considerados mais graves e/ou persistentes, com potencial para evolução catastrófica, no qual abordagens anteriores foram insuficientes ou ausentes, requerendo atendimento especializado, com contraindicação de postergação dessa assistência”. (BRASIL, 2021).

Assim, pode-se conceituar “emergência psiquiátrica” como uma situação de sofrimento psíquico agudo em que há risco iminente à vida ou à integridade física do sujeito ou de terceiros, ou potencial grave de agravo, exigindo intervenção imediata e especializada, inclusive com possibilidade de remoção, hospitalização ou intervenção medicamentosa urgente. (BRASIL, 2021).

A distinção entre “crise psiquiátrica” e “emergência psiquiátrica” possui implicações práticas importantes para os profissionais que atuam em cenários de atenção à saúde mental, especialmente nos serviços de urgência/emergência e na rede de atenção psicossocial. A clareza conceitual permite que se articulem fluxos de atendimento adequados, evitando tanto subestimação de gravidade (que pode levar a danos irreversíveis) quanto sobreatendimento de casos que poderiam ser manejados em nível menos intensivo. Além disso, considerando o contexto da reforma psiquiátrica brasileira e da lógica da atenção em liberdade e territorial, compreender essa gradação ajuda a preservar o princípio da desinstitucionalização, ao mesmo tempo em que garante a oferta de cuidados de alta complexidade quando necessário. Para a prática no âmbito do CAPS, da atenção pré-hospitalar ou da regulação de urgências/emergências, essa diferenciação favorece a referência adequada a dispositivos como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), CAPS tipo III, unidades de acolhimento, hospitais de referência e à articulação intersetorial (BRASIL, 2021).

As equipes de saúde, especialmente na Atenção Básica, frequentemente se deparam com dificuldades significativas ao atender pessoas com transtornos mentais graves, devido à complexidade dos quadros clínicos e à insuficiente formação específica para o manejo dessas situações. O apoio matricial em saúde mental, entra como principal suporte para discutir, e intervir conjuntamente capacitando os profissionais das Unidades de Saúde no Cuidado à Saúde Mental, potencializando as ações de resolutividade (Iglesias; Avellar, 2014).

Desse modo, o manejo da crise psiquiátrica por meio de tecnologias relacionais, como a escuta qualificada, o vínculo e a presença cuidadosa constitui uma estratégia fundamental para a produção de cuidados em saúde mental. Essas tecnologias classificadas como leves favorecem o acolhimento e a desmedicalização da crise, promovendo a humanização do atendimento e o reconhecimento do sujeito em sofrimento em sua singularidade. Nesse contexto, o vínculo entre profissional e a pessoa em sofrimento mental atua como dispositivo



terapêutico central, capaz de sustentar intervenções mais eficazes e respeitosas, inclusive nos momentos de maior desorganização psíquica. A literatura salienta a importância das relações interpessoais e da escuta como ferramenta fundamental para a Reforma Psiquiátrica, para que dessa forma seja rompida a lógica manicomial, evitando a institucionalização do cuidado. (Amarante, 2007)

Na sequência, abordaremos os referenciais que permitem o entendimento deste objeto, através da seção: “Saúde mental como problema de saúde pública”, explicitada nas subseções: “A saúde mental do Brasil e no mundo”; “A vulnerabilidade do sujeito”; “O cuidado está no “entre” e as tecnologias relacionais”, e “a adesão do paciente ao tratamento”



1 SAÚDE MENTAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

1.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO

Tendo em vista as modificações que ocorreram e ocorrem no planeta todos os dias, a temática sobre saúde mental vem ganhando força e espaço nas comunidades científicas, em virtude de uma demanda real que aumenta a cada dia, sendo percebida pelos profissionais de saúde, sobretudo os atuantes nas emergências. A saúde mental pode ser compreendida como uma condição essencial para que os indivíduos enfrentem os desafios cotidianos, desenvolvam suas capacidades pessoais, mantenham relações interpessoais saudáveis e participem ativamente da vida social e produtiva. Trata-se de um aspecto fundamental do bem-estar humano, intrinsecamente ligado à capacidade de tomar decisões conscientes, conviver em sociedade e transformar o ambiente em que se está inserido. É reconhecida como um direito humano universal e representa uma base imprescindível para o crescimento individual, coletivo e para o progresso socioeconômico. É importante destacar que saúde mental não se resume à ausência de doenças psíquicas; ela se manifesta de forma contínua e dinâmica, variando de pessoa para pessoa, e pode envolver diferentes níveis de sofrimento e funcionalidade. Nesse espectro, situam-se tanto os transtornos mentais e as deficiências psicossociais quanto outras formas de sofrimento psíquico que comprometem o funcionamento cotidiano ou envolvem riscos, como a autolesão, embora nem todos que vivenciam essas condições apresentam necessariamente baixo bem-estar subjetivo (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Pessoas que convivem com os transtornos mentais são acometidas com altas taxas de mortalidade e de incapacidade, o que configura um problema de saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Uma meta-análise conduzida por Walker *et al.* (2015), envolvendo dados de 24 países, revelou que pessoas com transtornos mentais graves podem ter uma expectativa de vida até 10 anos menor em relação à população geral, com maior risco de morte por doenças cardiovasculares, câncer e causas externas, como suicídio. De forma semelhante, Chang *et al.* (2020), ao analisarem uma coorte populacional em Taiwan, constataram que indivíduos com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão apresentavam risco de mortalidade entre 1,5 e 3 vezes superior, além de perda significativa de anos de vida, sobretudo entre homens.

Já na China, Ren *et al.* (2023) observam, em uma coorte com mais de 90 mil pessoas com esquizofrenia acompanhadas em serviços comunitários, uma razão de mortalidade padronizada quase cinco vezes maior que a da população geral, com destaque para suicídio e doenças crônicas como principais causas de óbito. Esses achados evidenciam o impacto



estrutural e social dos transtornos mentais, exigindo políticas públicas que garantam cuidado contínuo e integrado.

Estudos internacionais descrevem a saúde mental da população como um componente dinâmico e multifatorial do bem-estar, que vai além da simples ausência de transtornos mentais e está diretamente relacionado à capacidade de lidar com o estresse da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade. A literatura ressalta que a saúde mental se distribui em um continuum, variando de estados de bem-estar a níveis significativos de sofrimento e comprometimento funcional, com determinantes que envolvem fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Relatórios globais da OMS apontam que fatores como pobreza, desigualdade social, violência, exclusão, discriminação e exposição precoce a adversidades são determinantes cruciais para o adoecimento psíquico, afetando de maneira desproporcional populações vulneráveis e marginalizadas (Organização Mundial da Saúde, 2022). Portanto, é de suma importância direcionar linhas de cuidado que visem a reinserção social e a reabilitação psicossocial, tendo o CAPS como protagonista na articulação comunitária, produzindo cuidado, desenvolvendo projetos terapêuticos comunitários, dispensando medicamentos, acompanhando e assessorando usuários que necessitem de residência terapêutica e dando suporte para a Unidade Básica de Saúde. (Brasil, 2004)

Essas estratégias visam não apenas à estabilização clínica, mas também, e sobretudo, à reconstrução de vínculos sociais, ao acesso a direitos e à ampliação da autonomia dos usuários nos territórios em que vivem. A literatura aponta que a reabilitação psicossocial deve ser entendida como um processo contínuo e coletivo, articulado às políticas intersetoriais, capaz de mobilizar recursos comunitários e fortalecer os projetos de vida das pessoas, favorecendo sua inclusão em espaços de trabalho, cultura, educação e lazer. Nesse sentido, as linhas de cuidado devem ser construídas de forma integral e singularizada, com valorização das necessidades do sujeito e promoção de sua participação ativa no processo terapêutico (Pitta, 2011).

As linhas de cuidado em saúde mental foram definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil, especialmente no contexto da Política Nacional de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foram organizadas com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, orientando os fluxos assistenciais e articulando os diferentes pontos da rede, como os CAPS, unidades de saúde da atenção básica, atenção hospitalar e serviços residenciais terapêuticos (Brasil, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), essas linhas são construídas a partir das necessidades do usuário, propiciando ações que vão desde a promoção da saúde até a reabilitação psicossocial, com enfoque na autonomia, inclusão social e respeito aos direitos humanos.



Projeções nacionais indicam que o adoecimento psíquico no Brasil apresenta uma prevalência elevada e em crescimento nos últimos anos. Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 10,2% da população adulta relataram diagnóstico médico prévio de depressão, representando um aumento significativo em relação aos 7,6% registrados em 2013. Entre jovens de 18 a 24 anos, observou-se quase o dobro na prevalência de sintomas depressivos nesse período, especialmente entre mulheres, pessoas com menor escolaridade e residentes em áreas urbanas. Além disso, o Brasil figura entre os países com maior prevalência mundial de transtornos de ansiedade, afetando aproximadamente 9,3% da população. Estudos realizados em grandes centros urbanos também apontam que cerca de 27% dos indivíduos podem apresentar transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão e uso problemático de substâncias, com variações regionais e etárias. Esses dados indicam que o adoecimento psíquico configura um importante desafio para as políticas públicas de saúde mental no país (Oliveira et al., 2024; IBGE, 2020; Nunes et al. 2016).

Segundo a OMS (2019), atualmente no Brasil também se reflete essa problemática. O país é o quarto entre os países da América Latina com a maior crescente nas taxas de suicídio. Em boletim epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio no Brasil, foram registradas mais de 62 mil mortes entre 2011 e 2016. A maior parte dessas mortes ocorreu por enforcamento (62%). Entre os jovens de 15 a 29 anos, a taxa é maior em pessoas do sexo masculino, com a proporção de 9 mortes por cada 100 mil habitantes. A publicação ainda mostra que, entre 2011 e 2016, foram registradas mais de 48 mil tentativas de suicídio (Brasil, 2017c).

Relatórios e estudos científicos publicados nos últimos cinco anos confirmam que o suicídio permanece uma importante questão de saúde pública no Brasil, com aumento das taxas em determinados grupos populacionais. O Ministério da Saúde, em boletim epidemiológico divulgado em 2021, apontou crescimento significativo das taxas de mortalidade por suicídio entre 2010 e 2019, especialmente entre adolescentes de 15 a 19 anos, com aumentos próximos a 81% nesse período. Também foram observadas elevações expressivas nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste do país (Brasil, 2021). Esses dados atualizados reforçam a complexidade e a urgência do enfrentamento do suicídio no país, exigindo estratégias de prevenção específicas para diferentes perfis populacionais.

Estudos nacionais descrevem a saúde mental da população brasileira como um fenômeno multifacetado, influenciado por determinantes sociais, econômicos e culturais que impactam diretamente o bem-estar psicológico dos indivíduos. Pesquisas apontam para um aumento na prevalência de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, especialmente em grupos vulneráveis, como jovens, mulheres e pessoas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Como já vimos, a literatura acerca do tema destaca que a saúde mental envolve a promoção da qualidade de vida, da resiliência e do



fortalecimento de vínculos sociais. Por isso, os desafios impostos pela desigualdade, pelo desemprego e pela violência urbana devem ser enfrentados, já que agravam o sofrimento psíquico e dificultam o acesso a serviços adequados de cuidado (Oliveira; Santos, 2022).

Nesse sentido, a realidade do crescimento de casos de transtornos é uma grande preocupação para as entidades de saúde nacionais, por isso apontamos obstáculos que agravam esses números e devem ser superados.

O Brasil dispõe de políticas públicas voltadas para enfrentar os desafios do adoecimento psíquico, especialmente por meio da Política Nacional de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que buscam garantir um cuidado integral, com foco na desinstitucionalização e na promoção da reabilitação psicossocial. A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela lei nº 14.478/2022, busca garantir a atenção integral em liberdade, com foco na desinstitucionalização e na atenção psicossocial (Brasil, 2022). Essas políticas são operacionalizadas por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e leitos em hospitais gerais, com vistas a ampliar o acesso e a reinserção social dos usuários. Entre 2023 e 2024, houve investimentos expressivos para fortalecer essa rede, com habilitação de novos serviços e expansão da cobertura. No entanto, persistem entraves como as desigualdades regionais no acesso, insuficiência de profissionais e infraestrutura precária, além da necessidade de maior integração com políticas intersetoriais, o que limita a efetividade das ações. Portanto, apesar dos avanços normativos e operacionais, é imprescindível intensificar esforços para assegurar a universalidade e a qualidade do cuidado em saúde mental no país (Brasil, 2010, 2023; Oliveira; Pereira, 2022).

Dessa maneira, deve-se reforçar o reconhecimento nacional e a necessidade em preservar os modelos de atenção psicossocial nos moldes antimanicomiais de base comunitária, dando autonomia ao usuário, considerando a subjetividade do sujeito e seu protagonismo na elaboração, junto à equipe multidisciplinar de saúde mental, do seu projeto terapêutico singular (Severo *et al.*, 2020).

O modelo de atenção psicossocial representa uma abordagem centrada no cuidado integral das pessoas com sofrimento mental, priorizando a valorização dos vínculos sociais, a autonomia do usuário e a inclusão social em contraposição ao modelo tradicional biomédico e hospitalocêntrico. Tal modelo busca oferecer um atendimento multidimensional, que articula intervenções clínicas, psicossociais e comunitárias, para promover a desinstitucionalização e o respeito aos direitos humanos. Sua importância reside na capacidade de proporcionar práticas mais humanizadas, efetivas e sustentáveis, que considerem o sujeito em sua singularidade e contexto social, favorecendo a reabilitação psicossocial e a reinserção no



convívio comunitário (Brasil, 2009). Seu propósito é substituir o modelo monovalente e biomédico, que gerava um excesso de medicalização e um histórico de exílio e tortura, em benefício serviço que preserva os direitos humanos e a dignidade dos usuários, não restringindo nenhum direito e dando acesso à cidadania (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Costa e Caminha (2023) analisaram as percepções de profissionais de saúde mental sobre os desafios da reforma psiquiátrica na atual conjuntura política. Os resultados de sua investigação evidenciaram o desejo de mudança no cuidado ao sujeito com transtorno mental e o interesse em lutar pela eliminação dos manicômios, questionando a relação paradoxal entre a atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico. O estudo destaca a importância da atenção psicossocial na promoção da saúde mental e na luta contra práticas manicomialistas.

Conforme já observamos neste texto, o contexto da pandemia do coronavírus (SARS-COV II) foi caracterizado pelo aumento do número de pessoas acometidas com transtornos mentais, inclusive envolvendo profissionais de saúde.

Os estudos sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental aumentaram significativamente no período pós-pandemia, refletindo uma crescente preocupação científica com as consequências psicossociais desse evento global. Pesquisas têm explorado com maior profundidade a prevalência ampliada de transtornos como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e burnout, especialmente entre profissionais da saúde, populações vulneráveis e indivíduos que enfrentaram perdas econômicas e sociais severas. Além disso, novos estudos investigam fatores protetivos e intervenções eficazes para mitigar esses efeitos, destacando a importância de políticas públicas voltadas para o suporte psicossocial e a promoção do bem-estar mental em contextos de crise. Expandir o conhecimento dessa maneira contribui para orientar práticas clínicas e estratégias de saúde pública que respondam às demandas atuais e futuras provocadas pela pandemia (Rajkumar, 2020; Vindegaard; Benros, 2020).

Outras pesquisas recentes no Brasil demonstram o impacto significativo da pandemia de COVID-19 na saúde mental de diferentes grupos populacionais. Um estudo com estudantes universitários no estado do Ceará revelou que a preocupação com a morte de familiares e conhecidos pela doença foi relatada por mais de 77% dos participantes, refletindo-se em um estado geral de saúde mental comprometido (Silva *et al.*, 2022). Levantamento realizado também com estudantes universitários no município de Aracati apontou que 75,5% relataram piora da saúde mental durante a pandemia, destacando sintomas de medo, ansiedade e insegurança como os mais prevalentes (Costa; Almeida, 2021).



Além disso, uma pesquisa com usuários de um CAPS do Ceará identificou aumento nos transtornos ansiosos, sentimentos de medo e ideação suicida no período pandêmico, indicando a necessidade de adaptação das estratégias de cuidado frente às demandas ampliadas pelo contexto da COVID-19 (Santos *et al.*, 2021). São estudos que reforçam a importância de ações multiprofissionais e políticas públicas para atenuar os efeitos psicossociais da pandemia no país.

1.2 A VULNERABILIDADE DO SUJEITO

O conceito de vulnerabilidade tem sido amplamente abordado na literatura recente como um fenômeno multidimensional que abrange aspectos sociais, econômicos, culturais e individuais os quais aumentam a exposição a riscos e dificultam o acesso a recursos de proteção. Oliveira e Gomes (2019), ressaltam que a vulnerabilidade está intimamente ligada à exclusão social e à desigualdade, o que contribui para a marginalização e fragilização dos sujeitos, especialmente em contextos de sofrimento psíquico.

Estudos recentes sobre o tema da vulnerabilidade de pessoas em situação de crise psiquiátrica destacam que tais indivíduos enfrentam não apenas desafios clínicos, mas também barreiras sociais, como estigma e insuficiência das redes de suporte, dificultando o manejo adequado e a promoção do cuidado integral (Almeida *et al.*, 2022; Fernandes; Castro, 2020).

A crise psiquiátrica, como já anteriormente citada, pode ser definida como um episódio agudo de desorganização mental que compromete significativamente a capacidade do indivíduo de lidar com suas demandas emocionais, sociais e funcionais, podendo apresentar risco imediato à própria vida ou à integridade de terceiros (Organização Mundial da Saúde, 2019). Trata-se de um momento crítico em que as manifestações clínicas são intensificadas, exigindo intervenção rápida e adequada para estabilizar o quadro. Existe uma relação clara entre crise psiquiátrica e vulnerabilidade, pois uma pessoa em crise, apresenta maior suscetibilidade a fatores adversos, que podem agravar a situação clínica e dificultar o acesso a cuidados efetivos. Há estudos que destacam que a vulnerabilidade social potencializa a frequência e a gravidade das crises, reforçando a necessidade de estratégias integradas que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os determinantes sociais para o manejo eficaz das crises psiquiátricas (Lima *et al.*, 2020).

Embora o Ministério da Saúde tenha ampliado a atenção psicossocial no que diz respeito à criação de novos CAPS para pessoas com transtornos mentais moderados a grave, Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) e Centros de Atenção



Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad) para pessoas com transtornos de comportamento por uso abusivo de droga psicoativa no Sistema Único de Saúde (SUS) (Peres *et al.*, 2018), muitas vezes esse paciente ainda se torna um desafio a ser contornado quando o assunto é atenção à crise. Entendendo a atenção à crise como um momento delicado para a equipe de saúde, é necessário qualificar a abordagem da equipe multidisciplinar no que tange ao manejo ambiental e verbal, potencializando a escuta terapêutica do profissional, para que realize esse acolhimento com eficácia e qualidade, gerando vinculação com a pessoa, transmitindo-lhe confiança e segurança (Santos; Lucena, 2019).

Sentimentos como insegurança, medo, impaciência e tristeza estão constantemente presentes na vida dos profissionais da enfermagem, que são aqueles que, na maioria das vezes, efetuam o primeiro contato com as situações de crise psiquiátrica. Muitos desses profissionais mostram-se incapazes de lidar com os sintomas que emergem da vivência psicopatológica (Paula *et al.*, 2024). Tendo em vista essa realidade evidente, urge pensar, no uso de tecnologias leves como ferramenta principal para a abordagem terapêutica, baseada na subjetividade do sujeito, com ênfase na empatia, na escuta, no acolhimento ao outro, trazendo à vigência confiabilidade do usuário com o serviço de saúde, proporcionando um manejo à crise eficaz e satisfatório (Antonio *et al.*, 2023).

Vale ressaltar que a Lei da Reforma Psiquiátrica — lei 10.216 de 2001 — “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Profissionais de enfermagem afirmam que encontram barreiras na práxis legal da previsão da reforma psiquiátrica, tendo em vista a falta de conhecimento quanto ao manejo à crise, à falta de capacitação, à falta de experiência, além do preconceito e do medo, de modo que essa abordagem à pessoa acontece sem qualidade, gerando repercussões ruins tanto para o paciente quanto para o serviço de saúde, bem como para o profissional de enfermagem imerso na situação (Veloso *et al.*, 2018).

1.3 O CUIDADO ESTÁ NO “ENTRE” E AS TECNOLOGIAS RELACIONAIS

No momento da crise psiquiátrica e das situações de emergências psiquiátricas, todos os profissionais da equipe multidisciplinar são necessários para dar contorno à situação, mas podemos destacar o papel crucial do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem no manejo a quadros de agitação psicomotora, episódios de heteroagressividade ou agressividade autodirigida, tentativas de suicídio e posteriormente à minimização do quadro agudo, uma análise efetiva do exame físico e do exame mental, para que, dessa maneira, seja possível ter uma visão holística da pessoa em sofrimento mental, possibilitando um cuidado com atravessamento ético e embasado no respeito (Ikuta *et al.*, 2013).



Nesse contexto, geralmente, os serviços de emergência psiquiátrica são os primeiros a acolher a crise psicótica e/ou a crise psiquiátrica. Podem ocorrer episódios de autoagressividade e/ou heteroagressividade em alguns casos, expondo não só os familiares do usuário, mas também a equipe de saúde pode estar vulnerável a absorver esse tipo de demanda. Comportamentos de agressividade são comuns em hospitais, sendo ainda mais corriqueiro nos serviços de emergência psiquiátrica, em virtude de alguns quadros de pessoas com demência, uso de substâncias psicoativas etc. Essa é uma grande preocupação das instituições de saúde (Silva, E., et al., 2023). Por isso, para se alcançar um bom resultado no manejo à crise, é necessário se utilizar de tecnologias leves do cuidado para obter uma “intimidade terapêutica” com a pessoa em crise. A escuta, o acolhimento e o vínculo se caracterizam como instrumentos cruciais durante esse momento agudo (Mielke; Olshowsky, 2011).

Como já vimos nesta dissertação, não falamos de máquinas e equipamentos, no caso aqui abordado, as tecnologias leves do cuidado são um conjunto de saberes extremamente eficazes nas ações humanas, que podem ser classificadas como leves, leve-duras e duras. São imprescindíveis para a potencialização da sistematização da assistência de enfermagem de maneira humanitária e visam a um cuidado relacional. A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, prevê o uso de tecnologias leves como recurso muito importante para o processo de trabalho de assistência à comunidade em todas as suas demandas que são biopsicossocioespirituais (Brasil, 2017b).

Para que uma assistência qualificada aconteça, é necessário que ela seja hierarquizada e comprometida com as necessidades da pessoa a ser cuidada. Qualquer coisa longe dessa realidade, se afasta da possibilidade de um cuidado com uso de tecnologia leve. Esse paradigma está pressuposto no clássico texto “Saúde: acartografia do trabalho vivo”, de Merhy (2005), em que o autor deixa claro que a assistência à saúde não se refere somente à análise de exames ou equipamentos diagnósticos e define o serviço de saúde como um serviço vivo, ou seja, que se dá no ato.

Para Merhy e Franco (2008), o “trabalho vivo em ato” se divide em duas perspectivas: uma é direcionada para a atividade efetuada, com o objetivo final de se alcançar um produto; já a outra está diretamente relacionada ao trabalhador e à sua relação com seu ato produtivo e com os produtos que realiza, assim como suas relações com os outros trabalhadores e com possíveis usuários de seus produtos. O que confere vida ao trabalho é o uso de tecnologias leves, que permitem um cuidado com singularidade, baseado na subjetividade no sujeito.

As tecnologias relacionais proporcionam um olhar para uma dimensão rica na produção de encontro e de subjetividade e isso só se dá dentro da dimensão relacional entre



o profissional da saúde e a pessoa em sofrimento. O entendimento do trabalho em saúde como vivo nos leva a compreendê-lo como, por isso os modos e maneiras de cuidar emergem do “entre”. É nesse contexto que nascem maneiras de cuidar e de se relacionar com a pessoa a ser cuidada que, primeiramente, passa por um cuidado a si, para, depois, ir a um cuidado ao outro (Merhy, 2005).

Todo e qualquer lugar com prática de saúde entra no campo da subjetivação, em que a construção do território de subjetividade se expressa com o compromisso de produzir sentido para aquelas práticas. Segundo Merhy e colaboradores (2008), “Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também segundo pelos afetos entre os sujeitos”, ou seja, ao produzirem cuidado em saúde no mundo, produzem a si mesmos, possibilitando afetar-se de maneira mútua (Merhy, 2005). Essa afetação mútua se dá quando os atores do encontro se permitem isso, entendendo o encontro como uma grande troca de saberes e experiências, compartilhando e negociando os projetos de cuidado a serem realizados.

Nesse contexto, a escuta ativa é um dos principais eixos das tecnologias leves, colocando a pessoa em sofrimento mental como protagonista do seu processo saúde-doença, valorizando seus sentimentos, suas angústias e não apenas com foco na sua “queixa”. O profissional enfermeiro, assim como toda a equipe multiprofissional, precisa ser capacitado a ter um olhar para além daquilo que se apresenta, de modo a promover saúde.

Já o acolhimento, não se refere somente a receber a pessoa e atendê-la em suas necessidades, acolher exige demonstração de interesse naquela pessoa, obtenção de atitudes de respeito e responsabilização, criando assim uma relação terapêutica com ela. Essas duas práticas estão intimamente ligadas e não se deve de maneira alguma fragmentá-las, mas sim potencializá-las para a visão do binômio saúde-doença de maneira mais holística (Oliveira *et al.*, 2013).

Para dar conta da atual demanda de pessoas com transtornos mentais, são necessárias políticas públicas que reforcem ações de cuidado, sobretudo antimanicomial, sendo então entendido como um cuidado em liberdade, com autonomia do sujeito, devolvendo ao mesmo cidadania e direitos. A lei 10.216, de 6 abril de 2001, deixa clara a importância da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência no Brasil, tendo como foco garantir o acesso à saúde de maneira igualitária, em consonância com os princípios do SUS (Brasil, 2001).

Para isso, os CAPS destacam-se como formato que substitui o modelo centralizado no atendimento hospitalar psiquiátrico, e atualmente são considerados importantes para as pessoas com algum transtorno mental, mesmo considerando-se que, com a implantação



destes serviços, existe ainda um déficit entre oferta e demanda de saúde mental (Fernandes; Silva; Ibiapina, 2015).

Partindo do pressuposto da reforma psiquiátrica, os casos de emergência ou crise psiquiátrica podem chegar a diversos dispositivos de saúde. Cada pessoa em sofrimento mental demanda um atendimento individualizado baseado em sua subjetividade e demanda um esforço da equipe multiprofissional para dar conta da complexidade do sujeito no momento da crise ou da potencial emergência psiquiátrica.



1.4 A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO

Segundo a OMS (2010), o termo “adesão” é de difícil conceituação. É entendido como um comportamento do indivíduo que atende ao que foi aconselhado pelo profissional de saúde. Todo esse contexto envolve a utilização de prescrições, uso correto da medicação, manutenção do tratamento no período estabelecido pela equipe de saúde e, efetivamente, mudanças nos hábitos de vida (Silva *et al.*, 2012).

Segundo Cardoso e Galera (2006), quando uma pessoa corresponde a 80% das recomendações médicas, respeitando todas as questões que permeiam um tratamento, podemos dizer que houve adesão ao tratamento, que está diretamente ligada ao sucesso do tratamento, pois somente com a participação efetiva da pessoa no tratamento é possível alcançar os objetivos terapêuticos previstos pela equipe de saúde. Em contrapartida, a não adesão pode trazer consequências gravíssimas à pessoa, no aspecto social, econômico e de saúde, provocando a exacerbação dos sintomas e a cronificação da doença (Silva *et al.*, 2012).

Alguns estudos apontam que 57% das pessoas identificadas com espectro de esquizofrenia, (Silva *et al.*, 2012) 47% das pessoas com transtorno afetivo bipolar (TAB) (Santin *et al.*, 2005) e 49% entre as pessoas com transtorno mental (Borba *et al.*, 2018) não aderem ao tratamento de maneira eficaz. A principal causa de morbididades psiquiátricas tem sido a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, provocando reinternações, tempo mais longo de tratamento e, conseqüentemente, menor resposta clínica (Cardoso; Galera, 2009).

É de suma importância conhecer os fatores que levam a essa realidade e essa deve ser a preocupação de todos os profissionais da saúde mental (Borba *et al.*, 2018). Dentre os motivos para a baixa adesão ao tratamento, encontram-se: problemas na interação das pessoas e serviços de saúde, falta de compreensão sobre o curso da doença, desconhecimento sobre a terapia medicamentosa, sentimento de submissão ao profissional de saúde mental e ao dispositivo de saúde, falta de suporte social, preconceitos relacionados ao transtorno mental, entre outros fatores que, somatizados, influenciam diretamente na descontinuidade do tratamento (Aviram; Brodsky; Stanley, 2006; Haddad; Brain; Scott, 2014). Para evitar esses agravantes, os profissionais da saúde mental devem conhecer as pessoas que frequentam o dispositivo e usar esse conhecimento como base para elaborar uma proposição e implementar ações que atendam às necessidades reais da pessoa (Chang *et al.*, 2020).

Assim sendo, é importante considerar a RAPS, conjunto de serviços voltado a todas as pessoas com sofrimento psíquico e/ou com necessidades relacionadas ao uso abusivo de



drogas psicoativas. A RAPS é parte integrante do SUS e está regulamentada no decreto 7.508 de 2011, com ênfase na assistência e articulação de pontos de saúde para os pacientes psiquiátricos (Garcia; Reis, 2018).

Nos serviços prestados, há três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. O primário é composto pela unidade básica de saúde (UBS), responsável por usuários com transtornos mentais leves, sendo assim uma porta de entrada para o SUS, matriciando casos do núcleo de apoio à estratégia saúde da família (NASF).

No nível secundário, temos uma assistência multidisciplinar de média complexidade destinada a acolher pessoas com transtornos mentais moderados, sendo então um cuidado intermediário entre a atenção básica e o CAPS, responsável pelo cuidado longitudinal dos pacientes com transtornos mentais graves, quadros agudizados e/ou crônicos, que exigem acompanhamento intensivo, planejamento de reabilitação psicossocial, exigindo da equipe um manejo da crise. Os serviços de urgência e emergência entram no cenário do cuidado às pessoas com transtornos mentais também agudizados que dão entradas nas unidades de pronto atendimento (UPAs), as quais ofertam atendimento por demanda espontânea ou que foi referenciado por outros dispositivos ou por encaminhamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O nível terciário envolve os hospitais gerais, que lidam com pessoas com transtornos mentais graves e agudizados, dando preferência aos que somam também quadros de comorbidades clínicas, sendo necessário, após a melhora do quadro, encaminhamento para o serviço de saúde mental especializado (Brasil, 2017a).

O CAPS tem o papel de acolher crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos a partir de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, dentre outros. O dispositivo pode oferecer ainda a possibilidade de acolhimento integral, também conhecido como acolhimento noturno, direcionado às pessoas que se encontram em crise psiquiátrica e que apresentam riscos a si ou a outra pessoa. O objetivo é proporcionar um atendimento que gere uma melhora da qualidade de vida, fomentando atividades de inserção social, por meio de ações interdisciplinares, com atendimentos coletivos, em grupo, com a família, através das oficinas terapêuticas e outras atividades desenvolvidas dentro do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2012).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é compreendido como um instrumento metodológico e ético de planejamento, acompanhamento e avaliação do cuidado em saúde, especialmente utilizado nos serviços de base territorial e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas e pactuadas entre a



equipe multiprofissional e a pessoa em sofrimento mental (e, quando pertinente, sua família), tendo como princípio norteador a singularidade de cada sujeito em sua dimensão biológica, psicológica e sociocultural (CARVALHO et al., 2013).

Segundo Carvalho et al. (2013), o PTS constitui um dispositivo que permite a corresponsabilização e a autonomia do usuário no processo de cuidado, na medida em que promove a escuta qualificada, o vínculo e o reconhecimento do sujeito em sua totalidade. O projeto é elaborado a partir da análise interdisciplinar do caso, com vistas à definição de metas terapêuticas, estratégias de intervenção e acompanhamento sistemático, sendo constantemente revisado de acordo com a evolução do cuidado e as transformações contextuais da vida do usuário.

O caráter singular do PTS decorre do fato de que ele não se baseia em protocolos rígidos ou padronizados, mas em planos que consideram as especificidades e potencialidades de cada pessoa. Conforme destaca o Ministério da Saúde, o PTS possibilita “a participação, reinserção e construção de autonomia para o sujeito e sua família em sofrimento psíquico”, configurando-se como um instrumento central do modelo de atenção psicossocial (CARVALHO et al., 2013, p. 87).

Além disso, o PTS assume relevância política e técnica no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois traduz, no cotidiano dos serviços, o princípio da desinstitucionalização e o rompimento com o modelo biomédico centrado na doença. Ao invés de priorizar apenas o diagnóstico e a medicação, o projeto visa à reconstrução de vínculos, à ampliação da rede social e à promoção da cidadania do usuário (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Para melhor atender à demanda populacional, o CAPS foi dividido em unidades de acordo com a extensão territorial, sua complexidade e especialização. São elas: CAPS I, CAPS II, CAPS ad II, CAPSi II, CAPS III, CAPS ad III e CAPS AD IV. O CAPSi (infantil) II, destinados ao tratamento da saúde mental de crianças e adolescentes, enquanto os CAPSad (álcool-drogas) II, III e IV são especializados em pessoas com transtornos psiquiátricos ligados ao abuso de álcool e outros tipos de drogas (Brasil, 2002a).

O CAPS III é diferente dos outros CAPS, pois possui uma maior capacidade operacional, atua em localidades com população acima de 200.000 habitantes. Além disso, possui a possibilidade de hospitalização noturna em caso de pessoas em crise psiquiátrica (24 horas), incluindo finais de semana e feriado (Brasil, 2002a).



Apesar de passados mais de 20 anos da promulgação da reforma psiquiátrica e de hoje, no Brasil, termos uma considerável ampliação dos serviços de atenção psicossocial de base territorial, é notória a dificuldade dos diversos profissionais de saúde em manejar as situações de crise que se referem à saúde mental. Há pouco entendimento da importância da aplicabilidade das tecnologias leves do cuidado e, com isso, ocorre déficit do tratamento das pessoas, que muitas vezes se afastam do dispositivo de saúde (Medeiros; Segóvia, 2021). Diante desse quadro, este estudo se mostra relevante, pois tem como objeto de pesquisa: o uso de tecnologias relacionais nas emergências e crises psiquiátricas no cenário do CAPS III Adulto.

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso de tecnologias leves como ferramenta de adesão ao tratamento de pessoas em situação de emergência e crise psiquiátrica no cenário do CAPS III.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- identificar como se constitui o uso de tecnologias leves nas situações de emergência e crise psiquiátrica, do ponto de vista da literatura vigente;
- descrever os fatores que incentivam a adesão da pessoa em sofrimento mental ao tratamento no CAPS III segundo os profissionais da saúde;
- analisar a relação do uso de tecnologias leves e a adesão ao tratamento em situações de emergência e crise psiquiátrica.



2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa encontra justificativa na importância de darmos luz a um ponto ainda pouco abordado nas práticas profissionais da equipe de saúde mental. Apesar da reforma psiquiátrica já ter sido promulgada há mais de 20 anos, ainda temos vigentes modelos de assistência em saúde mental com características manicomiais, pelo viés da tutela, da privação de liberdade e da autonomia, pela imposição do respeito via ameaça, pela marca da agressividade verbal e física na condução das crises psiquiátricas quando elas ocorrem nos dispositivos. Em contrapartida, também encontramos profissionais inseguros no manejo da crise, demonstrando sentimentos de “medo” e “ansiedade”, principalmente quando se trata de uma crise com característica de heteroagressividade. Portanto, é necessário trazermos essa temática para ampliarmos o número de publicações relacionadas ao assunto, para clarificar o uso de tecnologias leves na condução da crise, reforçando sua importância e eficácia nessa condução, angariando então mais segurança profissional na atuação da equipe multidisciplinar de saúde mental atuante no CAPS III Adulto.

A presente pesquisa também dialoga diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Agenda 2030 das Nações Unidas, sobretudo com o ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, cuja meta 3.4 busca reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, incluindo os transtornos mentais, e promover a saúde mental e o bem-estar (ONU, 2015). Ao propor a análise do uso de tecnologias leves como instrumentos de adesão ao tratamento em situações de emergência e crise psiquiátrica, o estudo contribui para o fortalecimento das práticas de cuidado centradas na pessoa, em consonância com a política de saúde mental brasileira e com as diretrizes globais de promoção da saúde mental integral e comunitária.

Além do ODS 3, a pesquisa também se alinha ao ODS 10 – Redução das Desigualdades, na medida em que propõe práticas terapêuticas que reconhecem a singularidade e as vulnerabilidades do sujeito em sofrimento psíquico, combatendo estigmas e exclusões históricas que ainda marcam a assistência em saúde mental. Ao fortalecer vínculos, promover o acolhimento e favorecer a adesão ao tratamento, as tecnologias leves ampliam o acesso e a equidade no cuidado, reforçando o princípio da justiça social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a relevância desta dissertação transcende o campo científico da saúde mental, pois reafirma o compromisso da assistência em saúde mental com a Agenda 2030,



especialmente no tocante à promoção de saúde mental como elemento fundamental do desenvolvimento humano sustentável. O estudo fortalece o debate sobre práticas de cuidado que integram ciência, ética e equidade social, oferecendo subsídios para políticas públicas mais inclusivas e inovadoras no campo da atenção psicossocial.

3 O PROCESSO METODOLÓGICO

Esta dissertação nasce de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado acadêmico, orientado pela professora doutora Taís Veronica Cardoso Vernaglia e vinculado à linha de pesquisa "A gerência do cuidado de enfermagem na clínica de saúde mental".

O processo aqui descrito foi realizado a partir de dois desenhos metodológicos: uma revisão de escopo, intitulada: "O cuidado está no 'entre'", que teve como objetivo realizar um mapeamento das tecnologias leves e uma análise das que são utilizadas dentro do CAPS, e um estudo de campo intitulado "A relação do uso de tecnologias leves em situações de emergência e crise psiquiátrica com a adesão do paciente ao tratamento no CAPS III".

3.1 TIPO DE MÉTODO DE ABORDAGEM

3.1.1 REVISÃO DE ESCOPO

O processo metodológico se deu a partir da proposta metodológica designada pelo Joanna Briggs Institute (JBI) assegurando a validade, transparência e reprodutibilidade do processo. Todas as fases, desde a formulação da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, até a extração, categorização e síntese dos dados, foram conduzidas rigorosamente dentro desse modelo sistemático. Para a elaboração da revisão de escopo do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols - extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). Em uma busca preliminar no PROSPERO, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews e JBI Evidence Synthesis, nenhuma revisão sistemática atual ou em andamento sobre o tópico foi identificada.

A busca preliminar considerou inicialmente os termos dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH e Embase subject headings (Emtree), combinados pelos operadores booleanos OR e AND no MEDLINE/Pubmed, OSF, PROSPERO, JBI Synthesis, Cochrane Library. Os termos identificados irão compor uma



estratégia de busca definitiva a ser adaptada nas bases de dados e fonte de informação definidas para a revisão, a saber: MEDLINE/Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier e Fonte Acadêmica da EBSCO; Scopus e Embase da Elsevier; APA PsycInfo, além das seguintes bases de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Index Psicologia – Periódicos, dentre outras, e do portal de revistas Scientific Electronic Library Online (SciELO)

A estratégia de busca está direcionada para a seleção de estudos publicados na National Library of Medicine (PubMed), utilizando a combinação entre os descritores e palavras contidas em títulos, resumos e as palavras-chave de artigos relacionados ao tema e, posteriormente, será adaptada para cada base de dados. Também serão consideradas as referências contidas nos artigos encontrados. Será incluída na pesquisa a Plataforma Google Scholar. Em todas as plataformas, serão considerados estudos nos idiomas inglês, português e espanhol e sem recorte temporal.

Para seleção dos artigos, foi utilizado o *software* gratuito Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar), que serve para triagem dos textos por título e resumo, para classificação dos artigos incluídos e excluídos.

Para garantir maior fidedignidade e minimização de vieses, a seleção e definição final dos estudos incluídos contaram com a colaboração de uma segunda pesquisadora, que atuou de forma independente na triagem dos títulos e resumos, bem como na leitura dos textos completos. As discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso, reforçando o rigor científico e a confiabilidade dos resultados obtidos.

Após a triagem, todos os artigos incluídos foram analisados por meio da leitura do texto completo e considerada a elegibilidade para a revisão. Os dados foram analisados de acordo com o conteúdo em estudo e os resultados da pesquisa foram apresentados no fluxograma do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) (Tricco, 2018) e publicados no produto da revisão de escopo.

4 O CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada com base no referencial da abordagem qualitativa. Pesquisa qualitativa tem alta relevância para a comunidade científica porque considera experiências e expectativas sobre o uso de uma tecnologia de saúde, além de levantar



evidências sobre as necessidades em saúde e suas dinâmicas sociais. Essas análises são importantes para entendermos as barreiras e os facilitadores na implementação dessas tecnologias dentro dos serviços de saúde, e essas evidências advêm de uma pesquisa qualitativa (Booth, 2016).

É também imprescindível considerar as experiências e/ou expectativas sobre o uso de uma tecnologia de saúde específica, além das evidências sobre a relação entre as necessidades em saúde e as dinâmicas sociais mais gerais. Tais informações e análises podem ser particularmente úteis na compreensão das barreiras e facilitadores para o oferecimento ou implementação de novas tecnologias nos serviços de saúde. (Snape; Spencer, 2009).

As pesquisas qualitativas apresentam um crescente reconhecimento na área da saúde, o que resulta em um número considerável de revistas científicas com esse tipo de estudo. Seu intuito é analisar experiências e interpretações dos indivíduos sobre determinados assuntos, através de uma coleta sistemática organizada e analisada com base em falas ou observações. Esses dados de coleta envolvem a interação entre o pesquisador e o participante, com objetivo principal de identificar e descrever as expectativas, comportamentos e preferências em relação a um assunto (Carroll, 2017).

Além disso, a natureza do estudo qualitativo é orientada por uma base teórica que sustenta a análise dos seus resultados. Esses referenciais teórico-metodológicos derivam de paradigmas científicos que, por sua vez, são conformados pelas dimensões ontológica (natureza da realidade), epistemológica (natureza do conhecimento) e metodológica (procedimentos e métodos para compreender a realidade).

Diversas metodologias que podem ser adotadas dentro de uma pesquisa qualitativa, como a metodologia etnográfica, a fenomenologia, estudos de caso e metodologias participativas. Na área de saúde, recorre-se constantemente à última, também conhecida como “pesquisa-ação”. Neste trabalho, há uma fusão entre várias metodologias, com o objetivo de produzir conjuntamente um processo de pesquisa, com indivíduos e grupos cujos problemas constituem o objeto de estudo. O objetivo da pesquisa se dá na convergência da perspectiva da ciência e da prática, permitindo rever o que já está estabelecido e determinado sobre uma condição, sobre um problema (Bergold; Thomas, 2012).

Quando se fala em pesquisa qualitativa, as “evidências” levantadas não se referem a números e/ou estatísticas, mas ao que as pessoas pensam, dizem e experimentam em relação a um contexto real em estão inseridas. Quando esses questionamentos são levantados num contexto de tomada de decisão, faz-se uma síntese de evidências qualitativas, as quais podem clarificar as diferentes formas de ver, com a participação de



diferentes atores sociais sobre um determinado assunto, fazendo um contraponto entre os benefícios e os malefícios de suas intervenções e os fatores que influenciam nessa dinâmica. Essa forma de proceder permite aos pesquisadores a irem além de resultados de estudos qualitativos primários oferecendo múltiplas perspectivas e até levantamentos de pontos de vista contraditórios (Campbell *et al.*, 2003).

Assim, a presente pesquisa é do tipo descritiva e exploratória, cujo objetivo é descrever características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (Gil, 2017), especificamente nesta pesquisa analisaremos o uso de tecnologias leves como ferramenta de adesão ao tratamento dos pacientes em situações de emergências psiquiátricas no CAPS III. Já o caráter exploratório busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Entre as pesquisas descritivas, destacam-se aquelas que estudam características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas nesse grupo as pesquisas que se propõem levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam a descobrir a existência de associações entre variáveis, como, por exemplo, nesta pesquisa, foram analisadas as correlações entre o uso de tecnologias leves no momento da emergência e crise psiquiátrica e a adesão do paciente ao tratamento no CAPS III.

O local específico da pesquisa fica no município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense. O último censo, realizado em 2022, registra 785.867 habitantes na localidade, com densidade demográfica de 1.509,60 habitantes por quilômetro quadrado. Sua área é de 520.581 km². Já o município do Rio de Janeiro, capital do estado, apresenta uma população de 6.211.223 habitantes, em uma área de 1.200,33 km², com densidade de 5.174,6 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2023).

A comparação entre os dois municípios revela contrastes expressivos em termos de escala populacional, densidade urbana e estrutura socioeconômica. O Rio de Janeiro concentra uma população quase oito vezes superior à de Nova Iguaçu e apresenta um adensamento urbano mais de três vezes maior, o que reflete uma organização espacial intensamente urbanizada, com alta concentração de serviços, equipamentos públicos e infraestrutura. Em contrapartida, Nova Iguaçu combina áreas urbanas consolidadas com extensas zonas periurbanas e rurais, o que gera desafios distintos, sobretudo no acesso territorial aos serviços públicos, na mobilidade e na distribuição equitativa da rede de atenção à saúde.



Essas diferenças estruturais impactam diretamente o planejamento e a execução de políticas públicas, especialmente na área da saúde coletiva. No município do Rio de Janeiro, a elevada densidade populacional implica maior pressão sobre os serviços de saúde, com alta demanda por atendimento em unidades de pronto atendimento, hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O desafio principal está na organização da rede assistencial e na integração entre níveis de atenção, de modo a atender uma população numerosa e heterogênea.

Em Nova Iguaçu, por sua vez, os desafios se concentram na dispersão territorial e na heterogeneidade socioespacial, que dificultam a cobertura plena das políticas públicas. Ainda que a densidade média seja menor, há áreas com grande vulnerabilidade social, onde a precariedade da infraestrutura urbana, o baixo acesso a transporte público e a limitada presença de equipamentos de saúde ampliam as barreiras de acesso. Assim, o impacto das desigualdades se expressa não apenas na escala quantitativa da demanda, mas também na qualidade da oferta e na efetividade das políticas locais.

Além disso, a diferença de escala e de densidade demográfica entre os dois municípios influencia as estratégias de gestão. Nova Iguaçu demanda estratégias territoriais específicas, que considerem os vazios assistenciais e as particularidades regionais da Baixada Fluminense.

Portanto, compreender essas discrepâncias é fundamental para contextualizar o estudo e intervenções em saúde, especialmente quando se trata da análise de serviços públicos, de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de estratégias voltadas à equidade e à redução de vulnerabilidades.

O município está dividido nas seguintes unidades regionais de governo (URG): Centro, Posse, Comendador Soares, Cabuçu, Km 32, Austin, Miguel Couto, Tinguá e Vila de Cava. O estudo será realizado na área programática da URG Centro, localizada no centro do município de Nova Iguaçu. Os bairros atendidos pela URG Centro são: Centro, Califórnia, Vila Nova, Caonze, Bairro da Luz, Jardim Alvorada, Santa Efigênia, Jardim Iguaçu, Chacrinha, Moquetá, Viga, Rancho Novo, Vila Operária, Engenho Pequeno, Jardim Tropical e Prata.

A coleta de dados se deu através de uma entrevista semiestruturada, realizada com os colaboradores que atuam na equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial III Dr. Jair Nogueira que tivessem ligação direta na construção do projeto terapêutico singular da pessoa em sofrimento mental. Nova Iguaçu conta com os seguintes dispositivos: CAPS III Dr. Jair Nogueira, CAPSi II Dom Adriano Hipólito, CAPS AD II Vanderlei Marins, Emergência



Psiquiátrica de Austin, SRT Centro, SRT Esplanada, SRT Carmari, SRT Tinguá I, SRT Tinguá II, SRT Tinguá III, SRT Tinguá IV e SRT Rancho Novo.

Figura 1 – Mapa do município de Nova Iguaçu



Fonte: Thunger, 2024.

A unidade selecionada para ser o campo do estudo foi o CAPS III Dr. Jair Nogueira, por se tratar do único dispositivo que se adequa à necessidade da pesquisa, por ser uma unidade com atendimento às situações de emergência e crise psiquiátrica, dando conta da demanda de transtornos mentais moderados a graves de pacientes adultos. A unidade selecionada possui quatro leitos de acolhimento noturno e/ou integral e uma equipe multidisciplinar atuante.



4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA E ESTRATÉGIAS DE RECRUTAMENTO

A amostragem é não probabilística não conveniente composta por profissionais de saúde pertencentes à equipe multidisciplinar. Foram incluídos 20 profissionais a partir dos seguintes critérios descritos abaixo.

A pesquisa tem por critério de inclusão: Profissionais da equipe multidisciplinar, que tenham nível superior, que atuem no CAPS III há pelo menos 1 ano e tenham participado diretamente de algum atendimento de emergência e/ou crise na unidade. Os critérios de exclusão foram: profissionais que tenham atuado na situação de emergência e/ou crise psiquiátrica, mas não fazem parte da equipe direta do CAPS e profissionais de nível médio ou com atuação exclusivamente administrativa, também foram excluídos colaboradores que tivessem menos de um ano de contribuição, possibilitando o alcance das pessoas que pudessem contribuir de maneira expressiva com a pesquisa em questão.

O número de participantes da pesquisa, foi definido em consonância com as condições reais de composição e funcionamento da equipe do CAPS III Dr. Jair Nogueira, considerando aspectos institucionais e operacionais que impactam diretamente a elegibilidade dos sujeitos. A unidade apresenta alta rotatividade de profissionais, o que restringe a identificação de participantes que atendam ao critério de inclusão referente ao tempo mínimo de um ano de atuação no serviço, requisito fundamental para assegurar a consistência e a profundidade das informações obtidas, especialmente no tocante às práticas de manejo de situações de crise e emergência psiquiátrica.

Além disso, a organização diferenciada das cargas horárias e escalas de trabalho entre as categorias profissionais também influencia a disponibilidade e a participação nas atividades coletivas da unidade. Enquanto a equipe multidisciplinar mantém vínculo de 30 horas semanais, com presença regular em reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais — espaços centrais na construção da lógica de cuidado psicossocial —, os técnicos de enfermagem cumprem escala de 40 horas semanais distribuídas em plantões fixos 24x120, o que limita sua inserção nesses momentos coletivos.

Desse modo, a composição final da amostra reflete tanto as condições organizacionais concretas do serviço quanto a necessidade de garantir a qualidade e a relevância das narrativas profissionais obtidas, priorizando participantes com inserção estável e vivência consolidada no contexto institucional do CAPS III.

Ressalta-se que, conforme orienta Minayo (2017), em pesquisas qualitativas o tamanho da amostra não é determinado por critérios estatísticos, mas pela suficiência e pela repetição dos conteúdos que emergem das falas, até que se alcance a saturação teórica dos



dados. Nessa perspectiva, o número de 20 participantes mostrou-se adequado para contemplar a diversidade de experiências e assegurar a profundidade analítica necessária à compreensão do fenômeno investigado, em consonância com os princípios da análise de conteúdo propostos por Bardin (2016).

A abordagem aos participantes foi realizada em dois momentos. Em um primeiro momento, foi realizada uma apresentação do projeto para a equipe multidisciplinar e chefias imediatas, durante a reunião de equipe.

No segundo momento, após a concordância da equipe, através do contato direto no cenário de pesquisa, foi realizada uma breve apresentação individual do estudo com o intuito de informar sobre a temática, os objetivos e convidar os interessados a participar, bem como, fornecer todos os esclarecimentos necessários.

Mediante o aceite, foi disponibilizado o código de cada participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com seção para o participante deixar o seu consentimento registrado e o roteiro de entrevista que foi utilizado na pesquisa. O TCLE foi preenchido antes do instrumento de pesquisa. Apenas quem consentiu a participação na pesquisa, teve acesso aos instrumentos da pesquisa, em forma de roteiro semi-estruturado. Quem não consentiu, foi agradecido a disponibilidade em ouvir sobre a proposta de estudo. Todos os contatos foram presenciais no local de trabalho dos participantes sem interferir no seu turno de trabalho e sem a necessidade de deslocamento fora do dia de trabalho. O recrutamento foi feito mediante a um diálogo aberto e sensível às demandas dos participantes quanto ao interesse em contribuir, bem como a condução das entrevistas em dia, hora e local conveniente. Foi solicitado o consentimento prévio da chefia imediata para a realização da abordagem individual dos participantes.

Foi garantido aos participantes a divulgação dos resultados da pesquisa na instituição onde os dados foram coletados ao término do estudo.

No primeiro semestre de 2025, foi realizada a revisão bibliográfica e o levantamento teórico das temáticas que permeiam este estudo. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO (CAAE 79643924.50000.5285), iniciamos a pesquisa de campo no CAPS III, para a coleta de dados, transcrição da gravação das entrevistas e decodificação dos dados. Depois disso, iniciamos a comparação dos dados e a discussão dos resultados, com levantamento de hipóteses que enfatizam a correlação do uso de tecnologias leves no momento da emergência e crise psiquiátrica com a adesão do paciente ao tratamento no CAPS III. No segundo semestre do ano de 2025 iniciou-se a preparação para o artigo científico exigido na formação de mestrado. Por fim, foi iniciado o processo que culminará na defesa da dissertação que se segue à avaliação pela banca de qualificação.



A amostra deste estudo contempla a participação dos atores envolvidos no manejo das situações de crise e emergências psiquiátrica atuantes no CAPS III com pelo menos um ano de atuação no dispositivo. O foco principal foi direcionado nas entrevistas a partir de um questionário semiestruturado com questões objetivas e abertas. (apêndice A) Secundariamente, propusemos ao entrevistado a correlação do uso de tecnologias leves no momento da emergência e crise psiquiátrica com a adesão dos pacientes ao tratamento no CAPS III, para que fosse possível analisar se há essa correlação entre as variáveis e como ela ocorre, se for o caso.

Após leitura e consentimento dado por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as perguntas foram realizadas de maneira oral pelo pesquisador responsável por esta pesquisa, o participante respondeu livremente a partir do seu nível de conhecimento em relação àquele tema. Todas as respostas foram gravadas para posterior transcrição, análise e discussão dos dados. O conteúdo das gravações ficará disponível apenas para o pesquisador responsável e será armazenado por cinco anos em arquivo nível trancado por senha.

A ação de entrevistar alguém de grupo envolve um depoimento pessoal, que é, ao mesmo tempo, coletivo, pois as informações cedidas pelas pessoas participantes da pesquisa podem representar um conjunto, quando são determinadas pré-condições (Romney; Weller; Batchelder, 1986). Nesse sentido, uma amostra qualitativa ideal tem a preocupação de mostrar as múltiplas dimensões de um determinado fenômeno com foco na qualidade das ações e das interações durante o processo. O exercício fundamental é preocupar-se com o aprofundamento e com a abrangência do estudo a partir do grupo de participantes, e colocá-lo à luz das teorias que vão embasar todas as indagações da pesquisa em questão. Para o estudo, foram feitas dez entrevistas.

Os dados foram organizados e tabulados através do programa Microsoft Office Excel e posteriormente analisados. As entrevistas gravadas foram submetidas às etapas da análise de temática (Minayo, 2017), a saber:

- a) ordenação dos dados: transcrição das gravações, releitura do material, organização dos dados;
- b) classificação dos dados em categorias, destacando as estruturas relevantes contidas nas falas;
- c) análise final, estabelecendo as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos.



Foi feita uma análise categorial temática, conforme proposta por Bardin (2016), que é uma técnica de análise de conteúdo amplamente utilizada em pesquisas qualitativas, especialmente nas ciências humanas e sociais, com o objetivo de interpretar significados latentes em discursos e textos. Essa abordagem busca identificar, organizar e interpretar unidades de sentido a partir de categorias temáticas emergentes do material analisado. Essa metodologia permite dar visibilidade a aspectos subjetivos, sociais e simbólicos do discurso, contribuindo para a compreensão aprofundada dos fenômenos investigados (Bardin, 2016).

Foi efetuada uma leitura flutuante de todo o material coletado, para se pudesse captar todas as impressões e, a partir disso, empreender a constituição do corpus de análise, ou seja, a definição dos documentos a serem analisados. A partir dessa leitura, formularam-se hipóteses e objetivos, com definição dos focos analíticos com embasamento no objetivo da pesquisa, para posterior codificação das informações coletadas.

Segundo Holsti (1969 *apud* Bardin, 2016, p. 133), “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

O objetivo principal dessa codificação é sistematizar, classificar e/ou categorizar, possibilitando segregar e/ou reagrupar e consolidar sentido, dando explicação aos fenômenos apresentados de maneira similar ou divergente, sendo possível então uma discussão analítica sobreposta aos dados apresentados. São gerados códigos para isso. Depois desse momento, é feita a construção de categorias que dão meios para descrever o fenômeno sobre investigação, aumentando o conhecimento e propicia conhecimento. Essencialmente, os códigos são agrupados em categorias quando são relacionados em termos de conteúdo ou contexto (Erlingsson; Brysiewicz, 2017).

Os dados foram analisados de maneira sistemática para que fosse possível avaliar as inferências produzidas e para que pudessemos extrair correlação nos conteúdos e explicações sobre os fenômenos. Após cumprida a etapa de pré-análise do material, com leitura flutuante de tudo que foi coletado durante as entrevistas semiestruturadas, foram escolhidos os documentos componentes do “corpus da análise”, segundo os critérios pré-estabelecidos por Bardin (2016).

O corpus desta pesquisa envolve dados preliminares, atualmente constituído por dez entrevistas semiestruturadas, realizadas com profissionais de nível superior atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III) localizado na baixada fluminense do estado do Rio de Janeiro. A seleção dos participantes foi orientada pelos seguintes critérios previamente definidos: tempo mínimo de um ano de atuação na instituição, participação em manejos de crise psiquiátrica e vínculo ativo com a equipe multiprofissional do serviço. Foram



incluídos profissionais de diferentes formações, tais como psicologia, enfermagem, serviço social e educação física, compondo um recorte representativo das práticas interdisciplinares dentro do CAPS.

A definição do corpus ocorreu em consonância com os critérios estabelecidos por Bardin (2016), buscando garantir a qualidade e a legitimidade da análise:

- Representatividade: os participantes foram selecionados por seu envolvimento direto nas práticas de cuidado e manejo de crise no CAPS III, refletindo a diversidade de experiências e saberes presentes na equipe multiprofissional;
- Exaustividade: todas as entrevistas que atenderam aos critérios de inclusão foram analisadas, até que se alcançasse a saturação temática, ou seja, o ponto em que novos dados já não acrescentavam elementos relevantes às categorias emergentes;
- Homogeneidade: embora os participantes tenham formações diversas, todos compartilham um mesmo campo de atuação, o cuidado em saúde mental em contexto de crise dentro do CAPS III, assegurando a coerência interna do corpus;
- Pertinência: os conteúdos discursivos abordam diretamente o objeto da pesquisa, possibilitando a construção de categorias que respondam aos objetivos do estudo, sobretudo no que se refere às concepções, estratégias e desafios envolvidos no manejo das crises em ambiente psicossocial.

Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, os nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos (ex.: “E1CAPS, E2CAPS, E3CAPS...”), conforme os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra para fins de análise. Os dados foram tratados à luz da análise de conteúdo na modalidade categorial temática, conforme proposta por Bardin (2016), possibilitando a identificação de unidades de registro, unidades temáticas e categorias que expressam sentidos recorrentes nos discursos analisados.

Em um segundo momento foi feita a exploração do material e a codificação das informações, agregando o conteúdo coletado em unidades menores, chamadas “unidades de registro”, possibilitando uma descrição apurada do conteúdo apresentado (Bardin, 1977 *apud* Oliveira, 2008).

4.2 USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PESQUISA



Em consonância com os princípios éticos que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, declara-se que, no desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial (IA) exclusivamente como apoio à revisão linguística e à organização estrutural do texto acadêmico.

Especificamente, foi utilizada a plataforma ChatGPT como recurso auxiliar, por meio da inserção de comandos textuais (prompts) elaborados pelo pesquisador, com o objetivo de aprimorar a clareza, a coesão, a organização textual e a adequação da linguagem acadêmica. Esses prompts foram direcionados à reestruturação de frases, de vocabulário técnico, revisão gramatical e ordenação lógica das ideias previamente construídas, sempre partindo de conteúdos autorais já produzidos.

O uso dessas ferramentas ocorreu sob supervisão direta e contínua do pesquisador principal, não interferindo nas decisões teóricas, metodológicas ou analíticas do estudo, as quais permaneceram sob sua inteira responsabilidade. Ressalta-se que nenhum dado empírico da pesquisa foi inserido, processado, armazenado ou analisado por sistemas externos de Inteligência Artificial, incluindo entrevistas, transcrições, falas de participantes ou quaisquer informações de natureza sensível.

A análise dos dados qualitativos e a interpretação dos resultados foram realizadas exclusivamente pelo pesquisador, garantindo a preservação da autoria intelectual, da originalidade científica e da integridade do processo analítico. Dessa forma, o uso de IA não configurou substituição do trabalho intelectual humano, sendo empregado apenas como recurso auxiliar à escrita acadêmica.

Esses procedimentos asseguram o cumprimento dos princípios éticos fundamentais previstos na Resolução CNS nº 466/2012, especialmente no que se refere ao respeito à dignidade humana, à confidencialidade, à privacidade, à não maleficência, à beneficência e à responsabilidade do pesquisador, preservando os direitos dos participantes e a integridade ética da pesquisa.

4.3 ELEMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Levou-se em consideração a resolução 466/12, em que consideramos os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (Brasil, 2012). Em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, será garantida a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados e a preservação do



anonimato. Os riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento por parte do entrevistado e/ou insegurança em dar alguma resposta inadequada ao que foi perguntado. Vale ressaltar que, mesmo que todos os participantes tenham assinado o TCLE, qualquer pessoa podem deixar de participar da pesquisa no momento que desejar, assim como deixar de responder a algum questionamento. Para reduzir esses riscos, o entrevistador demonstrou postura empática e cordial em responder a todos os questionamentos que pudessem surgir e garantiu ao participante completo sigilo, tanto durante a coleta dos dados, quanto na divulgação dos resultados da presente investigação. Os benefícios da pesquisa estão em torno do ganho conceitual e científico relacionado ao manejo da crise psiquiátrica com uso de tecnologias relacionais, proporcionando uma atuação profissional mais segura, garantindo uma linha de cuidado com base na reforma psiquiátrica e humanizada.

Foi assegurado ao participante que seu nome não constará em nenhum formulário a ser preenchido pelo pesquisador, a identificação foi feita por um código, logo no início da entrevista, por isso, em nenhum momento, será cobrado preenchimento de dados como nome ou qualquer outra informação que permita identificação. Nenhuma publicação revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. O banco de dados gerado pelas respostas foi todo codificado, o que impedirá qualquer identificação.

Foi assegurado ao participante que, mediante a percepção de possível constrangimento e/ou insegurança em dar alguma informação, ele teve a opção de dizer “prefiro não responder”.

As informações foram armazenadas em planilha e foi solicitado ao CEP da UNIRIO a autorização para a coleta de dados através da carta emenda. Todos os dados coletados foram analisados de maneira anônima e os resultados, apresentados de maneira conjunta, garantindo a privacidade de todos os participantes da pesquisa. Ao término deste estudo, os resultados serão apresentados aos participantes da pesquisa e também à instituição onde foi realizada a coleta de dados.



5 PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Diante da temática em evidência, o objetivo desta revisão de escopo é encontrar evidências científicas do uso de tecnologias leves no campo da saúde mental, a partir dos profissionais de saúde. Como já dissemos, uma busca preliminar foi conduzida nas bases PROSPERO, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews e JBI Evidence Synthesis, e não foram identificadas revisões sistemáticas atuais ou em andamento diretamente relacionadas ao tema proposto. Isso reforça a necessidade de mais publicações a respeito, para que seja possível ampliar conhecimentos referentes à temática, como: “Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro”, “Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito”, “Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado”. O protocolo da presente revisão de escopo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF).

5.1 PERGUNTAS DE REVISÃO

Primariamente, pergunta-se: quais as evidências científicas, no contexto do uso de tecnologias leves por profissionais de saúde, na realização das ações de cuidado em saúde mental? Secundariamente, busca-se saber: quais as tecnologias leves mais usadas no campo da saúde mental e qual a importância delas?

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos profissionais da saúde que atuem no campo da saúde mental no CAPS III do município de Nova Iguaçu e participem do processo de acolhimento ao paciente com transtornos mentais moderados a grave e façam uso de tecnologias leves do cuidado durante o seu atendimento, devendo ter pelo menos um ano de atuação.

Quanto aos estudos selecionados, serão considerados aqueles que tratem do uso de tecnologias leves como principal forma de abordagem junto às pessoas com transtornos mentais e que necessite de atendimento nos principais dispositivos de saúde mental, sendo então acolhido por uma equipe multidisciplinar atuante nos moldes da reforma psiquiátrica, com ênfase em um cuidado centrado no sujeito, respeitando sua autonomia e subjetividade, tendo como ponto central a humanização do cuidado a partir de uma assistência antimanicomial.



Foram incluídos também estudos inseridos no contexto da saúde mental, sobretudo acerca dos CAPS, que se mostram importante dispositivo de saúde mental a partir da reforma psiquiátrica, tendo base comunitária, com ênfase no acolhimento e na oferta de cuidado pelo viés da liberdade e da autonomia do sujeito. Para isso, elegeram-se pesquisas qualitativas de qualquer desenho ou metodologia, estudos experimentais, não experimentais, randomizados e observacionais, conforme descrição disponível no item “revisão de escopo”.

Foram coletados ainda artigos que contemplam a definição de tecnologias leves, o uso de tecnologias leves por profissionais de saúde, a aplicação dessas tecnologias como ferramenta de trabalho no campo da saúde mental, o ano de publicação desses artigos, e a população alvo. Conforme a necessidade de ajustes durante a leitura e síntese dos dados, a ferramenta desenvolvida poderá ser modificada, o que será relatado no texto final da pesquisa.

5.3 ANÁLISE DE DADOS

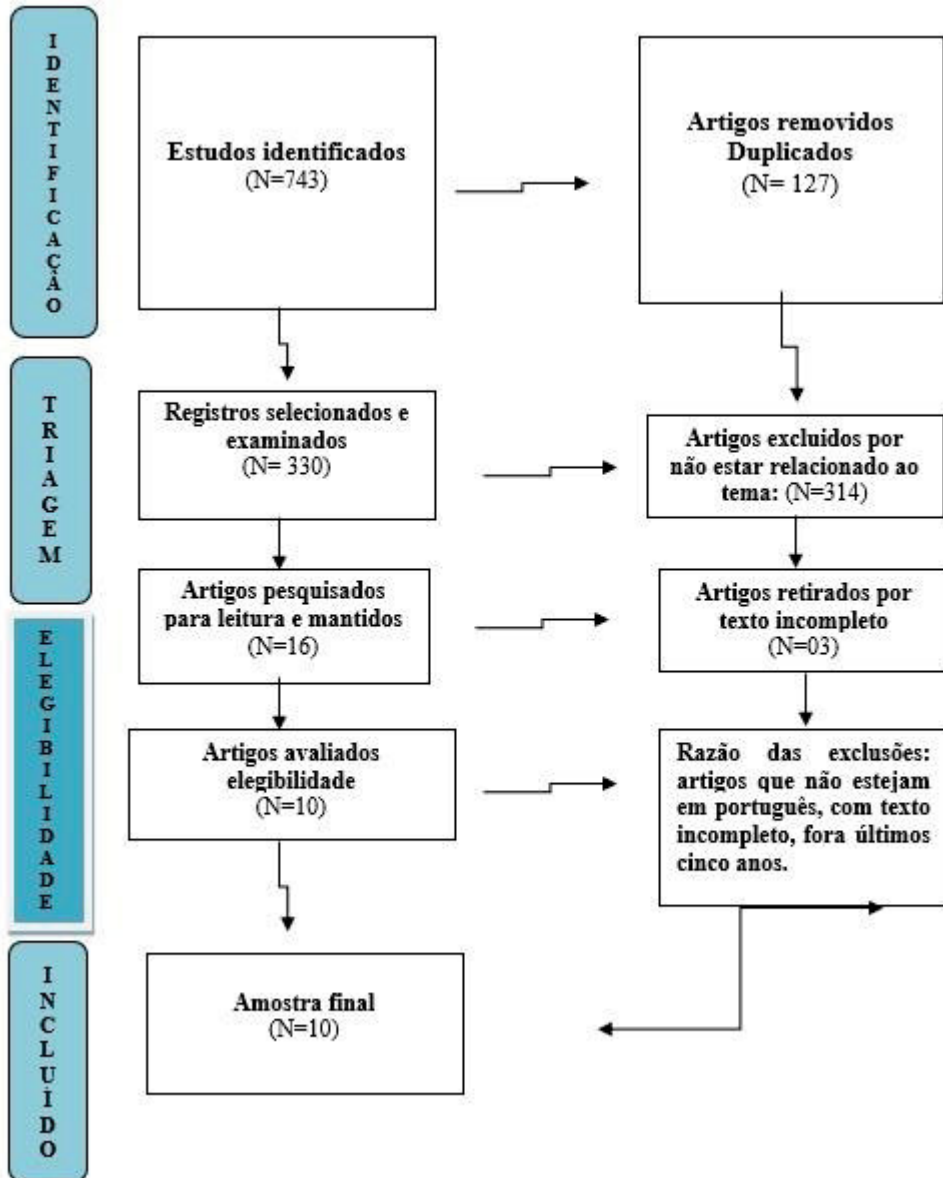
Os dados foram analisados, sob viés qualitativo, com base nos objetivos principais desta pesquisa, caracterizando as variáveis da pesquisa e métodos de estudos eleitos. Os dados estão dispostos em um diagrama de fluxo e os resultados são mencionados na discussão, com a finalidade de responder à questão da pesquisa e alcançar os objetivos da revisão de escopo.

5.4 RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO

Foram elencados 743 artigos para serem analisados de acordo com os critérios metodológicos, dos quais 127 eram duplicados. Realizou-se a leitura de título e resumo de 330 artigos, sendo que 317 foram excluídos. Finalmente, foram selecionados 26 artigos, que contemplavam a temática da pesquisa, e estavam disponibilizados gratuitamente nas bases de dados, nos idiomas português, inglês ou espanhol para leitura na íntegra e, ao final desta etapa, excluíram-se 16 estudos, que não contemplavam a proposta da pesquisa, ou não estavam disponíveis gratuitamente, e não estavam nesses idiomas. Por fim, foram selecionados dez estudos elegíveis para compor a revisão (Figura 2).



Figura 2 – Fluxograma PRISMA-ScR para inclusão de estudos na revisão



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Com relação aos delineamentos metodológicos encontrados nos estudos selecionados foram dez estudos de revisão. O Quadro 1 demonstra de maneira sistematizada os estudos por título, autor, país, ano de publicação, objetivos, metodologia do estudo e revista publicada.



Quadro 1 – Síntese dos estudos quanto aos autores, título, periódico, ano de publicação, país do estudo/cidade, metodologia e objetivo(s) (n=8). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025

Nº	TÍTULO	AUTORES	PAÍS/ ANO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	REVISTA
A1	<u>Agir em saúde: Um desafio para o público</u>	MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Mauricio.	Brasil/1997	Questionar a capacidade explicativa do organograma que mostra posições e funções dentro de uma estrutura organizacional. Propor uma análise das instituições como uma rede de relações onde atuam agentes institucionais com interesses nem sempre comuns. Mostrar que a informação é uma ferramenta para analisar esse tipo de processos de conflitos e não sua funcionalidade aparente, servindo de dispositivo para a intervenção institucional.	Análítica descritiva e	The University of New Mexico
A2	<u>Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos</u>	GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni.	Brasil/2005	Analisar os usos e sentidos atribuídos aos termos integralidade, vínculo e acolhimento, identificando essas estratégias como elementos das práticas de saúde em programas de atenção integral em grandes centros urbanos	Descritivo	Interface: Comunicação, Saúde, Educação



Nº	TÍTULO	AUTORES	PAÍS/ ANO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	REVISTA
A3	<u>Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado</u>	ROCHA, Patrícia Kuerten <i>et al.</i>	Brasil/ 2008	Refletir o cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações	Descritivo	Revista Brasileira de Enfermagem
A4	<u>Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro</u>	ROSSI, Flavia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva	Brasil/ 2005	Identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e a sua interferência na produção do cuidado	Estudo de caso de abordagem qualitativa	Revista Brasileira de Enfermagem
A5	<u>Promoção da Saúde Mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia</u>	JORGE <i>et al.</i>	Brasil/ 2011	Analisar os dispositivos que possibilitam o cuidado em saúde mental no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Qualitativa de abordagem crítica e reflexiva	Ciência & Saúde Coletiva
A6	<u>Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito</u>	SABINO, Leidiane Minervina Moraes de <i>et al.</i>	Colômbia /2016	Esclarecer o conceito de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem	Estudo reflexivo	Aquichan
A7	<u>Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019</u>	FERRARI, Alize J. <i>et al.</i>	Reino Unido/ 2019	Avaliar as estimativas de prevalência e carga do GBD 2019 para 12 transtornos mentais, homens e mulheres, 23 faixas etárias, 204 países e territórios, entre 1990 e 2019	Análise Sistemática	The Lancet Psychiatry



N ^a	TÍTULO	AUTORES	PAÍS/ ANO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	REVISTA
A8	<u>Tecnologias relacionais na promoção da saúde mental do adolescente escolar: protocolo de revisão de escopo</u>	SILVA, Thiago Nogueira <i>et al.</i>	Brasil/ 2023	Descrever um protocolo de escopo para mapear a utilização de tecnologias relacionais na promoção da saúde mental do adolescente escolar	Protocolo de revisão de escopo	Revista Pró UniverSUS
A9	<u>Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes</u>	ARAÚJO, Tânia Maria de; TORRENTE, Mônica de Oliveira Nunes de.	Brasil/ 2023	Enfatizar os retrocessos no modelo de atenção à saúde mental	Análise Sistemática	Epidemiologia e Serviços de Saúde
A10	<u>O uso das tecnologias leves para o cuidado em saúde mental</u>	GROSKOPF, Franceli; MARQUETTI, Marina.	Brasil/ 2017	Discutir o uso das tecnologias leves para promover o cuidado em saúde mental	Revisão bibliográfica	Saúde Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Por tratar-se de Scoping Review, não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Isto está em consonância com o protocolo da Joanna Briggs Institute (JBI) que aponta esta etapa como optativa para revisões de escopo e é mais aplicável a revisões sistemáticas de intervenções.

O propósito de uma Scoping Review é agregar os resultados e apresentar uma visão geral, em vez de uma metassíntese. Desse modo, os dados extraídos serão processados pelo software de Análise Nvivo® versão 12, projetado para organizar, analisar e encontrar *insights* em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas de pesquisas abertas, artigos, mídias sociais e conteúdo da web.

O Brasil ocupa atualmente a quarta posição entre os países da América Latina com maior aumento anual nas taxas de suicídio e, em números absolutos, está em segundo lugar na região das Américas. Os transtornos mentais se destacam pela gravidade de seus efeitos adversos diretos e pelos impactos significativos que exercem sobre a qualidade de vida e o estado de saúde das populações afetadas. Evidências indicam que o sofrimento psíquico está relacionado ao aumento da frequência e da severidade de doenças crônicas, ao crescimento



do absenteísmo no ambiente de trabalho e ao número elevado de incapacidades. Esses dados reforçam a urgência de uma atenção qualificada a essas condições no contexto brasileiro.

A saúde mental integra o direito constitucional à saúde, cuja garantia é responsabilidade do Estado brasileiro. Cabe ao poder público assegurar à população condições adequadas e dignas de acesso ao cuidado em saúde. No contexto nacional, a política de saúde mental está fundamentada em princípios como a desinstitucionalização, a promoção do cuidado em liberdade e a defesa dos direitos humanos. No que diz respeito às desigualdades, os indicadores de oferta de serviços de saúde mental revelam a gravidade das barreiras de acesso aos cuidados, evidenciando também disparidades significativas entre as diferentes regiões do Brasil. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostraram que 78,8% das pessoas com sintomas depressivos moderados ou graves no país não recebiam nenhum tipo de tratamento. As diferenças regionais são marcantes: enquanto na região Norte 90,2% dos indivíduos não tratados foram identificados, no Sul esse percentual foi de 67,5%. Esses dados demonstram que os transtornos mentais impõem um desafio expressivo ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como às redes voltadas à prevenção, promoção da saúde mental, atenção especializada e reabilitação.

O estigma relacionado à saúde mental é alimentado por sentimentos de medo, desconhecimento e preconceito, os quais contribuem para a exclusão social e a discriminação vivenciada por pessoas com transtornos mentais. Essa realidade ultrapassa o âmbito das relações interpessoais, manifestando-se em diferentes espaços da vida cotidiana, como no ambiente familiar, escolar, profissional e até mesmo nos serviços de saúde. A proposta central da Reforma Psiquiátrica Brasileira consiste na substituição do modelo biomédico tradicional, caracterizado pela centralidade dos hospitais psiquiátricos monovalentes e pelo uso intensivo de psicofármacos, por um novo paradigma de cuidado, fundamentado em práticas que priorizam o sujeito, o território e a promoção dos direitos humanos, conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse contexto, a reforma psiquiátrica promove o resgate de milhares de pessoas em sofrimento psíquico que viviam em situação de exclusão, possibilitando seu retorno ao convívio familiar e comunitário, sua circulação pelos espaços urbanos e sua participação ativa na sociedade como sujeitos de direitos.

Conforme aponta a literatura, o trabalho em saúde deve ser atravessado pela diversidade de encontros e pela pluralidade de perspectivas que marcam a relação entre os profissionais e os usuários. No entanto, é importante lembrar que a relação terapêutica também se constrói a partir da dor, do sofrimento, das experiências de vida e das percepções subjetivas dos envolvidos. Diante disso, os saberes e as práticas no campo da saúde mental precisam desenvolver estratégias que tornem visíveis os aspectos assistenciais, subjetivos e sociais implicados nesse processo de cuidado.



A literatura também aponta que a organização das práticas de cuidado em saúde, quando orientada pelo uso das tecnologias leves, favorece a expressão genuína da subjetividade dos usuários. Isso ocorre por meio de estratégias como o acolhimento, a construção de vínculos, o estímulo à autonomia e a responsabilização, que são fundamentais na dinâmica do cuidado em saúde mental. Nesse contexto, torna-se essencial que os profissionais envolvidos nos serviços de saúde mental reconheçam e valorizem as tecnologias relacionais. Tal valorização deve estar alinhada a uma abordagem emancipadora do cuidado, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do modelo de atenção psicossocial.

As tecnologias leves referem-se às interações humanas no processo de cuidado, envolvendo aspectos como o acolhimento, a criação de vínculos e a promoção da autonomia dos usuários. Já as tecnologias leveduras dizem respeito ao conhecimento técnico-científico sistematizado, como o saber clínico, a epidemiologia e a psicanálise. Por fim, as tecnologias duras englobam os recursos materiais, como aparelhos, instrumentos, protocolos e a própria estrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Alguns estudos apontam que o enfermeiro age com naturalidade ao intervir na vida do usuário no momento que considera adequado, guiado muitas vezes pela necessidade de cumprir tarefas.

Essa postura revela o exercício de um poder unidirecional, em que a autoridade de um sujeito se impõe sobre o outro de forma quase incontestável. Com frequência, o enfermeiro utiliza sua posição profissional, sua autonomia e liberdade de decisão para conduzir as situações priorizando as demandas institucionais ou as conveniências da equipe, em detrimento das necessidades reais da pessoa em cuidado. Esse comportamento contribui para a manutenção de um modelo assistencial centrado na ordem e no controle, o que se opõe aos princípios do acolhimento.

A dinâmica estabelecida no processo de trabalho nem sempre se dá entre o enfermeiro e o usuário, mas sim entre o profissional e as exigências ou disfunções do próprio sistema, que se manifestam nas múltiplas situações do cotidiano dos serviços. Ainda são raros os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, que reconhecem o processo de trabalho como um espaço potencial para práticas inovadoras e transformadoras, capazes de promover o cuidado de modo mais sensível e comprometido com a qualidade de vida. Essa possibilidade de "fazer diferente" se constrói a partir das interações cotidianas entre os trabalhadores, os usuários e a equipe multiprofissional, e depende do grau de envolvimento e interesse genuíno nos vínculos estabelecidos.

Um modelo de cuidado não deve ser compreendido como algo rígido ou imutável, mas sim como uma diretriz que orienta a atuação do profissional de saúde. Quando esse modelo é concebido de maneira flexível, passível de adaptações conforme as demandas tanto do cuidador quanto da pessoa em cuidado, torna-se possível oferecer uma assistência



singular, personalizada e, ao mesmo tempo, integral. Nessa perspectiva, o modelo de cuidado pode ser entendido como uma tecnologia leve, por favorecer o vínculo, a escuta e a subjetividade. As limitações observadas nesse cenário estão diretamente relacionadas aos modelos teóricos e práticos que ainda orientam as intervenções em saúde.

Tais modelos permanecem sustentados por lógicas baseadas na intervenção técnica, na racionalidade científica e econômica, e em formas de solidariedade mecânica que reforçam estruturas de poder, dominação e controle. Nesse contexto, o cuidado tende a ser moldado por relações objetificadas, distantes de uma perspectiva personalizada, e frequentemente subordinado às exigências de um gerenciamento normativo e padronizado. Alguns autores destacam o acolhimento como um mecanismo fundamental para questionar os processos intermediários que estabelecem vínculos nas práticas de saúde. Esse dispositivo visa promover a responsabilização clínica e sanitária e garantir intervenções eficazes, reconhecendo que, sem o ato de acolher e criar vínculos, não é possível gerar essa responsabilização Merhy (1994), por sua vez, convida à reflexão sobre a forma como nossas práticas se configuram nos diferentes momentos de interação com os usuários. Para ele, o acolhimento pode ser compreendido como a construção de uma relação humanizada e receptiva que os profissionais e os serviços de saúde devem estabelecer com os diversos perfis de usuários.

O termo “intimidade terapêutica” pode ser utilizado para favorecer o entendimento do uso de tecnologias leves como as intervenções de cuidado. Esse termo explicita que é de suma importância a postura do profissional em questão manter-se receptiva e sensível às necessidades do usuário, sempre com abordagem acolhedora.

A análise conjunta dos estudos permitiu identificar cinco eixos centrais nos resultados:

- a) **centralidade das tecnologias leves no cuidado psicossocial**, especialmente o acolhimento, o vínculo, a escuta e a corresponsabilização;
- b) **insuficiência de pesquisas empíricas** que demonstrem os efeitos dessas tecnologias no cotidiano dos serviços;
- c) **persistência de práticas biomédicas** que limitam a subjetividade e a autonomia dos usuários;
- d) **dificuldades na consolidação das práticas relacionais**, especialmente pela lógica institucional de produtividade;
- e) **necessidade de formação continuada** que fortaleça o uso qualificado das tecnologias relacionais na saúde mental.



6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

A presente pesquisa utilizou da análise categorial temática como instrumento para interpretação e decodificação das informações coletadas através da entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo é uma técnica que se baseia em procedimentos sistemáticos e validados para que se possa extrair determinados conteúdos, buscando descrever, qualificar e interpretar os fenômenos em termos de significado, tendo como pano de fundo o contexto e as intenções usadas pelos participantes durante suas falas (Bardin, 2016).

6.1 CODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Segundo Holsti (1969), “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”

O objetivo principal dessa codificação é sistematizar, classificar e/ou categorizar, possibilitando sejam segregados e/ou reagrupados e consolidar sentido, dando explicação aos fenômenos que estarão apresentados de maneira similar ou divergente, sendo possível então uma discussão analítica sobreposta aos dados apresentados.

Após a geração de códigos, é feita a construção de categorias que dão meios para descrever o fenômeno sobre investigação, aumentando o conhecimento e gerando conhecimento. Essencialmente, os códigos são agrupados em categorias quando são relacionados em termos de conteúdo ou contexto (Erlingsson; Brysiewicz, 2017)

Os dados foram analisados de maneira sistemática para que fosse possível avaliar as inferências produzidas e para que pudéssemos extrair correlação nos conteúdos e explicações sobre os fenômenos. Foram cumpridas as seguintes etapas: pré-análises do material, com leitura flutuante de tudo que foi coletado durante as entrevistas semiestruturadas, e a partir disso, feita a escolha dos documentos, ou seja, a seleção do “corpus da análise” que foi feita segundo os critérios pré-estabelecidos por Bardin (2016).



6.1.1 CORPUS DA ANÁLISE

O corpus desta pesquisa se refere a dados constituído por 20 entrevistas semiestruturadas, realizadas com profissionais de nível superior atuantes no Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III) localizado na baixada fluminense do estado do Rio de Janeiro. A seleção dos participantes foi orientada por critérios previamente definidos: tempo mínimo de um ano de atuação na instituição, participação em manejos de crise e emergência psiquiátrica e vínculo ativo com a equipe multiprofissional do serviço. Foram incluídos profissionais de diferentes formações, tais como psicologia, enfermagem, serviço social e educador físico, compondo um recorte representativo das práticas interdisciplinares dentro do Centro de Atenção Psicossocial.

A definição do corpus foi realizada em consonância com os critérios estabelecidos por Bardin (2016), buscando garantir a qualidade e a legitimidade da análise:

- Representatividade: os participantes foram selecionados por seu envolvimento direto nas práticas de cuidado e manejo de crise no CAPS III, refletindo a diversidade de experiências e saberes presentes na equipe multiprofissional;
- Exaustividade: todas as entrevistas que atenderam aos critérios de inclusão foram analisadas, até que se alcançasse a saturação temática, ou seja, o ponto em que novos dados já não acrescentavam elementos relevantes às categorias emergentes;
- Homogeneidade: embora os participantes possuam formações diversas, todos compartilham um mesmo campo de atuação – o cuidado em saúde mental em contexto de crise dentro do CAPS III, assegurando a coerência interna do corpus;
- Pertinência: os conteúdos discursivos abordam diretamente o objeto da pesquisa, possibilitando a construção de categorias que respondam aos objetivos do estudo, sobretudo no que se refere às concepções, estratégias e desafios envolvidos no manejo das crises em ambiente psicossocial.

Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, os nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos (ex.: “E1CAPS, E2CAPS, E3CAPS...E20CAPS”), conforme os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra para fins de análise. Os dados foram tratados à luz da análise de conteúdo na modalidade categorial temática, conforme proposta por Bardin, possibilitando a identificação de unidades de registro, unidades temáticas e categorias que expressam sentidos recorrentes nos discursos analisados.



6.2 CODIFICAÇÃO DO MATERIAL

Em um segundo momento foi feita a exploração do material e a codificação das informações, agregando o conteúdo coletado em unidades menores, chamadas “unidades de registro” sendo possível uma descrição apurada do conteúdo apresentado (Bardin, 1977 *apud* Oliveira, 2008, p. 572).

No presente estudo, emergiram três categorias centrais: “Crise e emergência no CAPS III”, “Cuidado como prática relacional” e “Desafios institucionais e limites estruturais do trabalho em equipe”. A seguir, cada uma delas será descrita com suas respectivas unidades temáticas e ilustrada com citações das entrevistas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 “SENTIDO DA CRISE E DA EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA”

[...] quando o sofrimento está tão intenso... que ela não consegue se controlar ou perde totalmente o contato com a realidade. (E14CAPS)

Essa categoria foi criada para que fosse possível analisar diversas formas de compreender a crise e emergência psiquiátrica, bem como, suas diversas manifestações no cotidiano do CAPS III em questão e também as formas de como manejar essas situações a partir da identificação dessas circunstâncias. Essa categoria expressa a forma como os profissionais identificam o sentido e as situações de crise e emergência, sendo reconhecido a crise como um intenso sofrimento psíquico que em algum momento pode necessitar de intervenções imediata, se configurando como uma emergência e também com vasta associação a sintomas de heteroagressividade, rompimento com a realidade e ausência de possibilidade de diálogo, evocando dos profissionais que manejam situações de crise e de emergência, expertise, agilidade na implementação de ações assistenciais e criatividade na metodologia escolhida para lidar com a situação, com grande ênfase na subjetividade do evento, circunscrita a cada situação e a cada vivência psicopatológica dos sujeitos.

[...] a falta de controle dos impulsos comportamentais... uma vez que o pensamento encontra um... um padrão de desconfiguração... é... a latência das emoções, sobrepondo a razão... sobrepondo um controle... sobrepondo onde o risco iminente se coloca em uma instância de prioridade zero naquele contexto daquele indivíduo (E6CAPS).



[...] o sujeito ele não tem um senso de morbidade a ponto de perceber que ele tá se colocando em perigo... em risco né?... ou tá colocando quem está próximo a ele em risco... né? (E3CAPS).

Essa categoria evidencia que o risco a si e/ou a outrem é iminente em situações de crise e/ou emergência, exigindo uma intervenção com brevidade e com eficácia, evitando maiores danos à saúde mental e física daquele que já está em intenso sofrimento psíquico. Dessa categoria, emergem três unidades temáticas intituladas: “Sofrimento psíquico”, “Formas de Manejo” e “Contenção”, pois essas unidades temáticas permeiam as falas dos entrevistados e apareceram de forma importante no discurso dos mesmos.

A primeira unidade temática requer dos profissionais a identificação do que seja uma situação emergencial e/ou de crise, fazendo um contraponto com a necessidade de um tempo ágil de atuação e com a intensidade da sintomatologia apresentada. A partir dela, foi possível a emersão de unidades de registro relacionadas à temática:

[...] aquele sofrimento é... intenso psíquico... né?... [...] no CAPS é...seja leve ou...intenso né... não importa... a gente tem que manejar (E1CAPS).

[...] emergência é a “porque muitas das vezes a crise daquele sujeito ela é uma crise que está para além desse escopo né?... psicopatológico... mas tem a ver com um combo de precariedade e escassez na vida daquele sujeito... (E4CAPS).

[...] quando o sofrimento está tão intenso... que ela não consegue se controlar ou perde totalmente o contato com a realidade. (E14CAPS)

“Formas de Manejo” expõe as diversas maneiras possíveis de se manejar situações de crise, com criatividade, subjetividade e contextualizando a vivência do usuário. A partir dessa categoria, foi possível a emersão de unidades de registro dentro dessa temática:

[...] já manejei crise tirando fotografia... o que o sujeito não conseguia verbalizar... não conseguia desenhar... é... eu lembro de ter entregue meu elular na mão do sujeito e vamos tirar foto então (E3CAPS).

[...] o manejo da crise veio com a roda de rap... ahn...já fiz manejo de crise levando usuário para comer hambúrguer... ((riu)) era o que era possível ali né?” (E3CAPS).

[...] primeiro, observo o cenário ao redor para identificar... se... há objetos ou espaços que possam oferecer risco....quando possível... peço apoio da equipe para retirar outras pessoas do ambiente... especialmente quando a crise ocorre na convivência ou em locais com muita circulação. (E18CAPS)

A terceira unidade temática — “Contenção” — dá luz a momentos em que cada profissional cita a necessidade de intervenção medicamentosa ou mecânica e seus prejuízos no momento de manejar as situações de crise. A partir dela, foi possível a emersão de unidades de registro dentro dessa temática:



[...] ela tava querendo agredir uma paciente com uma pedra... e aí foi quando eu e a... enfermeira... com muito cuidado... manejo chegando perto e falando... não teve como a gente teve que fazer uma contenção mecânica... (E1CAPS).

[...] porque uma vez contido... uma vez sedado... ele perde a manutenção do autocuidado né? (E3CAPS).

[...] quando o paciente está... muito desorganizado... agressivo... ou incapaz de dialogar...nesses casos, é preciso complementar com outras estratégias e intervenções mais estruturadas... (E16CAPS).

Situações de maior gravidade podem requerer uso de contenção farmacológica ou, em casos excepcionais, contenção física, desde que com respaldo ético, legal e técnico, e sempre como último recurso (Santos; Lucena, 2019). Assim, a articulação com os serviços da RAPS, como CAPS, SAMU, unidades de pronto atendimento e serviços hospitalares de retaguarda, é igualmente essencial para garantir a continuidade e integralidade do cuidado (Souza; Moraes; Ferreira, 2022).

De acordo com Braga et al. (2016), a contenção mecânica consiste em uma medida extrema utilizada em situações em que o indivíduo apresenta agitação psicomotora, confusão mental ou comportamento agressivo direcionado a si mesmo, a outras pessoas ou a objetos, e quando intervenções menos invasivas não se mostram eficazes. Tal procedimento é compreendido como um recurso de segurança, destinado a proteger o indivíduo e os demais ao seu redor, devendo ser aplicado por tempo restrito e sob rigorosa supervisão da equipe de saúde.

Ainda conforme os autores, o manejo medicamentoso em situações de crise ou emergência psiquiátrica deve ser priorizado antes da adoção de contenção física. O uso de fármacos, por via oral ou intramuscular, busca estabilizar o quadro mental do paciente e reduzir o risco de lesões decorrentes da agitação intensa ou de comportamentos auto ou heteroagressivos. O protocolo clínico preconiza que o tratamento farmacológico deve sempre ser acompanhado de uma avaliação contínua das condições físicas e psíquicas do paciente, assegurando a utilização do mínimo de intervenção necessária e respeitando princípios éticos e de cuidado humanizado (BRAGA et al., 2016).

De acordo com o estudo “Construindo novos sentidos para a atenção à crise” (WILLRICH, 2014), no contexto dos Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) a aplicação da contenção mecânica emerge como uma prática último recurso, utilizada quando os dispositivos de escuta, vínculo e manejo relacional não são suficientes para conter riscos imediatos de auto- ou heteroagressão. Os profissionais relatam que tal medida, envolvendo fixação do indivíduo ao leito ou uso de dispositivos físicos restritivos, provoca tensão ética e



emocional na equipe, dada a contradição entre o modelo psicossocial de cuidado e o uso de procedimentos coercitivos. A contenção mecânica, portanto, é percebida como indicador de falha das tecnologias leves e do vínculo terapêutico, exigindo reflexão institucional sobre a necessidade de fortalecer os arranjos do cuidado que previnem sua adoção (WILLRICH, 2014)

Dentro da categoria "Sentidos da crise e da emergência psiquiátrica" é possível perceber que as temáticas que permeiam esse tema se fizeram presente nas falas dos profissionais como um eixo central no cotidiano do CAPS III, sendo a crise compreendida como um momento de ruptura, de perda do controle, de sintomas agressivos e as emergências, aquelas situações que exigem intervenções imediatas. Diversos profissionais, quando indagados sobre o que seria esse momento de "crise", relataram uma associação forte com o quadro de intenso sofrimento psíquico. A expressão da dor do outro expressa o grau de gravidade daquela crise.

[...] qualquer paciente que esteja em sofrimento PSÍquico... né... (E1CAPS).

[...] quando o sofrimento está... tãO intenso que... ela não consegue se controlar... ou... perde totalmente o contato com a realidade... (E20CAPS)

[...] são momentos de intenso sofrimento psíquico... (E2CAPS).

Durante um episódio de crise, o paciente pode apresentar um significativo afastamento da realidade concreta, manifestando alterações na percepção, no pensamento e na capacidade de julgamento. Esse distanciamento ocorre quando a integração entre estímulos internos e externos se encontra comprometida, produzindo vivências que não se subordinam às regras do consenso compartilhado. A literatura psiquiátrica descreve que, em tais situações, o indivíduo pode experimentar ideias delirantes, distorções sensoperceptivas ou desorganização do pensamento, elementos que evidenciam a ruptura momentânea com parâmetros objetivos da realidade (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Segundo estudos realizados com equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij), a crise em saúde mental é compreendida como uma expressão intensa de sintomas psiquiátricos, sofrimento subjetivo agudo, agitação psicomotora, ideação suicida, confusão mental e risco à integridade do indivíduo ou de outros (Ferigatto *et al.*, 2007).

No entanto, no campo da saúde mental, a crise não deve ser reduzida à manifestação de sintomas ou ao agravamento de quadros psiquiátricos já diagnosticados. Ao contrário, trata-se de um fenômeno multideterminado, que requer, segundo vimos, escuta qualificada, acolhimento e manejo clínico que reconheça a subjetividade do sujeito em sofrimento (Souza; Moraes; Ferreira, 2022). Esse entendimento vai ao encontro das diretrizes



da atenção psicossocial, que propõem práticas interdisciplinares e territoriais, evitando respostas centradas exclusivamente na medicalização ou na contenção (Desviat, 2015).

Além disso, conforme Campos, Silveira e Gomes (2023), destacam, a crise pode também representar uma oportunidade de reorganização psíquica e relacional, desde que acolhida de maneira ética e cuidadosa (Campos; Silveira; Gomes, 2023). Nessa perspectiva, a intervenção não se limita à resolução imediata do quadro agudo, mas se amplia para a reconstrução de vínculos, fortalecimento da rede de apoio e ressignificação da experiência de sofrimento.

A compreensão da crise psiquiátrica como um fenômeno complexo, situado entre o risco e a possibilidade de reinvenção, desafia práticas clínicas tradicionais e convoca os profissionais de saúde mental a adotarem posturas acolhedoras e interdisciplinares. Nesse âmbito, é importante valorizar o diálogo com o sujeito em crise e sua inserção no território. Para pesquisas e práticas em saúde mental, essa abordagem é fundamental para a construção de respostas mais humanas, efetivas e comprometidas com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

As situações de emergências psiquiátricas são manifestações agudas de sofrimento psíquico intenso que demandam intervenção imediata para preservar a integridade física e emocional do indivíduo e de terceiros. A demarcação entre “crise psiquiátrica” e “emergência psiquiátrica” se dá no grau de gravidade e o real risco de morte ao sujeito e/ou a outra pessoa. Essas situações costumam estar associadas a transtornos mentais graves, como episódios psicóticos, surtos maníacos, estados de agitação psicomotora, ideação suicida e tentativas de suicídio, geralmente desencadeadas por fatores de estresse psicossocial, vulnerabilidades prévias ou interrupção abrupta de tratamentos (Santos; Lucena, 2019).

De acordo com o módulo “Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental” (BRASIL, 2015), a diferença conceitual entre crise e emergência psiquiátrica pode ser articulada da seguinte forma: enquanto a emergência psiquiátrica caracteriza-se por um quadro em que há risco iminente de vida ou de prejuízo grave à saúde física, psíquica ou social, exigindo intervenção imediata, a crise psiquiátrica refere-se a um momento de ruptura na estabilidade do sujeito, marcado por sofrimento psíquico acentuado, desorganização, ou impossibilidade de enfrentamento pelo próprio indivíduo, mas nem sempre acompanhada de risco vital imediato (BRASIL, 2015, p. 25-31).

A maior parte dos profissionais pontuaram que o momento da crise está acompanhado de sintomatologias que se expressam por agressividade, grito e toque agressivo. A literatura destaca que, diante de alterações perceptivas, ideias delirantes de ameaça ou perda momentânea do juízo crítico, a pessoa pode reagir de forma impulsiva ou defensiva,



interpretando estímulos neutros como potencialmente hostis. Assim, a heteroagressividade é compreendida como expressão de um estado de vulnerabilidade extrema, no qual mecanismos internos de controle encontram-se significativamente comprometidos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Não houve citação de uma crise ocorrida viés dos sintomas negativos. Porém, sabe-se que pessoas com transtornos depressivos, com ideações suicidas e até mesmo histórico de tentativas de suicídio estão em intenso sofrimento psíquico, condição diversas vezes citada pelos entrevistados, porém não houve uma explanação que desse luz e importância à crise silenciosa e muitas vezes pouco anunciada das pessoas com transtornos depressivos, muitas vezes encontradas em mutismo, ou em isolamento social. Isso fica evidente na fala deste entrevistado (a):

*[...] quando a crise se apresenta... normalmente ela se apresenta daquele jeito... é... um pouco mais agressivo... eufórico né?... eu pelo menos nesse meu histórico de saúde mental **vi poucas crises depressivas**... é... conversivas né?... eu sempre acabei vendo mais crises maníacas... eufóricas... agressivas... (E3CAPS).*

[...] aquele paciente que chega chorando... não dá trabalho... não chama atenção... normalmente ele acaba ficando em segundo plano... porque o que a gente mais faz no caps é apagar incêndio... (ECAPS14)

O reconhecimento da “crise psiquiátrica silenciosa” em pessoas com depressão é essencial, uma vez que esses episódios podem ocorrer de maneira pouco explícita, embora revelem profundo risco clínico. Em quadros depressivos, a piora significativa pode se expressar por sinais sutis, como retraimento progressivo, aumento do isolamento social, fadiga extrema e intensificação de sentimentos de inutilidade, indicadores frequentemente subestimados no cotidiano. Autores como Beck destacam que a natureza internalizada do sofrimento depressivo favorece crises silenciosas, nas quais o risco de autoagressão pode aumentar justamente pela ausência de manifestações explosivas ou verbalizações diretas de desespero (BECK et al., 2016).

A OMS reforça que a identificação precoce dessas crises requer sensibilidade clínica e monitoramento contínuo, dado que pequenas mudanças comportamentais podem anteceder agravamentos importantes do quadro (WHO, 2017). Diversos estudos epidemiológicos evidenciam que a depressão é um dos principais fatores associados ao comportamento suicida, tanto em termos de risco de tentativa quanto de óbito, como apontam análises conduzidas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021).



Estimativas internacionais indicam que, somente em 2021, ocorreram aproximadamente **727 mil mortes por suicídio** no mundo, confirmando seu impacto como um problema global de saúde pública, sobretudo entre jovens, conforme relatado pela própria OMS (WHO, 2021). Além disso, autores como Nock e colaboradores destacam que as tentativas de suicídio são significativamente mais numerosas que os óbitos, podendo alcançar índices até vinte vezes maiores, o que reforça a relevância clínica da identificação precoce de ideação e planejamento suicida (NOCK et al., 2009).

Pesquisas populacionais e metanálises também demonstram que entre **60% e 80%** dos casos de suicídio apresentam algum transtorno mental associado, sendo a depressão o diagnóstico mais frequentemente identificado nesses cenários (BECK et al., 2016; CAI et al., 2021). Em pessoas com transtorno depressivo maior, metanálises recentes mostram que a prevalência de ideação suicida pode alcançar cerca de 38%, enquanto planos suicidas aproximam-se de 15%, evidenciando a magnitude do risco nesse grupo (CAI et al., 2021).

Estudos longitudinais, como o conduzido por Lundberg e colaboradores, demonstram ainda que episódios depressivos acompanhados de comportamento suicida apresentam pior prognóstico, maior morbidade e aumento significativo da mortalidade quando comparados a episódios sem essa manifestação, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções qualificadas para pessoas em sofrimento depressivo (LUNDBERG et al., 2023).

Isso evidencia para nós o quão importante é a identificação dessas “crises silenciosas” visto o quão expressivas são e o impacto na saúde pública ocasionado. Pessoas em crises com sintomas negativos podem ter dificuldades de acessar o equipamento do CAPS III, ou por quadros de isolamento social, hipobulia, anedonia e/ou diversos outros fatores que podem contribuir para que elas não cheguem ao equipamento. É importante salientar que a crise com sintomas positivos é mais evidente e chama mais atenção dos colaboradores, podendo também isso ser um viés para análise. Assim, pode haver dificuldade na identificação da crise em situações em que não esteja presente a agitação psicomotora “clássica”, mas o silêncio profundo que fale muito mais sobre um quadro de gravidade do que um paciente mais verborrágico ou com hipertímia que esteja falando alto, mas tenha uma personalidade mais histriônica, não exigindo cuidados imediatos ou emergências, não excluindo a necessidade de cuidado longitudinal.

Outro ponto crucial para darmos foco é a identificação da crise e do contexto em que ela acontece, entendendo uma associação de território e crise, sendo possível então entender que a situação passa também pela elaboração de um processo cultural.

[...] que a crise ela tá atrelada ao processo cultural né?... é... quando eu



fui... acadêmico de enfermagem voluntário na Amazônia... a manifestação da crise psiquiátrica era um indígena... um ribeirinho é... imitando né?... performando um chimpanzé... e aí... era a inserção cultural da crise dentro ali da/da rotina né? (E3CAPS).

Para que se identifique uma crise com eficiência, não é possível realizar uma dissociação dela com o contexto cultural, que produz total inferência no processo psicopatológico. Um sujeito que cresce em zona nobre no Rio de Janeiro tem a mesma vivência psicopatológica de um sujeito morador de áreas periféricas, pois os determinantes sociais de saúde produzem interferências sobre a vida das pessoas de maneira diferente. Portanto, é preciso contextualizar a crise, entender seu contexto geopolítico, a territorialização do usuário, valores morais e éticos, para que, a partir daí, seja possível identificar fatores que possam ter produzido intenso sofrimento mental, levando ao quadro apresentado.

Autores como Basaglia destacam que o sofrimento psíquico não pode ser dissociado das condições materiais, das relações sociais e das formas de exclusão que estruturam a vida cotidiana, sendo a crise frequentemente a expressão aguda de tensões que ultrapassam o indivíduo (BASAGLIA, 1985). Da mesma forma, Rotelli aponta que a crise emerge quando há ruptura entre a capacidade subjetiva de enfrentar a realidade e a pressão exercida por determinantes sociais, como pobreza, violência, estigma e ausência de redes de suporte (ROTELLI, 1990). Na perspectiva da saúde coletiva, Amarante reforça que a crise não é um evento isolado, mas um produto relacional, situado na interação entre sofrimento, vulnerabilidade social e políticas de cuidado, demandando intervenções que reconheçam a complexidade das condições de vida que estruturam o adoecimento (AMARANTE, 2007). Assim, a compreensão ampliada da crise torna-se essencial para práticas que busquem não apenas estabilizar sintomas, mas também reconstruir vínculos e fortalecer a autonomia do sujeito em seu território. Essa realidade é evidenciada na fala de outra entrevistada (o):

*[...] porque muitas das vezes a crise daquele sujeito ela é uma crise que está para além desse escopo né?... psicopatológico... mas **tem a ver com um combo de precariedade e escassez na vida daquele sujeito** (E4CAPS).*

O trecho salienta a necessidade de olhar a crise para além da sintomatologia, mas em um âmbito fenomenológico, que leve em consideração questões sociais do sujeito, com dificuldade de acesso a lazer, insegurança alimentar, exposição à violência urbana, falta de saneamento básico, precarização das condições de moradia, fragilidades dos vínculos familiares e de suporte socioeconômico. Todas essas camadas precisam fazer parte do raciocínio, dando condições de as circunstância que afetam um sujeito em crise.

O sofrimento mental precisa ser compreendido como fenômeno multifatorial, profundamente condicionado pelas desigualdades estruturais que atravessam a vida dos sujeitos. Estudos em saúde pública indicam que fatores como fome, pobreza extrema,



violência urbana, desemprego, insegurança habitacional e ausência de espaços de lazer atuam como estressores crônicos que aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento psíquico (WHO, 2014).

Pesquisas brasileiras também enfatizam que a precarização das condições de vida, especialmente em territórios marcados por exclusão social, intensifica a incidência de depressão, ansiedade e sofrimento psíquico inespecífico, constituindo um potente determinante social da saúde (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Além disso, autores que estudam a interface entre saúde mental e desigualdades ressaltam que o sofrimento do sujeito não pode ser dissociado do contexto socioeconômico que estrutura sua experiência cotidiana, sendo indispensável reconhecer que condições adversas de vida moldam tanto a emergência quanto a expressão das crises subjetivas (Almeida-Filho, 2011).

Dessa forma, compreender a produção do sofrimento mental implica necessariamente considerar os determinantes sociais que organizam o modo de viver, trabalhar e habitar dos indivíduos. A partir desse contexto, muitas exigências e desafios se impõem ao profissional de saúde mental, uma delas é a aplicação de uma intervenção, de um manejo, dentro de um tempo ágil, rápido, pois toda situação de emergência, expõe o sujeito a riscos a si ou a outrem, exigindo do profissional de saúde mental perspicácia na atuação.

*[...] a emergência se dá **naquele momento**... a gente consegue fazer o manejo... as intervenções... e a crise requer um olhar mais contínuo... mais prolongado (E6CAPS).*

*[...] a emergência é algo **daquele momento**... que eu vou atuar naquele momento... (E7CAPS).*

[...] ...a emergência psiquiátrica não pode esperar... não tem como...o profissional precisa parar o que está fazendo...e...intervir... (E18CAPS)

*[...] mas a gente tem que analisar várias questões e **tem que procurar ser rápido**... né?... pensar rápido... (E8CAPS).*

Nesse desafio, que envolve perspicácia, agilidade e criatividade, surgem diversas formas de manejar situações de emergências psiquiátricas. A literatura especializada distingue de forma clara a emergência psiquiátrica da crise psiquiátrica, ressaltando que somente a primeira demanda intervenção imediata para a proteção da vida. Estudos em saúde mental indicam que a emergência psiquiátrica se caracteriza por situações de risco iminente, como tentativa de suicídio, agitação psicomotora grave ou perda abrupta de juízo crítico, exigindo resposta rápida e medidas de contenção terapêutica para evitar desfechos graves (Dalgalarrodo, 2019).



Por outro lado, a crise psiquiátrica, embora represente um aumento significativo na intensidade do sofrimento psíquico, não implica necessariamente ameaça direta à integridade física do sujeito, sendo frequentemente manejada por meio de acolhimento, vínculo e suporte psicossocial em serviços de base territorial como os CAPS (Amarante & Nunes, 2018).

Autores da Reforma Psiquiátrica brasileira destacam que a crise, diferentemente das emergências, expressa sobretudo uma ruptura na capacidade cotidiana de enfrentamento, podendo ser compreendida e manejada a partir de dispositivos de cuidado que valorizam a escuta qualificada e o projeto terapêutico singular (Yasui, 2019). Assim, enquanto a emergência psiquiátrica requer intervenção imediata devido ao risco, a crise traduz a intensificação do sofrimento, sem implicar obrigatoriamente risco de morte.

Cada pessoa é uma, por isso o trabalho dentro da atenção psicossocial precisa ser subjetivado. Dessa maneira, o manejo das emergências ou crises psiquiátricas ganharão diversas formas, rompendo com o modelo biomédico, que priorizava uso de medicamentos e de forma de contenção mecânica como recurso possível de contorno. Antes da Reforma Psiquiátrica brasileira, o cuidado em saúde mental era hegemonicamente orientado pelo modelo biomédico, centrado na lógica hospitalocêntrica, na hierarquização médica e na compreensão da loucura como expressão exclusiva de disfunções orgânicas. Esse modelo priorizava o isolamento em instituições manicomiais, nas quais predominavam práticas de contenção, medicalização excessiva e procedimentos coercitivos, frequentemente desvinculados de qualquer perspectiva de reabilitação psicossocial (Amarante, 1995).

Pesquisas no campo da saúde coletiva destacam ainda que o tratamento pautado nesse paradigma biomédico restringia-se à supressão de sintomas, desconsiderando determinantes sociais, subjetivos e relacionais implicados no sofrimento mental (Costa-Rosa, 2000). Esse modelo passou a ser substituído pelo uso de tecnologias leves, que geram um cuidado mais humanizado, com respeito à integridade e garantia de direitos para o usuário em sofrimento intenso.

Alguns entrevistados mencionaram a importância e a eficácia do manejo inicial escolhido ser o verbal, evidenciando o contorno das situações de crise e/ou emergência palavra após palavra, dentro de um contexto de preservação cognitiva e de criticidade do sujeito.

[...] meu manejo a princípio é verBAL... né?... eu vou pela... pela fala pela conversa... é... pelo meu manejo clínico (E1CAPS).

[...] ...cheguei perto da paciente e fui ali...calmamente...explicando o motivo dela ficar no acolhimento noturno...e ela foi entendendo... né?...e...fui respondendo a tudo que ela perguntava...eu acho que isso vai aumentando a confiança do paciente em nós...e ele se sente mais confortável a topar as nossas intervenções... (E15CAPS)



*[...] já **manejei crise tirando fotografia...** o que o sujeito não conseguia verbalizar... não conseguia desenhar... é... eu lembro de ter entregue meu celular na mão do sujeito e vamos tirar foto então (E3CAPS).*

Os trechos acima mostram que o manejo verbal pode se expandir para um contexto de manejo não-verbal, que não passa pela oralidade, envolvendo uso de instrumentos variados, como desenhos, fotografia e outras formas de comunicação que colaborem para o sujeito sentir-se conectado ao profissional de saúde e estabeleça uma relação terapêutica harmoniosa.

O manejo de situações de crise e emergências psiquiátricas requer intervenções que privilegiem a comunicação qualificada, a construção de pactos e a co-regulação entre profissional e sujeito, reconhecendo a crise como uma experiência subjetiva que demanda acolhimento e não apenas contenção. O manejo verbal é uma ferramenta central para desescalar tensões, restaurar a sensação de segurança e favorecer a participação ativa do sujeito no processo de cuidado (Bowers et al., 2015).

Algumas estratégias pactuadas, como acordos sobre limites, formas de expressão e possibilidades de intervenção, contribuem para fortalecer a autonomia, reduzir comportamentos disruptivos e evitar práticas coercitivas (Delaney, 2006). A utilização de recursos expressivos, como desenhos, escrita, música ou outras atividades terapêuticas, podem funcionar como mediadores simbólicos capazes de reorganizar afetos, ampliar a comunicação e auxiliar na reconstrução do senso de continuidade do sujeito durante a crise (Katsakou & Priebe, 2007). Assim, o manejo integral da crise deve combinar diálogo, pactuação e dispositivos terapêuticos que respeitem a singularidade e promovam a autogestão do sofrimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), o primeiro passo do manejo da crise consiste na garantia da segurança do cenário e na realização de um acolhimento ético e humanizado, capaz de reduzir estímulos potencialmente ameaçadores e resguardar tanto o sujeito quanto a equipe. Esse momento inicial deve ser acompanhado de escuta ativa, identificação de riscos e reconhecimento da singularidade do sujeito, criando as condições para a estabilização emocional e para a retomada gradual do contato com a realidade.

Em seguida, conforme orienta o protocolo de urgências e emergências em saúde mental, devem ser aplicados os chamados *Primeiros Socorros Psicossociais (PSP)*, entendidos como um conjunto de intervenções breves, não invasivas e centradas no apoio emocional imediato (BRASIL, 2021).



O PSP busca aliviar o sofrimento psíquico agudo, restabelecer o senso de segurança e fortalecer recursos internos e sociais do indivíduo. Quando a situação envolve risco iminente de autoextermínio, agressividade ou desorganização psicótica grave, o documento recomenda que sejam adotadas medidas de contenção verbal, e apenas em último caso, física ou medicamentosa, sempre de forma proporcional, breve e acompanhada de supervisão técnica (BRASIL, 2021). Essas estratégias devem priorizar a preservação da autonomia e da dignidade do sujeito, minimizando práticas coercitivas e assegurando o direito à integridade e à escuta.

Importante ressaltar que o manejo da crise e da emergência psiquiátrica deve extrapolar o momento da intervenção imediata e incluir a articulação intersetorial e territorial. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) destaca que a crise não pode ser dissociada de seus determinantes socioculturais e econômicos, sendo indispensável que a rede de atenção psicossocial, CAPS, atenção básica, urgência e emergência, assistência social e comunidade, atue de forma integrada. Assim, o cuidado não se limita ao controle do episódio agudo, mas se estende à construção de trajetórias terapêuticas contínuas, à prevenção de recaídas e à reconstrução de vínculos sociais e familiares. Esse modelo reafirma o paradigma psicossocial de atenção, em que a subjetividade, o território e a intersetorialidade são componentes essenciais do manejo da crise.

[...] o manejo da crise veio com a roda de rap... ahn... já fiz manejo de crise levando usuário para comer hambúrguer... ((riu)) era o que era possível ali né? (E3CAPS).

Temos acima um trecho, no qual o entrevistado sugere que o manejo de crise se dá dentro do que é possível. Nesse sentido, é de suma importância que o profissional de saúde mental se desloque dos seus ideais, dos seus referenciais teóricos e de suas altas métricas sobre o que entende por cuidado e, a partir da contextualização da situação, adeque o cuidado dentro do que é tangível para a vida daquele sujeito naquele momento.

A superação do lugar do “pseudo-saber”, entendido como a postura profissional que presume conhecer previamente o sujeito e sua crise a partir de categorias generalizantes, é fundamental para um manejo ético e eficaz das situações de crise. Intervenções baseadas em pressupostos rígidos tendem a reproduzir relações verticalizadas e a invisibilizar a singularidade da experiência de sofrimento, comprometendo a capacidade de estabelecer alianças terapêuticas (Basaglia, 1985).

Em contrapartida, o manejo centrado no indivíduo exige que o profissional reconheça a crise como fenômeno contextual, atravessado por história de vida, vínculos, determinantes



sociais e modos próprios de significação, ajustando suas intervenções às necessidades subjetivas e ao contexto sociocultural daquele que vivencia o episódio (Amarante, 1995).

As práticas que valorizam a escuta qualificada, a negociação e a co-construção de estratégias favorecem maior engajamento do usuário, redução de conflitos e maior eficácia na resolução da crise (Onocko-Campos & Furtado, 2006). Assim, a individualização do cuidado, aliada à renúncia a posições de saber totalizante, constitui um princípio estruturante do manejo contemporâneo em saúde mental.

*[...] ah... o usuário passa na banca de jornal todo dia porque o jornaleiro dá um cigarrinho para ele... ah... ele passa todo dia na padaria porque o padeiro bota ele para arrumar os produtos lá e dá uma quentinha pra ele... então recorrer a essa rede quando o sujeito está em crise é uma forma também de **aumentar o círculo de cuidado dele** (E3CAPS).*

O fragmento destacado explicita a importância de entendermos o território como um rico produtor de cuidado e, mais uma vez, rompermos com o modelo biomédico e ampliarmos o conceito de “produtor de saúde” a todas as pessoas que têm contato com o usuário e não somente para a equipe multidisciplinar. Sabemos que nem sempre é fácil acessar os usuários dos dispositivos de saúde mental, pois alguns têm fragilidades cognitivas e instabilidades no quadro psíquico, portanto, em muitos momentos, esses usuários não chegam aos equipamentos de saúde mental, inclusive por sofrerem preconceitos e estigmas oriundos dessa mesma sociedade produtora das experiências de sofrimento mental, logo pode ser eficaz lidar com atores sociais presentes na vida desses usuários e incluí-los nas estratégias. Portanto, a potencialização da rede de apoio, do território como formas de articular saúde para os usuários dos dispositivos de saúde mental foi uma pontuação apresentada como assertiva por alguns colaboradores participantes desta pesquisa.

O território constitui um elemento estruturante na reabilitação psicossocial, pois é nele que se produzem os vínculos, os recursos de suporte e as oportunidades concretas de participação social do sujeito. As intervenções territorializadas favorecem a continuidade do cuidado, a corresponsabilização e a construção de projetos terapêuticos que dialogam com a vida real do sujeito, aumentando significativamente as chances de adesão ao tratamento (Saraceno, 1999). A atuação baseada no território não apenas potencializa a autonomia do sujeito, mas também sustenta trajetórias de cuidado mais estáveis e orientadas para a inclusão social.

*[...] ele chegava no dispositivo bastante agitado... queria jogar a cadeira... quebrar a cadeira... discutir... e assim... eu chamei ele pra conversar e ele aceitou... ele falou... ah mas tu fuma?... eu falei... pô... eu não fumo não... cara... mas eu posso arrumar um cigarro pra tu... calma aí... ele ficou sentadinho lá no gramado... me esperando... arrumei um cigarro com uma colaboradora que é fumante... peguei o isqueiro... acendi o cigarro dele para ele e **ficamos lá sentados conversando... e aí foi fluindo tudo numa boa...***



(E8CAPS).

*[...] e eu... assim... **trabalho muito com um combinado...** olha... vamos fazer um combinado?... ah mas que combinado?... antes eu já analiso... já dou uma olhadinha... ver o que ela gosta... (E8CAPS).*

[...] eles sempre pedem muita coisa pra gente...mas...a gente também pede o tempo todo...toma o remédio...vai tomar banho...vem aqui para oficina...é importante que a gente faça o que eles estão pedindo...né... (E20CAPS)

Outra forma de manejo eficaz é o estabelecimento de contratos com o sujeito. Não falamos de contratos com valor jurídico, mas de combinados feitos por meio da palavra e do envolvimento do sujeito no processo do seu próprio tratamento. Os contratos estimulam sua participação de maneira ativa em seus processos de reabilitação psicossocial e estimulam a criação de vínculo com o profissional de saúde. Isso precisa ser pactuado junto ao sujeito, pois precisa fazer sentido para ele também. Evidentemente, ele precisa ter ganhos, bem como obrigações. Portanto, é fundamental perceber as necessidades do sujeito e estabelecer contratos que produzam saúde e o façam aderir ao tratamento dentro do CAPS.

A manutenção dos combinados estabelecidos entre profissionais e usuários dos dispositivos de saúde mental constitui elemento fundamental para o fortalecimento do vínculo terapêutico, uma vez que a previsibilidade das ações e a coerência entre o que é pactuado e o que é efetivamente realizado contribuem para a construção de confiança. A confiabilidade do profissional está diretamente relacionada à capacidade de sustentar acordos, respeitar limites e demonstrar consistência na comunicação e nas intervenções, favorecendo maior segurança subjetiva ao indivíduo em sofrimento (Bordin, 1979).

O cumprimento desses pactos reduz sentimentos de abandono, reforça a legitimidade do cuidado e potencializa o engajamento do sujeito nos processos terapêuticos, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e histórico de relações institucionais fragilizadas (Onocko-Campos & Furtado, 2006). A fidelidade aos combinados não é apenas uma prática ética, mas uma estratégia clínica essencial para sustentar a continuidade do cuidado.

Porém nem sempre os contratos e a criatividade na forma de manejar as situações de crise são suficientes para alcançar o objetivo, que é o contorno das situações agudizadas de sofrimento psíquico intenso. Por vezes, os profissionais precisam lançar mão de métodos invasivos para alcançar resultados que produzam proteção ao sujeito ou proteger o indivíduo de outras pessoas que estejam expostas a riscos. Os entrevistados efetuam apontamentos



sobre o uso dessas formas de contenção, e seus prejuízos resultantes quando são necessárias práticas mais invasivas.

*[...] chegou muito alterada no dispositivo tentando bater nas pessoas... tentou cuspir na equipe... é... e aí tentamos fazer abordagem e... e não dava e ela tava querendo agredir uma paciente com uma pedra... e aí foi quando eu e a... enfermeira... com muito cuidado... manejo chegando perto e falando... **não teve como a gente teve que fazer uma contenção mecânica...** (E1CAPS).*

*[...] é complicado...porque **nem sempre a conversa resolve...**às vezes o paciente está com tanta raiva do que aconteceu na casa dele...que ele...não quer ouvir ninguém...e a gente...precisa intervir... (E14CAPS)*

*[...] porque uma vez contido... uma vez sedado... **ele perde a manutenção do autocuidado** né? (E3CAPS).*

*[...] acabava que às vezes eu percebia que o CAPS entrava nesse lugar do Pinel... de conter... de sedar... que **eu também não acho que seja um bom caminho** (E3CAPS).*

As falas em destaque mostram que os profissionais entrevistados não têm predileção pelo manejo através de métodos invasivos, pois entendem que os prejuízos são maiores que os benefícios.

O uso de métodos invasivos no manejo de crises e emergências psiquiátricas como contenção física, química ou mecânica, é reconhecido pela literatura como recurso de último caso, justificado apenas quando há risco iminente de dano ao próprio sujeito ou a terceiros. Embora por vezes necessárias, podem produzir efeitos adversos significativos, incluindo retraumatização, ruptura do vínculo terapêutico, sensação de punição e aumento subsequente da desconfiança em relação aos serviços de saúde mental (Delaney, 2006).

No contexto dos CAPS, onde o cuidado deve se orientar pela lógica territorial, pelo acolhimento e pela construção da autonomia, o uso de intervenções coercitivas tende a contradizer os princípios da reabilitação psicossocial e fragilizar a relação de corresponsabilidade entre equipe e usuário (Amarante, 2007).

Os episódios de contenção podem desencadear afastamento do serviço, queda na adesão ao tratamento e maior risco de descontinuidade do cuidado, evidenciando os prejuízos clínicos e éticos quando tais métodos se tornam necessários em dispositivos comunitários (Bowers et al., 2015). A prioridade deve permanecer nas estratégias dialógicas e não



coercitivas, reservando intervenções invasivas apenas para situações extremas e sempre acompanhadas de revisão crítica posterior

Através da coleta de dados, foi possível perceber que diferentes termos no que se refere à pessoa em sofrimento mental foram usados pelos participantes da pesquisa. No contexto dos cuidados de saúde, o uso dos termos “usuário”, “cliente” e “paciente” incorpora distintas concepções sobre a relação entre indivíduo e serviço, as quais trazem implicações simbólicas e éticas.

Conforme Saito et al. (2013), o termo “usuário” é considerado mais amplo e alinhado a uma lógica de participação ativa e direito à saúde, superando modelo passivo ou mercadológico, uma vez que contempla o sujeito como agente de seu cuidado. Já o termo “cliente” remete a um modelo de consumo de serviços, o que pode traduzir uma relação comercial e, portanto, distanciada dos princípios da universalidade e da integralidade em saúde, evocando a lógica do mercado. Por sua vez, o termo “paciente” mantém vinculação com o modelo tradicional biomédico, onde o indivíduo assume papel de receptor de intervenção, sobretudo diagnóstica e terapêutica, o que implica uma posição mais passiva na relação com o profissional de saúde (SAITO et al., 2013).

De fato, não há consenso unânime acerca da terminologia entre os profissionais de saúde, e que a escolha de um termo configura, em si, posicionamento ético-político diante da assistência (SAITO et al., 2013). Essa diferenciação é relevante para o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, pois o termo adotado interfere na forma como o sujeito é visto, enquanto agente de cuidado ou como objeto de intervenção e, por consequência, na modalidade de vínculo terapêutico e nas tecnologias de cuidado empregadas.

A literatura ressalta que o manejo dessas situações requer estratégias integradas, sensíveis às singularidades de cada sujeito e estruturadas em uma lógica de cuidado humanizado e territorializado, conforme preconiza a RAPS (Campos; Silveira; Gomes, 2023).

Diversas formas de manejo da crise psiquiátrica são descritas na literatura científica, e todas convergem para a importância de um cuidado integral, humanizado e articulado em rede. Um dos principais eixos de intervenção é o acolhimento qualificado, que implica a escuta ativa e a criação de vínculos com o usuário em sofrimento, priorizando a compreensão do sentido daquela crise para o sujeito e o seu contexto (Campos; Silveira; Gomes, 2023).

Além disso, a construção compartilhada do PTS é apontada como uma ferramenta fundamental no processo, pois permite traçar estratégias personalizadas de cuidado que respeitem a autonomia e as necessidades específicas da pessoa em crise (Antônio et al., 2023).



7.2 “O CUIDADO COMO PRÁTICA RELACIONAL”

[...] o cara chega no...caps...destruído...às vezes tudo que ele quer, é... ser ouvido... (E20CAPS).

Essa categoria exprime a necessidade do cuidado ser expresso e investido na experiência relacional, no encontro com o sujeito, a partir da escuta qualificada, do vínculo e da responsabilização pelo cuidado oferecida às pessoas com sofrimento mental, bem como o trabalho multidisciplinar e individualizado. Inspirada na tipologia de tecnologias de saúde proposta por Merhy (2005), a categoria destaca o uso das tecnologias leves no cotidiano dos profissionais. São estratégias relacionais que sustentam o cuidado em situações de crise ou emergência psiquiátrica. A partir dela, surgiram três unidades temáticas: vínculo, escuta ativa e afeto e comunicação.

No campo da saúde mental, as tecnologias leves, por sua importância e utilidade para fortalecimento de práticas humanizadas, assumem papel central, especialmente nos momentos de manejo da crise, quando se mostram decisivas para evitar internações psiquiátricas desnecessárias e promover a recuperação em liberdade. Além disso, práticas grupais, oficinas terapêuticas e rodas de conversa, também consideradas tecnologias leves, contribuem para a reinserção social, o fortalecimento de vínculos comunitários e a ressignificação da experiência de sofrimento (Groskopf; Marquetti, 2017).

Dessa forma, a valorização dessas tecnologias representa não apenas uma diretriz ética e política no cuidado em saúde mental, é também uma estratégia clínica potente para lidar com os dificuldades impostas pelas crises psiquiátricas, promovendo a autonomia e a dignidade dos sujeitos em sofrimento.

A unidade temática “vínculo” reforça a importância da conexão entre o profissional de saúde e o sujeito, na elaboração de pactuações fundamentais para a produção de cuidado de maneira longitudinal e integral. Esse vínculo acontece se for estabelecida uma relação de confiança e respeito. Desta unidade temática, temos as seguintes unidades de registro:

[...] é pelo vínculo que eu tinha com essa usuária... ela me ligou... né?” “é... e ela me ligou dizendo que tava no viaduto e que ia se jogar (E1CAPS).

[...] traz acolhimento..., aumenta a sensação de segurança... e... ajuda a pessoa a se expressar melhor durante a crise... (E15CAPS).

[...] eu acho que o vínculo... o segredo do cuidado é o vínculo... o que vai fazer o sujeito tomar o remédio... mesmo sabendo que ele vai ficar broxa... é o vínculo que ele tem com você... o que vai fazer o sujeito... é... não ir no dia do atendimento... mas passar no CAPS outro dia para falar... não consegui vir naquele dia por isso... isso e isso?... é o vínculo... é... o que vai fazer o sujeito chegar perto de você e acreditar que você não vai aumentar a dosagem medicamentosa dele e te falar... estou ouvindo muitas vozes... é o



vínculo... então... eu acho que o que garante a efetividade do processo de cuidar dentro de um CAPS é o vínculo... (E3CAPS).

[...] ela começou a gritar... e a apresentar comportamento auto-agressivo... cheguei com calma... e ela aceitou segurar minha mão, o que facilitou o vínculo naquele momento...(E17CAPS)

A unidade temática “escuta ativa” aparece na necessidade de pontuarmos a importância de se estabelecer uma disponibilidade à pessoa em sofrimento, fazendo-o perceber que ele é importante para o dispositivo de saúde e que há interesse em sua reabilitação psicossocial. Desta unidade temática, originaram-se as unidades de registro a seguir.

[...] e nesse dia... é... foi conseguido contornar essa crise com acolhimento né?... diante de uma escuta qualificada... sem julgamento... e aí com muito trabalho ali no atendimento... na escuta... (E2CAPS).

[...] o cara chega no...caps...destruído...às vezes tudo que ele quer, é... ser ouvido... (E20CAPS).

[...] no diálogo... muitas vezes a gente acolhe... a gente escuta... faz a escuta... é... tenta ajudar no que é possível... tenta manejar aquela situação dentro da perspectiva dele... que ele traz pra gente... e eu faço muita escuta... (E5CAPS).

A unidade temática “afeto e comunicação” está ligada à necessidade de explicitarmos a importância de estabelecer uma relação dialogal, em que o indivíduo escuta e também é ouvido, conferindo a ele maior protagonismo em seu processo de reabilitação psicossocial. Também envolve a construção de um vínculo afetivo, no qual o bem-estar do indivíduo importa e o principal objetivo assistencial é a qualidade do serviço prestado e o atingimento de resultados e metas esperadas dentro do projeto terapêutico singular.

A presença do afeto e da comunicação terapêutica no manejo da crise psiquiátrica é considerada essencial para a construção de um cuidado ético, humanizado e eficaz. A escuta qualificada, o acolhimento sensível e o estabelecimento de vínculo afetivo possibilitam que o sujeito em crise sinta-se reconhecido em sua dor, o que favorece a diminuição da angústia, da sensação de desamparo e do risco de agravamento do quadro (Campos; Silveira; Gomes, 2023).

A comunicação terapêutica, quando sustentada pelo respeito, empatia, e não pelo julgamento, potencializa o protagonismo do usuário e fortalece a corresponsabilização no processo de cuidado (Feuerwerker, 2014). Tais dimensões subjetivas são entendidas como tecnologias leves fundamentais para a produção de saúde nos serviços substitutivos, como temos sustentado nesta pesquisa, especialmente em situações de crise, quando o sofrimento psíquico se manifesta de maneira mais intensa e desorganizadora (Merhy, 2005).



A comunicação terapêutica é reconhecida pelo Ministério da Saúde como um dos eixos centrais da atenção em saúde mental, especialmente no manejo de situações de urgência e emergência psiquiátrica. Trata-se de um processo relacional intencional, fundamentado na escuta ativa, na empatia e na postura ética do profissional, que visa favorecer a expressão emocional do sujeito, reduzir a ansiedade e criar um vínculo de confiança que sustente a intervenção (BRASIL, 2021).

A comunicação terapêutica não se restringe à verbalização, mas inclui elementos não verbais — como o tom de voz, os gestos, o contato visual e a linguagem corporal —, que devem transmitir acolhimento, respeito e segurança. Nesse contexto, o profissional deve adotar uma escuta qualificada, evitar julgamentos e oferecer respostas que legitimem a experiência subjetiva do sujeito, contribuindo para o restabelecimento do equilíbrio emocional e da capacidade de enfrentamento. Além disso, a comunicação deve ser adaptada às condições cognitivas e emocionais do sujeito, evitando tecnicismos e mantendo clareza e coerência nas informações transmitidas. Assim, o uso adequado da comunicação terapêutica constitui um recurso fundamental para a desescalada de comportamentos agressivos, para a mediação de conflitos e para a construção de uma relação de cuidado centrada no sujeito. Desta temática, temos unidades de registro abaixo:

[...] ter um cuidado nos afetos porque afeto reduz dano então..? (E1CAPS)

[...] acolher o sofrimento e estabelecer uma comunicação que ajuda a reduzir a tensão do momento...acaba produzindo afeto... (E16CAPS)

[...] então a gente manejava ali na... na fala... nos atendimentos... (E1CAPS).

Dentro da categoria "O cuidado como prática relacional " o cuidado aparece pautado no encontro com o sujeito, em posse das tecnologias leves, que dizem respeito às ferramentas relacionais, como a escuta e o vínculo, que sustentam o cuidado em saúde mental comprometido com a autonomia do indivíduo.

*[...] dependendo é... de como a gente vai cheGAR nesse usuário... é... isso também pode é... agravar o vínculo que a equipe possa ter com esse usuário... então é... **o manejo com as tecnologias leves né? são fundamentais** assim... (E1CAPS).*

[...] ajuda a garantir um cuidado mais humano...né... seguro e... eficaz para pessoas com transtornos mentais... as tecnologias leves fortalecem o vínculo e reduzem o sofrimento... (E11CAPS)

*[...] fiquei o maior tempão do lado dela...**sem falar nada**...só estando ali fisicamente...e ela foi se acalmando...e fiquei ali até ela se recuperar*



totalmente... (E15CAPS)

O trecho anterior revela como a presença, mesmo silenciosa, pode configurar uma ação potente no manejo da crise, deslocando a centralidade da técnica biomédica para a qualidade do encontro. A simples presença do profissional ao lado do sujeito em sofrimento pode, por si só, produzir cuidado e favorecer a regulação emocional. Em situações de crise, a estabilidade afetiva, a postura não intrusiva e a disponibilidade silenciosa do profissional funcionam como dispositivos terapêuticos capazes de reduzir a angústia, oferecer segurança e sustentar o usuário até que ele possa retomar gradualmente sua capacidade de simbolização (Winnicott, 1984).

Alguns estudos no campo da clínica ampliada indicam que essa presença qualificada, ainda que não marcada por intervenções verbais, constitui uma forma de continência psíquica, permitindo que o sujeito não se sinta abandonado ou desamparado diante da intensidade de seu sofrimento (Barros; Lopes, 2014).

A continência psíquica é compreendida, como a capacidade de um profissional ou cuidador de acolher, sustentar e transformar estados emocionais intensos ou não simbolizados apresentados pelo sujeito em sofrimento. Inspirado nos trabalhos de Bion, o conceito refere-se ao processo pelo qual um agente clínico funciona como “recipiente” das angústias, impulsos e conteúdos projetivos do paciente, metabolizando-os e devolvendo-os de forma integrada e pensável, possibilitando ao indivíduo recuperar organização interna e capacidade de simbolização (BION, 1962).

No campo da saúde mental contemporânea, a continência é reconhecida como uma função terapêutica essencial em situações de crise, pois cria um ambiente emocionalmente estável, reduz sentimentos de desamparo e contribui para a regulação afetiva e comportamental do sujeito (Fonagy; Target, 2003).

Em ambientes, como os CAPS, a continência psíquica é vista como tecnologia leve fundamental, operando não apenas pela intervenção verbal, mas também pela postura, presença e disponibilidade emocional do profissional, que oferecem ao sujeito um campo de segurança necessário para o restabelecimento gradual de sua capacidade de pensar e se autorregular.

As tecnologias leves também se expressam na capacidade de escuta coletiva da equipe, que constrói planos de cuidado considerando os desejos e limites do sujeito. O vínculo se configura, aqui, não só como uma técnica de aproximação com o sujeito, mas como um gesto ético-político que o acolhe em sua inteireza, recusando a fragmentação técnica da experiência. Após o profissional de saúde mental realizar a escuta do sujeito, com finalidade de aperfeiçoar essa escuta e dar direcionamentos terapêuticos assertivos, este profissional



pode compartilhar essa experiência relacional, com a equipe multidisciplinar atuante no dispositivo, favorecendo também uma escuta coletiva da equipe com a própria equipe de saúde mental.

O compartilhamento sistemático dos casos dentro da equipe multidisciplinar, mediado por supervisão clínico-institucional, é fundamental para qualificar a construção e o acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares. A análise coletiva permite integrar diferentes saberes, clínicos, psicossociais, territoriais e comunitários, ampliando a compreensão da complexidade do caso e evitando reducionismos biomédicos ou interpretações centradas exclusivamente em um único profissional (Campos, 2000).

A supervisão clínico-institucional funciona como dispositivo de reflexão crítica, auxiliando as equipes a revisarem seus processos de trabalho, identificarem impasses e elaborarem intervenções mais coerentes com a singularidade do sujeito e com os princípios da reabilitação psicossocial (Furtado, 2001).

Além disso, pesquisas em CAPS indicam que práticas colaborativas fortalecem a corresponsabilização, melhoram a continuidade do cuidado e aumentam a efetividade dos PTS, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade e sofrimento psíquico grave (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

Isso atende diretamente os princípios da reforma psiquiátrica, que propõem uma clínica centrada na relação, na horizontalidade do encontro e na corresponsabilização dos trabalhadores do SUS. Como aponta Franco Basaglia (1985), o cuidado em liberdade implica um deslocamento epistemológico: não se trata apenas de “fazer por”, mas de “estar com”.

A partir das contribuições de Merhy, é possível enfatizar que o cuidado em saúde mental se produz fundamentalmente no encontro entre profissional e sujeito, onde se atualizam as tecnologias leves, baseadas na escuta, na presença e na construção de vínculo. É nesse espaço relacional, marcado pela singularidade do sujeito e pela disponibilidade ética do trabalhador, que se configura o “trabalho vivo em ato”, capaz de gerar efeitos terapêuticos que não se reduzem a procedimentos técnicos ou protocolos padronizados (Merhy, 2002).

A construção de uma relação horizontalizada e dialógica permite que o indivíduo seja reconhecido em sua potência, favorecendo corresponsabilidade, autonomia e maior adesão ao cuidado. Portanto, o encontro clínico, entendido como produção compartilhada de sentido, constitui elemento central para a efetividade das práticas em saúde mental e para a consolidação de um cuidado realmente humanizado e territorial. Porém, em alguns casos, apesar o esforço da equipe multidisciplinar na construção dessa relação se dar de maneira insistente, esse vínculo pode ser rompido.



Da mesma forma que os profissionais de saúde mental podem construir pontes entre o equipamento e o sujeito, uma palavra mal colocada também pode colocar tudo a perder e fazer com que esse sujeito rompa com o seu tratamento e não queira mais se aproximar do CAPS. Uma das estratégias necessárias quando o sujeito rompe com o dispositivo de saúde é a visita domiciliar:

*[...] então teve paciente também que já se perdeu o vínculo e **a gente conseguiu resgatar esse vínculo... em casa...** o paciente domiciliar... a gente conseguiu trazer ele novamente para o dispositivo e hoje ele frequenta o dispositivo normalmente... (E5CAPS).*

[...] tinha uma paciente que era nossa, mas que não aceitava vir ao caps de jeito nenhum... dava para perceber que ela tinha vergonha de ser vista entrando no caps...então... sugeri que fosse feita visitas domiciliares...né...dessa forma...ela poderia continuar o tratamento...sem necessariamente estar indo ao caps... (E13CAPS)

O restabelecimento do vínculo com esse indivíduo, como podemos observar foi oportunizado pela ida da equipe até a sua residência. A visita domiciliar comunica algo muito maior do que parece. Além de ser uma ferramenta fundamental para que o profissional da atenção psicossocial entenda o contexto territorial de inserção do sujeito e a organização do seu domicílio, comunica ao sujeito o quanto ele é importante e o quanto o seu bem-estar interessa, a ponto de uma equipe de saúde se deslocar até ele, caso não consiga ir até o dispositivo ou caso esteja faltando o projeto terapêutico singular pensado para ele.

A visita domiciliar consolidou-se como uma tecnologia de cuidado essencial na atenção psicossocial, ao proporcionar acesso direto ao contexto de vida do indivíduo, favorecendo o vínculo terapêutico e viabilizando intervenções mais contextualizadas e respeitosas da subjetividade e da história do sujeito (Antunes et al., 2013; Silva & Teixeira, 2020).

Em muitos casos de pessoas que relutam em frequentar o CAPS, a presença da equipe no domicílio torna-se estratégica para retomar o contato com o cuidado e promover a continuidade terapêutica, reduzindo estigmas e superando barreiras de adesão (Araújo & Silva, 2020).

Diversos estudos apontam que a ação de frequentar o CAPS, permanece permeado por estigma social, o que frequentemente gera sentimentos de vergonha, vergonha internalizada e medo de discriminação entre os próprios usuários do serviço, especialmente aqueles que relutam em frequentar ou permanecer no cuidado. Em pesquisa recente sobre identidade e sofrimento mental, constatou-se que muitos indivíduos optam por evitar a busca por cuidado ou abandonam o serviço, por receio de serem rotulados e estigmatizados pela comunidade e pela sociedade em geral (Pires, 2023).



Um estudo qualitativo desenvolvido junto a usuários de CAPS identificou relatos de constrangimento decorrentes de piadas, memes nas redes sociais e atitudes preconceituosas que circulam publicamente, o que agrava a sensação de vulnerabilidade e alimenta o sentimento de vergonha (Nunes et al., 2009; Detomini et al., 2018).

A internalização desse estigma manifesta-se como autoconceito depreciado, isolamento e relutância em aderir ao tratamento ou frequentar os serviços, comprometendo a efetividade dos projetos terapêuticos (Leão & Barros, 2021). Dessa forma, a vergonha associada à condição de saúde mental e ao ato de “ser usuário de CAPS” não é um dado anedótico: ela emerge como uma barreira concreta ao cuidado, à continuidade do tratamento e à inclusão social, sendo imprescindível que os serviços atuem de forma antistigmatizante, com acolhimento, empatia e promoção da dignidade dos sujeitos.

A visita domiciliar entra nesse contexto, favorecendo essas pessoas que ainda não conseguiram romper com os estigmas impostos, podendo seguir com o tratamento, viabilizado pela ida da equipe multidisciplinar em sua residência. Essa visita também permite mapear condições de moradia, redes familiares e comunitárias, bem como os determinantes sociais do sofrimento psíquico, abrindo espaço para o planejamento de ações terapêuticas adequadas à realidade do sujeito, o que seria inviável em um contexto institucional (Ciência & Saúde Coletiva, 2021). Essa estratégia reafirma o caráter territorial e comunitário da atenção em saúde mental e aparece como dispositivo privilegiado para garantir cuidado contínuo, dignidade e inclusão social mesmo para aqueles que não frequentam os serviços tradicionais.

[...] a gente acaba conseguindo criar esse vínculo maior com o paciente... né?... a gente tem esse vínculo e a gente tem essa confiança com o paciente... então essa tecnologia acaba dando... é... essa confiança do profissional com o paciente (E7CAPS).

[...] você acaba ficando com mais moral para aquele paciente... né... porque foi você que ajudou ele naquele momento de maior confusão... então... ele lembra de você... e deixa você conduzir... (E14CAPS)

Além dos benefícios do vínculo já citados às pessoas que frequentam os dispositivos de saúde mental, vemos acima o benefício que o vínculo produz no profissional de saúde mental, pois, com o estabelecimento da confiança entre as duas partes, ele também se sente mais seguro para estabelecer suas intervenções e implementar cuidados direcionados à pessoa em sofrimento mental. Um profissional mais confiante é extremamente necessário, sobretudo em momentos em que precisa coordenar eventos de emergência ou crise psiquiátrica conseguindo comunicar mais assertividade e segurança em seus



direcionamentos, fazendo com que o sujeito se sinta cada vez mais confortável em contar com ele profissional em situações agudizadas que exijam suporte técnico.

A atuação de profissionais de saúde mental com segurança e preparo técnico é condição central para o manejo adequado de crises e emergências psiquiátricas, pois a competência, o autocontrole emocional e o domínio de protocolos reduzem riscos para todas as partes envolvidas, paciente, equipe e comunidade. Revisões recentes sobre a segurança do paciente em serviços de saúde mental apontam que a complexidade dessas situações exige que os cuidadores possuam habilidades específicas, como identificação precoce de instabilidade, uso apropriado de intervenções e colaboração multiprofissional, de modo a evitar danos decorrentes do próprio cuidado. Além disso, formação contínua e preparo para lidar com a agitação psicomotora, com uso criterioso de intervenções não coercitivas, são destacados como fatores protetores tanto da integridade física quanto da dignidade do sujeito (Lima et al., 2021; Fernandes et al., 2022).

A performance de profissionais seguros reforça o vínculo terapêutico e contribui para a eficácia das intervenções, constituindo elemento estruturante de uma prática ética e humanizada em saúde mental.

[...] tem paciente que se chegar aqui e não ver a referência dele...ele volta pra casa... mesmo que a gente explique que a pessoa faltou por...sei lá...algum motivo pessoal...o paciente não fica... olha como a construção da referência entra num lugar importantissimo...tipo...o paciente só quer se ouvido por aquela pessoa...e porque SÓ aquele pessoa...sabe?... (E17CAPS)

[...] se for a escuta de um técnico de referência dele... faz todo um sentido... todo um trabalho até mais do mais do que quem não tem... então... se ele tem um técnico de referência dele ali... que acompanha ele no tratamento dele aqui... e tem outro profissional que não tenha tanto vínculo com ele... esse manejo com o técnico de referência... ele consegue... é... ter um maior resultado do que com o outro que... às vezes... não tem tanta referência com ele... (E5CAPS).

É possível identificar em uma das falas dos entrevistados a pontuação relacionada a importancia dessa tecnologia leve ser utilizada pelo técnico de referência e/ou profissional de referência:

[...] “se for a escuta de um técnico de referência dele... faz todo um sentido...”

De acordo com Silva e Costa (2010), o “técnico de referência em saúde mental” configura-se como profissional que assume a responsabilidade contínua por um conjunto determinado de indivíduos, estabelecendo vínculo terapêutico singular e permanente, sendo



ele o elo principal entre o sujeito em sofrimento e a rede de atenção psicossocial. Nesse papel, o técnico de referência articula as dimensões técnica, ética e política do cuidado, contribuindo para o planejamento e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), favorecendo a integração institucional, comunitária e multidisciplinar. A atribuição de responsabilidade pelo acompanhamento, pela construção de vínculo e pela interlocução entre serviço, sujeito e rede, segundo os autores, implica potencial de sofrimento psíquico para o próprio profissional, dado o grau de demanda afetiva, técnica e administrativa envolvido na função (SILVA; COSTA, 2010)

Quando o profissional de referência oferta essa escuta, observa-se um efeito ainda mais positivo no alcance das metas terapêuticas. Ele é a pessoa com que o sujeito tem a experiência da transferência, ou seja, apresenta vinculação, conexão e, de alguma maneira, sente-se acolhido, como demonstra o trecho acima. A figura do profissional de referência no CAPS constitui um dos pilares do modelo de atenção psicossocial, uma vez que possibilita a construção de uma relação continuada, singular e baseada na escuta qualificada, favorecendo a compreensão ampliada do sofrimento do usuário. Segundo Amarante (2015), a referência clínica opera como eixo estruturante do cuidado, permitindo que o trabalhador acompanhe trajetórias, identifique necessidades específicas e articule intervenções de forma integrada com a equipe. O profissional de referência não atua apenas como responsável técnico, mas como mediador de processos subjetivos e sociais que sustentam o cuidado em saúde mental de maneira humanizada e territorializada.

[...] eu acho que o vínculo é muito importante porque tem paciente que não adianta que você não vai conseguir acessar... então eu acho que a gente tem que primeiro reconhecer a nossa limitação com aquele paciente... e isso eu tenho facilidade de falar que ali eu não fui... algum colega da equipe talvez consiga... então eu acho que a gente tem que reconhecer... estabelecer um vínculo com ele e reconhecer até onde a gente consegue ir (E9CAPS).

A limitação do profissional de saúde mental também aparece na construção desafiante do vínculo com o sujeito. No trecho acima, vemos evocada a necessidade da identificação das próprias limitações quando se lida com o outro, e a importância do autorreconhecimento dentro desse processo, para que seja possível, a partir desse nível de criticidade, acionar outro profissional da equipe multidisciplinar que participe do processo, estabeleça a conexão com o usuário do CAPS e avance nas tratativas terapêuticas esperadas, porque isso pode iniciar um movimento de inclusão do sujeito e do profissional na lógica da reabilitação psicossocial.

*[...] o paciente cria o vínculo... então **ela consegue se abrir com você** né?... (E10CAPS).*



[...] ninguém se abre com quem não se conhece...acho que esse é um ponto... o profissional acha que o paciente vai chegar falando seus segredos...seus incomodos...mas nem sempre isso acontece...e o profissional tem que insistir... (E16CAPS)

Quando mencionamos as tecnologias leves como ferramenta de cuidado, a escuta ativa aparece em grande parte nas falas dos entrevistados como importante estratégia para conferir protagonismo ao sujeito, acolhendo suas dores e incertezas, mostrando ao outro a disponibilidade e interesse na sua história e na sua vivência.

*[...] ele só trazia sofrimento para o OUTro e para ele MESmo... enfim... e nesse dia... é... foi conseguido contornar essa crise com acolhimento né?... **diant**e de uma escuta qualifiCAda... **sem julgamento**... e aí com muito trabalho ali no atendimento... na escuta... (E2CAPS).*

[...] você tem que só escutar...mostrar para ele que você ta ali...pra ele... (E19CAPS).

No trecho acima é evidenciada a importância de uma escuta isenta de julgamentos, de moralismos e de imposição de valores. É dado que a subjetividade do sujeito é um dos pilares de cuidado em saúde mental, logo realizar uma escuta livre de estigmas e de juízos de valor gera aproximação entre o sujeito e o profissional de saúde. A consequência dessa aproximação, geralmente, é a adesão do sujeito ao tratamento dentro dos dispositivos de saúde mental.

Tal postura se mostra ainda mais importante se levarmos em conta que as pessoas que necessitam de dispositivos de saúde mental já carregam diversos preconceitos postos há séculos e que se perpetuam através de piadas com “loucura” ou associações ao “louco” que lhes prejudicam em vários setores, com mercado de trabalho ou em outro meio de geração de renda e na ocupação de espaços sociais de direito. Portanto, o profissional de saúde mental deve ter postura diferenciada e oferecer escuta livre de quaisquer vieses preconceituosos.

*[...] não tem benzodiazepínico que vai fazer ela parar de sofrer... é acolher... é estar do lado... é escutar... **é sustentar o desconforto... o silêncio**... então eu acho que a gente ainda está caminhando nesse sentido... (E3CAPS).*

[...] às vezes...o cara vem atrás de remédio...e...acaba fazendo amigo...tem uma paciente nossa que namora e mora junto com esse namorado...que também é nosso usuário... (E12CAPS)

Escutar não significa estar passivo ao que se está dizendo. Muitas vezes, será necessário escutar o silêncio, como evidenciado no primeiro trecho, que pode ser sinalizador de crise severa e de alto risco de morte o sujeito. Escutar é estar atento ao que se fala e ao que não se fala. A escuta não é passiva, deve-se estar atento aos sinais, àquilo que o sujeito está dizendo e àquilo que não consegue dizer. Significa escutar o que está escondido no inconsciente e aparece em forma de sintomatologia. Em um contraponto, a partir dessa escuta,



e da adesão do sujeito ao tratamento, temos o CAPS como um grande produtor de vinculação social, relações interpessoais e construção de relações afetivas, que são importantes para se pensar a vida do sujeito em sua completude, em suas várias camadas.

O CAPS, ao operar segundo a lógica da reabilitação psicossocial, não se limita à oferta de cuidados clínicos, mas cria condições para que o sujeito retome sua circulação social, reconstruindo vínculos e ampliando sua rede de apoio. Segundo Saraceno (2011) e Kinoshita (2016) destacam que a inclusão em atividades coletivas, oficinas e espaços de convivência favorece a recomposição da sociabilidade, permitindo que o usuário recupere o sentimento de pertencimento e desenvolva relações significativas, como amizades e até vínculos amorosos. Essas interações, ao emergirem em um ambiente protegido e horizontal, contribuem para a produção de subjetividade e para a retomada de projetos de vida, reforçando a centralidade das dimensões relacional e comunitária na atenção psicossocial. O CAPS torna-se um território de reconstrução existencial, onde o cuidado se dá também pelo reencontro com o outro e pela possibilidade de tecer laços afetivos que sustentem o processo de reabilitação.

[...] a gente conseguiu construir com ele um grupo no WhatsApp do PTS dele... no qual ele vai dando notícias né?... é... de como que tá... e assim... foi o único recurso... porque ele não topa sair de casa... (E4CAPS).

Acima, percebemos que, nos tempos atuais, existem outras ferramentas de escuta para além do encontro presencial, mas, quando isso não é possível por alguma ordem, ainda assim, essa escuta pode acontecer, gerando acolhimento, pertencimento, criando condições para a saúde mental do indivíduo que se encontra necessitado de escuta qualificada.

[...] através da escuta livre a gente consegue estruturar o cenário daquele indivíduo... levando em consideração o que o torna o que ele é naquele momento... então através dessa escuta... através dessas metodologias... a gente estrutura um planejamento individualizado... (E6CAPS).

É a partir da escuta ativa que tudo se inicia, ela facilita a identificação do diagnóstico situacional, da vivência psicopatológica experimentada, do contexto em que o sujeito está inserido, dos desdobramentos que essa vivência causa em sua vida e do que precisa ser implementado para fins terapêuticos.

[...] com a escuta eu entendi qual era a necessidade dele... que ele queria na verdade... não nos agredir nem atentar contra a gente... o que ele queria era um atendimento de emergência por conta da lesão que ele teve... então a minha postura é sempre tentar a escuta primeiro para entender qual é a necessidade daquele paciente ali... (E9CAPS).

Por conta do histórico de exílio, de desprezo e de preconceito estabelecido na sociedade, que muitas vezes reproduz ações manicomiais, o sujeito acaba se comunicando



de maneira inadequada, em razão de desejar ser ouvido por alguém e acaba, por meio da força, da brutalidade, tentando se fazer ouvir. Porém, se um profissional se mostra disponível à escuta, segundo o trecho acima, o primeiro interesse não é agredir, mas ser ouvido.

*[...] a escuta... o vínculo... é... eu acho que o paciente **precisa te sentir disponível** para ele... ele precisa muito sentir a disponibilidade que você tá ali para ele... e quando você não tá eu também acho importante falar... “quando o paciente te procura que você olha e fala assim... agora não dá... mas eu vou te procurar daqui a meia hora... (E9CAPS).*

Não somente a disponibilidade, mas também comunicar a disponibilidade, aparece como fundamental no trecho acima. A melhor maneira de se mostrar disponível é demonstrar interesse em escutar o outro, acolher sua história, sua dor, sua queixa. O mesmo trecho também mostra, de forma paradoxal, a importância da sinceridade com o sujeito quando não é possível escutá-lo naquele momento por conta de quaisquer outras situações que possam impedir o profissional. Deve-se balizar o sujeito, dando a ele uma previsão de tempo em que ele será escutado, garantindo que ele não deixará de ser acolhido.

*[...] você escutar a pessoa... tentar o que está acontecendo... porque às vezes não é uma crise de emergência, talvez... uma crise que a pessoa só precisa falar... mas ela não consegue expressar... **então ela acaba surtando** (E10CAPS).*

Assim como a disponibilidade produz acolhimento, sua ausência pode causar sofrimento intenso. Por isso, os profissionais da atenção psicossocial devem ter consciência de que muitas pessoas, antes de chegar ao CAPS, já levaram muitas negativas e enfrentaram muitos obstáculos, portanto, ouvir mais um “não” gerar baixa tolerância aparecer em forma de heteroagressividade, tempestuosidade etc.

Além disso, a partir da escuta, estabelecem-se outras tecnologias leves fundamentais para o manejo adequado, como o “afeto” e a “comunicação terapêutica”.

*[...] ter um cuidado nos afetos porque **afeto reduz dano** então... a gente precisa trabalhar isso... é... então assim... é bem... a gente tem que ter muito esse cuidado e usar é... bastante essas tecnologias leves pra justamente... é não ter que usar outras mais.... **enfáticas outras mais incisivas que seja uma contenção mecânica ou uma contenção medicamentosa né?** (E1CAPS).*

*[...] **tudo é a maneira que você fala...**a pessoa pode vir te abraçar e agradecer..ou te dar um tapa... (E11CAPS)*

No fragmento acima, podemos notar a ideia de afeto como instrumento redutor de danos. A redução de danos é uma abordagem de cuidado que busca minimizar danos sociais, físicos e psicológicos em um contexto geral, não somente quando o sujeito está sob uso de droga psicoativa. O afeto, portanto, funciona como instrumento de redução de danos, colocaborando para a saúde mental do sujeito, favorecendo a vinculação dele com o profissional de referência e com o dispositivo de saúde.



O conceito ampliado de Redução de Danos transcende a simples mitigação de riscos associados ao uso de substâncias psicoativas, configurando-se como uma ética de cuidado que valoriza a autonomia, a dignidade e a singularidade do sujeito, buscando reduzir os danos sociais, psicológicos e de saúde sem exigir abstinência imediata como condição inicial (BROWN, 2023; ARAÚJO; PIRES, 2018).

Essa perspectiva, cada vez mais adotada nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, reconhece que muitos usuários vivem em contextos de vulnerabilidade, e propõe intervenções pragmáticas e humanizadas, pactuadas com o usuário, que visam minimizar os riscos e maximizar qualidade de vida, ao mesmo tempo em que mantêm a oferta de cuidado e apoio terapêutico contínuo (ALVES et al., 2021; ARAÚJO; PIRES, 2018).

No âmbito do CAPS, a Redução de Danos assume um papel central na promoção de inclusão social, no fortalecimento da autonomia do usuário e na manutenção dos vínculos terapêuticos, favorecendo trajetórias de cuidado menos coercitivas e mais integradas à vida cotidiana do sujeito (SANTOS; PIRES, 2020).

O afeto, quando incorporado às práticas de cuidado em saúde mental, constitui uma potente estratégia de Redução de Danos, pois opera na dimensão relacional do cuidado, ampliando segurança subjetiva, acolhimento e adesão terapêutica. Os vínculos afetivos consistentes reduzem comportamentos de risco, favorecem a estabilização emocional e fortalecem a confiança entre o sujeito em sofrimento e profissional, elementos essenciais para a produção de pactos realistas de redução de danos (ALVES et al., 2021; Santos; Pires, 2020).

Alguns estudos apontam que o afeto, entendido como postura ética de reconhecimento, presença e disponibilidade, contribui para minimizar danos associados ao uso de substâncias e ao sofrimento psíquico, na medida em que sustenta processos de autorregulação, diminui a sensação de isolamento e cria condições para que o sujeito busque alternativas menos nocivas em seu cotidiano (Araújo; Pires, 2018).

Ao contrário de práticas moralizantes ou coercitivas, o cuidado afetivo amplia as possibilidades terapêuticas e se insere no escopo ampliado da Redução de Danos ao valorizar a singularidade do sujeito e a construção compartilhada de caminhos possíveis.

A comunicação aparece também como uma grande ferramenta para favorecer essa troca dialogal e saudável entre sujeito e profissional, em que o este pode se colocar e explicitar suas dores e nessa oportunidade, sendo acolhido pela equipe multidisciplinar.

[...] diálogo é a principal tecnologia (E7CAPS).

[...] ele se sente tratado como a gente deve ser... né?... ele sente que é um tratamento assim humano... ele se sente importante... quando a gente tem sempre uma palavra... um elogio... às vezes você elogia o cabelo... às vezes



você elogia a roupa... às vezes você fala... ih tá sim hoje ein... arrasou... gostei da peruca... e eles gostam né?... (E8CAPS).

Na última fala transcrita, é mencionada a importância da comunicação positiva, empática, terapêutica. Disparar elogios às pessoas, para fazê-las se sentir bem consigo mesmas, fazê-las se amar, entendendo que são importantes e valiosas e que não há nada de errado com elas, pode ser uma estratégia interessante. Ações assistenciais desse tipo fortalecem a relação das pessoas em sofrimento mental com o profissional, facilitando intervenções e cuidado psicossocial.

O feedback positivo e o reconhecimento por parte dos profissionais desempenham papel terapêutico significativo, promovendo sensação de validação, autoestima e pertencimento, fatores fundamentais para a recuperação. A oferta de elogios ou reforço verbal construtivo em contextos de cuidado contribui para o fortalecimento da autoconfiança e da autoeficácia do sujeito, ampliando sua capacidade de enfrentar o sofrimento psíquico e favorecendo adesão ao tratamento (Bandura, 1997; Silva, 2023).

Em contextos clínicos e multiprofissionais, a prática sistemática de feedback positivo tem sido associada a melhorias no bem-estar psicológico, redução do estigma interno e aumento da esperança, especialmente quando inserida em ambientes terapêuticos de acolhimento e vínculo (Green et al., 2022; Kunzler et al., 2020). Portanto, o elogio configura-se como intervenção simbólica potente, capaz de produzir cuidado e sustentar processos de reabilitação e transformação subjetiva.

[...] então acho que a gente deve agir de forma natural... usar com eles um linguajar mais popular... né?... não tão requintado... porque às vezes também isso acaba afastando ele da gente (E8CAPS).

Dessa maneira, para a atuação na atenção psicossocial ser qualificada, é preciso formação técnico-científica, sem a qual se torna impossível produzir cuidado a partir de referenciais teóricos que ajudem a pensar o cuidado territorial, em liberdade, promovendo autonomia do sujeito, porém, muitas vezes a robustez da formação acadêmica engessa a fala e afasta o profissional do sujeito, dificultando a comunicação efetiva. No fragmento supracitado, é destacada a importância de se optar por uma comunicação que possa ser entendida pelo sujeito e que possa fazê-lo se sentir próximo do profissional, gerando uma aproximação terapêutica.

A adoção de uma comunicação popular no cuidado em saúde mental é fundamental para garantir que as orientações terapêuticas sejam compreendidas, apropriadas e incorporadas pelo sujeito, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Uma linguagem acessível, dialógica e culturalmente situada fortalece o vínculo entre profissional e



sujeito, reduz assimetrias de poder e amplia a autonomia dos sujeitos em seu processo de cuidado (VASCONCELOS, 2020).

As estratégias comunicativas que valorizam saberes cotidianos, experiências de vida e expressões comunitárias possibilitam maior adesão ao tratamento, facilitando a construção compartilhada de significados e reduzindo barreiras históricas entre os indivíduos e os serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2018).

Portanto, comunicar-se de modo simples, respeitoso e alinhado ao território não é um ato de simplificação técnica, mas uma prática ética que potencializa a participação ativa do usuário e qualifica a atenção psicossocial.

a gente conversou com ela... ficou falando... mostrando que a gente tava aqui... que a gente tava apoiando ela... (E10CAPS).

A disponibilidade para o estabelecimento de uma conversa terapêutica faz uma comunicação não verbal importantíssima para o sujeito: a disponibilidade em estar ali querendo ajudar é uma disponibilidade comunicada não verbalmente e reforçada na oralidade, é um divisor de águas no entendimento dos sujeitos de que a equipe de saúde mental está por cada um deles, e de maneira similar, o comportamento dos sujeitos também se apresenta na defesa aos profissionais de saúde mental.

[...] a gente sentou... conversou com ela... tentou entender o que estava acontecendo... é... tentou intervir dela não quebrar... não se cortar... e a gente foi... conversou... sentou... ficou muito bom conversando com ela... tentando entender e ela saiu melhor (E10CAPS).

É notório o poder da intervenção palavra após palavra, e a necessidade de cada profissional de saúde mental ter falas assertivas, que possam produzir cuidado nos sujeitos, como fica evidenciado no trecho da fala acima.

7.3 “LIMITES E DESAFIOS INSTITUCIONAIS”

[...] socar o cidadão dentro do serviço é institucionalizar... institucionalizar é um recurso manicomial... então... para além do CAPS (E3CAPS).

Esta categoria explicita a necessidade de termos em vista, as condições que influenciam no manejo das situações de crise e/ou emergência psiquiátrica, entendendo o cuidado como processo que passa pela coletividade e pela ação multidisciplinar, pela rede de



apoio, pela instituição e também pelas potencialidades do território, bem como o entendimento do CAPS como espaço de cuidado com autonomia e em liberdade, conferindo protagonismo à pessoa que sofre no seu tratamento. Os relatos apontam que o cuidado não é algo previamente estabelecido, mas sim produzido em ato, a partir do encontro entre equipe, indivíduo e território. Trata-se, portanto, de algo processual, relacional e inventivo, que exige da equipe constante negociação, escuta e pactuação com os sujeitos envolvidos.

É de suma importância, gerar uma reflexão sobre as condições institucionais que influenciam no manejo, pois é através da noção da clínica ampliada e do conceito de produção de cuidado que é possível se estabelecer práticas assistenciais pautadas na lógica antimanicomial.

A ideia de cuidado como produção se conecta à noção de clínica ampliada (Campos, 2000), em que diferentes saberes, atores e instituições são mobilizados para dar conta da complexidade da vida em sofrimento. A intersectorialidade aparece como uma estratégia indispensável à sustentação do cuidado, especialmente diante das condições precárias de vida dos sujeitos e da ausência de redes de apoio consolidadas.

O CAPS é narrado como um espaço que favorece a produção ampliada do cuidado, não apenas por seu modelo territorial e substitutivo, mas por possibilitar formas de atuação que escapam à lógica da norma e do isolamento favorecendo a liberdade, que aqui, é entendida não apenas como ausência de contenção, mas como condição para a construção de vínculos terapêuticos reais, capazes de sustentar processos de transformação subjetiva. Isso requer tempo, escuta e investimento coletivo. Constantemente, tensões institucionais e políticas públicas ainda fragilizadas atravessam tal processo.

Desta categoria destacam-se três unidades temáticas e suas respectivas unidades de registro: "Acolhimento e autonomia", "Formas de adesão e aceitação" e "Desafios e obstáculos". Vejamos.

"Acolhimento e autonomia" salienta a questão de não só receber as pessoas em sofrimento mental em consultórios e ouvir suas queixas centrais, mas demonstrar interesse em apresentar resolutividade para as questões que circundam o contexto da vivência psicopatológica, possibilitando que elas mesmas tomem as rédeas dos seus processos e resgatem a autonomia da autogestão de suas vidas. Dessa unidade temática, surgem as seguintes unidades de registro:

[...] se a gente quer trabalhar para ele dar continuidade a gente precisa trabalhar essa autonomia... o tempo todo... (E1CAPS).

[...] porque permite que... ele se reconheça... como sujeito ativo... na construção do próprio cuidado... (E11CAPS)



[...] socar o cidadão dentro do serviço é institucionalizar... institucionalizar é um recurso manicomial... então... para além do CAPS (E3CAPS).

[...] a gente não pode limitar ela a esse direito de ir e vir na rua... (E6CAPS).

A unidade “Formas de adesão e aceitação” versa sobre as diversas possibilidades de trabalhar a adesão do sujeito ao dispositivo de saúde, a partir do fomento da aceitação de sua própria condição, contexto e vivência psicopatológica. Dela se originaram unidades de registro como:

[...] e aí eles começavam a se reconheCER... então trabalhar essa... aceitação da condição deles seja qual for... é... que não tem... né?... (E1CAPS).

[...] a adesão do usuário melhora... quando ele se sente acolhido... escutado... respeitado... quando tem vínculo com a equipe... entende o tratamento e conta com apoio da família...(E13CAPS)

[...] aumentar a adesão em situação de crise é você criar essa rede territorial de cuidado... porque a gente tem essa mania biomédica de achar que a adesão em situação de crise é o usuário estar socado... enfiado dentro do serviço...e não... o CAPS existe com o legado territorial... (E3CAPS).

[...] um ambiente seguro... e... atividades que façam sentido também... ajudam a manter o compromisso com o cuidado...(E19CAPS)

A adesão ao tratamento em saúde mental é um dos principais fatores de eficácia terapêutica e de prevenção de recaídas, especialmente no caso de pessoas com sofrimento psíquico persistente. Trata-se de um processo complexo e dinâmico, que vai além da simples obediência às prescrições médicas, envolvendo dimensões subjetivas como a compreensão do próprio diagnóstico, o reconhecimento da necessidade de cuidado e o engajamento ativo na construção de seu projeto terapêutico (Bessa; Dimenstein, 2020).

No contexto da atenção psicossocial, encorajar a autonomia do sujeito é essencial para fortalecer sua adesão. Entendida como a capacidade do sujeito de fazer escolhas conscientes sobre sua vida e seu cuidado, a autonomia deve ser estimulada desde o acolhimento até as estratégias de reabilitação psicossocial. Quando o indivíduo participa ativamente das decisões sobre seu tratamento, tende a se sentir mais comprometido com os objetivos terapêuticos, o que contribui significativamente para a continuidade e a efetividade do cuidado (Costa; Yasui, 2019).

Desse modo, a adesão ao tratamento psiquiátrico, quando construída a partir do diálogo, do respeito à subjetividade e da promoção da autonomia, transforma-se em um espaço de reconstrução de sentidos e de exercício de cidadania. Fortalecer a autoaceitação e a corresponsabilidade no cuidado não apenas melhora os indicadores clínicos, também



potencializa os vínculos sociais, a autoestima e a qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A unidade “Desafios e obstáculos” diz respeito aos empecilhos identificados pelos profissionais de saúde mental dentro do processo de convencimento e uso de recursos para fomentar a adesão do sujeito ao dispositivo de saúde mental. Expõe deficiências ainda existentes e com grande necessidade de capacitação dos profissionais alocados em serviços de atenção à crise como o CAPS III, como evidenciado nas unidades de registro abaixo:

[...] os colegas acabam... fazendo esse paciente é... ficar mais dependente né? e isso é um... isso é uma crueldade sem tamanho né?... porque... a autonomia faz com que ele também maneje até a crise... (E1CAPS).

[...] a falta de capacitação profissional voltada para essas ferramentas... eu acredito que essa seja uma das grandes limitações... (E2CAPS).

[...] o usuário de um CAPS dois é acolhido num outro serviço que é três... e aí uma vez na semana o profissional de referência vai visitar... e aí se passa uma semana inteira num serviço desconhecido... (E3CAPS).

A categoria “Limites e desafios institucionais” abarca os sentidos atribuídos pelos profissionais à construção cotidiana do cuidado em saúde mental, especialmente no contexto das situações de crise e emergências psiquiátricas.

Assim, os profissionais relatam a importância da equipe como suporte ético e técnico para sustentar essa construção, mesmo em contextos de esgotamento ou frustração. Subtemas como “autonomia e “acolhimento” apareceram em algumas falas como fundamentais na produção de cuidado e, portanto, na adesão do paciente ao tratamento.

*[...] então acho que **para ele aderir el/ele tem que ter essa autonomia... a gente tem que trabalhar essa autonomia** (E1CAPS).*

*[...] se a gente quer trabalhar para ele dar continuidade **a gente precisa trabalhar essa autonomia... o tempo todo...** (E1CAPS).*

*socar o cidadão dentro do serviço é institucionalizar... institucionalizar é um recurso manicomial... então... para além do CAPS... é... para além do que é pragmático... de reservar uma vaga para quando ele chegar... ficar em acolhimento... para além de colocar ele em atenção à crise... comunicar a ele que ele deve ir todo dia ao serviço... **pra além de tudo isso... recorrer ao território...** quem do território vai passar o olho nele se ele não for no CAPS?... chegou a hora de convocar essa galera (E3CAPS).*

[...] ninguém gosta de...fazer algo obrigado...é importante que o paciente saiba o motivo e o objetivo dele participar das coisas dentro do CAPS...(E12CAPS)



No trecho acima, é pontuada a importância de pensarmos o território como um articulador e produtor de cuidado. Entender quais recursos estão postos no contexto do sujeito e pensar as potencialidades desse território para manejar as vulnerabilidades psíquicas e sociais por ele apresentadas.

A consideração do território como potência de cuidado é fundamental para a atuação das equipes multidisciplinares nos CAPS, pois permite compreender o sujeito em sua inserção social, cultural e comunitária, ampliando as possibilidades terapêuticas para além do espaço institucional. O território, precisa ser entendido como rede viva de relações, recursos e pertencimentos, sustenta práticas de cuidado mais integradas, contextualizadas e eficazes, ao favorecer intervenções que dialogam com a realidade concreta do usuário e fortalecem sua autonomia (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2018; DIMENSTEIN et al., 2021).

Nessa perspectiva, o trabalho territorializado amplia o alcance da clínica, possibilitando ações intersetoriais, articulação com dispositivos comunitários e construção de estratégias de reabilitação psicossocial que emergem da vida cotidiana, e não apenas das demandas clínicas imediatas. Quando as equipes reconhecem o território como espaço produtor de saúde, ampliam-se as chances de adesão ao cuidado, de construção de vínculos e de promoção de vida digna e inclusiva.

[...] aquilo que faz sentido pro sujeito... e aí... como é que a gente pode amarrar isso né?... baseando no cuidado em liberdade... é... é possível cuidar de uma crise estando atenta a essas redes né?... essas redes mais vivas né?... Que o sujeito vai amarrando no território... (E4CAPS).

[...] teve uma vez que precisei acionar uma prima do paciente que...tinha um quiosque de churrasco...onde o paciente sempre passava...né?...e era essa prima que dava o remédio...nem era a gente... (E16CAPS)

Focar no território gera maior envolvimento do sujeito, pois é algo a que ele está habituado e mostra um cuidado pensando para fora, em liberdade, o que gera autonomia, protagonismo, possibilitando o maior objetivo dentro da atenção especializada, que é a reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial é compreendida como um processo dinâmico e integral de cuidado, cujo objetivo central não é meramente o alívio sintomático, mas a reintegração social, a reconstrução da subjetividade e a promoção da autonomia e da cidadania para pessoas com sofrimento mental. Nesse sentido, ela envolve o fortalecimento das capacidades pessoais, o estímulo à participação social, o resgate de vínculos comunitários, o acesso a trabalho, moradia, lazer e redes de apoio, bem como a construção de trajetória de vida com significado e dignidade. Atuar dentro da lógica da reabilitação psicossocial requer articulação intersetorial, práticas contextualizadas ao território e estratégias que respeitem a singularidade de cada sujeito, reconhecendo que a doença mental não define a pessoa e que



a recuperação inclui inclusão social e subjetiva (ANASTÁCIO; FURTADO, 2013; OLIVEIRA et al., 2021; AMORIM; OTANI, 2015).

Dessa maneira, a reabilitação se configura como paradigma de cuidado que rompe com o modelo hospitalocêntrico e biomédico, priorizando a qualidade de vida, a dignidade humana e o protagonismo do usuário na construção de seu processo terapêutico.

[...] a gente não pode limitar ela a esse direito de ir e vir na rua... (E6CAPS).

[...] desenvolver autonomia... fazer com que eles se percebam como participantes da comunidade e não como coadjuvantes... porque... por muitas vezes... o universo... de modo geral... ele já marginaliza os pacientes de transtorno mental... (E6CAPS).

Enquanto a sociedade pensa em “prender”, o CAPS sugere “liberdade”; enquanto a sociedade pensa em locais para pessoas em sofrimento mental ficarem internadas, o CAPS pensa em gerenciamento do próprio território como potencializador de cuidado; enquanto a sociedade pensa em retirar direitos e voz aos que sofrem, o CAPS devolve essa voz e a projeta nos espaços que fazem sentido para o sujeito com finalidade de obter o resgate dos papéis sociais, porventura perdidos em virtude de um diagnóstico médico.

[...] a família entender a necessidade do paciente... né?... eu acho que o apoio da família... né?... o CAPS precisa acolher não só o paciente... mas a família... fazer com que a família entenda a necessidade também desse paciente... (E7CAPS).

[...] eu acho que é...totalmente diferente quando a família ta junto com o paciente...a gente tem como ajudar essa familiar...né?...a manejar aquela situação de crise em casa...e...não necessariamente no CAPS... (E19CAPS)

A fala acima manifesta a importância do acolhimento também à família das pessoas em sofrimento mental. Um familiar com intenso sofrimento psíquico compromete toda a família que, em geral, também apresenta sinais de sofrimento e de adoecimento mental, apontando para uma necessidade do dispositivo de saúde mental acolher também os demais membros, que se somam aos profissionais de saúde mental para a produção do cuidado e a garantia da continuidade do tratamento em ambiente domiciliar.

A participação da família no cuidado ofertado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é reconhecida como elemento estruturante para a efetividade dos projetos terapêuticos, na medida em que amplia a rede de suporte, favorece a continuidade do tratamento e fortalece o vínculo entre o indivíduo, equipe e território. O envolvimento familiar possibilita melhor manejo das crises e/ou situações de emergências psiquiátricas, maior adesão terapêutica e compreensão ampliada do sofrimento, além de contribuir para a redução do estigma e para a responsabilização no cuidado. Quando as famílias são apoiadas, escutadas e incluídas no processo terapêutico tornam-se parceiras na reabilitação



psicossocial, ajudando a reorganizar dinâmicas cotidianas e a promover ambientes mais acolhedores para a autonomia e a cidadania dos usuários (BRASIL, 2015; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; LEMOS; LIMA; BRITO, 2019).

É crucial que o CAPS reconheça a família como núcleo relacional essencial, cuja participação qualificada potencializa práticas de cuidado integral e alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

[...] às vezes, dependendo, tem que ser um acolhimento diário... o paciente vir todos os dias para tomar medicamento (E10CAPS).

[...] acolhimento diário... conversa... e de últimos casos... dependendo dos casos... SOS... enfim... mas normalmente é mais conversa... manejo de equipe né?... cada um ajudando e acolhimento diário se for necessário (E10CAPS).

Nos fragmentos em destaque, é nítida também a importância do acolhimento diário, que é direcionado para aqueles que apresentam piora do quadro psíquico e precisam de um projeto terapêutico singular mais intensivo, evitando internações psiquiátricas. Sendo assistido diariamente no CAPS, o sujeito tem a possibilidade de participar das oficinas terapêuticas e ser assistido por uma equipe multidisciplinar que exercerá um olhar cauteloso e atento quanto ao quadro, aumentando fatores de proteção e reduzindo os fatores de risco de uma crise aguda.

O acolhimento diário realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui uma das principais estratégias para garantir acesso qualificado, cuidado contínuo e manejo precoce do sofrimento psíquico. O CAPS organiza o fluxo do serviço, possibilita escuta qualificada e identificação de necessidades imediatas, além de fortalecer o vínculo terapêutico por meio da presença cotidiana de profissionais preparados para reconhecer nuances do quadro clínico e social de cada usuário. O acolhimento, quando realizado de maneira diária e não burocratizada, contribui para a redução de internações, qualifica o manejo de crises e amplia o senso de segurança emocional dos indivíduos com transtornos mentais, que passam a perceber o serviço como um espaço de referência e proteção (DIMENSTEIN et al., 2017; BRASIL, 2020; ONOCKO-CAMPOS; AMARANTE, 2021).

Outros subtemas foram aparecendo nas falas dos participantes da pesquisa, como “autoaceitação” e “adesão”, evidenciados nos seguintes trechos:

[...] é... e aprender a lidar como ele é... aceitar como ele é né?... não sendo uma anomalia... uma coisa... ruim como foi... criado né? (E1CAPS).

[...] aqui...a gente mostra que ser diferente é normal...porque todo mundo pe diferente aqui... (E14CAPS)

[...] é trabalhar essa autonomia aceitação do sujeito... é... um grupo de vozes eu trabalhava muito isso né?... de aceitarem como eles são... seja escutando



vozes seja na estrutura deles de qualquer jeito... né? então eu trabalhava muito isso (E1CAPS).

A autoaceitação gera sensação de bem-estar, reduz a ansiedade em querer chegar em uma “normalidade” frequentemente imposta por outras pessoas, e algumas vezes inatingível.

A autoaceitação, entendida como o reconhecimento realista e acolhedor da própria condição de saúde mental, se apresenta como um elemento-chave para a qualidade de vida e a recuperação sustentável do sujeito, pois atenua os efeitos deletérios do estigma internalizado, favorece a autoestima e promove engajamento no tratamento (Corrigan; Rao, 2012; Jansen et al., 2023).

O estigma internalizado está fortemente associado à diminuição da autoestima, perda de esperança e redução da qualidade de vida entre pessoas com transtornos mentais, o que evidencia a necessidade de intervenção focada no fortalecimento da autoaceitação como estratégia terapêutica (Link et al., 2019; Zhao et al., 2023).

Nesse contexto, a atuação da equipe multidisciplinar do CAPS, por meio de escuta qualificada, acolhimento, psicoeducação, intervenções psicossociais e construção de vínculos solidários, é essencial para criar ambientes de suporte, desconstruir preconceitos e estimular a construção de uma narrativa de vida em que o sujeito seja visto em sua totalidade, com suas potencialidades e limitações, favorecendo a reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania. Portanto, a promoção da autoaceitação no cuidado psiquiátrico não depende apenas da iniciativa individual, mas da responsabilidade compartilhada entre usuário e serviço, em uma ação coletiva de cuidado e afirmação da subjetividade.

[...] esse trabalho também de aceitação de quem eles são eu acho que... é ele amplia muito... para aquele sujeito tá ali entendendo que ele precisa de tratamento né?... que ele precisa desse cuidado né? (E1CAPS).

Aceitar sua morbidade, ou seja, ter consciência de autopatognose, favorece a adesão ao tratamento, pois, a partir do reconhecimento da própria morbidade, o sujeito se entende precisando daquele equipamento e da assistência daquela equipe multidisciplinar. Em muitos casos, a adesão ao tratamento se vê dificultosa em virtude do sujeito não se reconhecer com transtornos mentais, favorecendo o pensamento de que não é necessário receber o suporte de um equipamento público, o que pode expor o sujeito à riscos eminentes.

A dificuldade de reconhecimento do próprio transtorno mental constitui um dos principais obstáculos para a adesão ao tratamento, fenômeno amplamente descrito na



literatura como *insight reduzido*, associado tanto a fatores clínicos quanto socioculturais (Lincoln et al., 2007; Pijnenborg et al., 2013).

Quando o sujeito vive a ausência de insight pode leva-lo a subestimar a gravidade do sofrimento psíquico, diminuindo sua motivação para procurar serviços especializados e reforçando a crença de que não necessita de suporte profissional, o que aumenta o risco de descompensações clínicas e de exposição a situações de vulnerabilidade social e sanitária (Vella & Pai, 2021; Lysaker et al., 2022).

A negação pode estar relacionada também ao estigma internalizado, que dificulta a identificação de si como “pessoa em sofrimento mental”, levando o indivíduo a evitar dispositivos públicos como o CAPS por medo de rotulação e discriminação (Yanos et al., 2017; Zhao et al., 2023).

[...] sem vínculo não tem o que aconteça... pode ser ampliada a adesão ao acolhimento né?... eu acho... nesse ponto... isso é um pouco radical... eu acho que... a melhor forma... a forma mais potente que a gente vai ter de produzir uma adesão... (E3CAPS).

[...] acho que tem pouco CAPS pelo rio...se for levar em consideração o tanto de genTE...que precisa... (E17CAPS)

Como se vê, o “vínculo” aparece novamente no primeiro trecho como principal ferramenta para a adesão do sujeito ao tratamento e, por conseguinte, garantindo maior produção de cuidado do equipamento para com o sujeito. Já no segundo trecho, o (a) entrevistada pontua a sensação de possuir pouco equipamentos de saúde mental como o CAPS no estado do Rio de Janeiro.

No estado do Rio de Janeiro, a atenção psicossocial tem apresentado avanços significativos nos últimos anos, com a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da habilitação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dados recentes indicam que entre 2023 e 2024 foram implementados 63 novos CAPS no estado, reforçando a política pública de expansão da rede. No município do Rio de Janeiro, a rede municipal conta com aproximadamente 40 CAPS distribuídos entre as modalidades CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantojuvenil) e CAPSad (álcool e drogas), além de serviços complementares como residências terapêuticas e unidades de acolhimento. Apesar dessa estrutura expressiva, estudos e indicadores oficiais apontam que a cobertura da rede ainda é insuficiente para garantir assistência plena e universal à população que necessita de cuidados em saúde mental. A taxa de cobertura, calculada por número de CAPS por 100 mil habitantes, permanece abaixo dos parâmetros ideais estabelecidos para assegurar o atendimento abrangente da demanda, refletindo lacunas no acesso e desigualdades territoriais. Assim, embora o crescimento da rede represente um avanço importante, observa-se que a população



assistida no estado e na capital ainda não alcança a universalidade do cuidado, o que demanda esforços contínuos para o fortalecimento e qualificação dos serviços psicossociais (BRASIL, 2024; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2024).

[...] busca ativa... prioridade pra mim... é... a estruturação de procedimentos pra que a gente consiga ter um fluxo... (E6CAPS).

[...] se ele não vem, a gente vai...até ele...faz uma visita domiciliar para...ver o que ta acontecendo... (ECAPS11)

[...] é o CAPS que tem que ir aTÉ o paciente...não é o paciente quem tem...que vir até a gente né?... (E15CAPS)

O termo “busca ativa” aqui mencionado é usado quando se faz necessário equipe multidisciplinar se deslocar para localizar algumas pessoas que porventura estejam em falta no dispositivo, esteja ausente das oficinas terapêuticas previstas e/ou sem cumprir o projeto terapêutico estruturado. É uma boa ferramenta para a manutenção da adesão do sujeito ao tratamento, exigindo da equipe atenção e esforço. Trata-se de uma estratégia de vigilância e cuidado utilizada pelos serviços de saúde, que pode garantir contato e acompanhamento de indivíduos ou grupos em situações de risco, vulnerabilidade ou abandono do cuidado, visando a garantir o acesso, a continuidade e a integralidade da atenção em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009):

A busca ativa é uma ação deliberada dos serviços para localizar usuários que não estão comparecendo ao acompanhamento ou que ainda não acessaram o serviço, com o objetivo de promover o vínculo, o cuidado e a inclusão no sistema de saúde.

No campo da saúde mental e dos CAPS, a busca ativa é uma prática essencial, pois envolve ações no território, articulação com a rede intersetorial e escuta das condições de vida do sujeito, respeitando sua autonomia.

A visita domiciliar também aparece na fala dos entrevistados como instrumento que pode favorecer à adesão do sujeito ao seu tratamento. A visita constitui-se como uma tecnologia de intervenção territorial de elevada relevância no âmbito dos serviços de atenção psicossocial, ao possibilitar o acesso da equipe à realidade cotidiana dos usuários e suas famílias, revelar condições de vida que não emergem em ambiente clínico e articular a ação terapêutica ao território, promovendo a lógica da desinstitucionalização e da valorização da autonomia do sujeito (BRASIL, 2021).

Nesse sentido, ao promover a aproximação entre o dispositivo CAPS-territorial e o domicílio, essa prática favorece a construção de vínculo, facilita a compreensão dos determinantes sociais do sofrimento mental e contribui para a ampliação da rede de apoio do usuário, integrando-o à comunidade e fortalecendo o cuidado compartilhado (BRASIL, 2021)



Por fim, alguns obstáculos também foram citados pelos participantes da pesquisa, os quais entram na contramão da produção de cuidado e muitas vezes enfraquecem o manejo da crise, o uso de tecnologias leves e a adesão do sujeito ao tratamento dentro do dispositivo.

[...] os colegas acabam... fazendo esse paciente é... ficar mais dependente né? e isso é um... isso é uma crueldade sem tamanho né?... porque... a autonomia faz com que ele também maneje até a crise... (E1CAPS).

[...] a falta de capacitação profissional voltada para essas ferramentas... eu acredito que essa seja uma das grandes limitações... (E2CAPS).

[...] nem sempre...a gente tem estrutura para manejar uma crise...olha a quantidade de coisa que tem aqui...que um paciente pode pegar e tacar na gente?...ta me entendendo?... (ECAPS20)

No primeiro trecho, evidencia-se a necessidade de se construir autonomia e independência. Em alguns casos, profissionais de saúde mental se sentem orgulhosos quando determinado sujeito só adere ao tratamento medicamentoso na presença do profissional de referência. O ponto positivo desse cenário é a transferência entre o profissional de referência e o sujeito, mostrando ter havido bom acolhimento e bom atendimento de suas necessidades; o negativo é que, de alguma maneira, a geração da autonomia do sujeito ficou fragilizada. Precisamos ter em mente que o objetivo principal do CAPS é reabilitar o sujeito, devolver-lhe funcionalismo social, ocupação dos papéis sociais e não “amarrá-lo” a um profissional de saúde.

No contexto da atenção psicossocial, o termo “transferência” refere-se ao processo pelo qual o cuidado de um indivíduo é conduzido de um serviço ou profissional para outro, envolvendo não apenas a movimentação física do indivíduo, mas sobretudo a continuidade do vínculo terapêutico e da assistência qualificada (ONOCKO-CAMPOS; AMARANTE, 2021).

A transferência acompanhada por um profissional de saúde é fundamental para garantir a segurança clínica, a estabilidade emocional e a minimização dos riscos durante a transição, sobretudo em situações de crise ou quando o paciente apresenta vulnerabilidades significativas (PEREIRA et al., 2020).

A presença do profissional durante a transferência promove a construção de confiança, facilita a comunicação entre serviços, assegura a adequação das intervenções e contribui para a manutenção do projeto terapêutico singular, evitando rupturas no cuidado e possíveis descompensações (SCHRANK; LOPES, 2019).

Nesse sentido, a transferência não pode ser reduzida a um simples ato burocrático, mas deve ser entendida como um momento crucial do processo terapêutico, que demanda atenção humanizada e articulação intersetorial, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade.



Embora a transferência acompanhada por um profissional seja reconhecida como etapa fundamental para a continuidade terapêutica e para a segurança clínica da pessoa em sofrimento psíquico, esse processo não deve produzir dependência emocional ou funcional em relação ao trabalhador de saúde. É importante ressaltar que o cuidado deve fortalecer a autonomia do sujeito e evitar relações assimétricas que comprometam sua capacidade de circulação na rede e de apropriação do próprio tratamento (YASUI, 2019; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2021). É essencial que a transferência seja conduzida de forma ética e compartilhada, permitindo acolhimento, mediação e apoio, mas também incentivando a responsabilização progressiva do sujeito, dentro do seu próprio processo, para que ele não restrinja sua confiança ou adesão a um único profissional, garantindo continuidade do cuidado sem dependência e preservando os princípios do cuidado em liberdade.

No terceiro trecho, a (o) entrevistado faz um apontuação em relação a importancia de se ter um ambiente seguro, pensado para acolher pessoas com transtornos mentais que por ventura podem apresentar necessidades emergenciais. Alguns autores destacam que a organização física do CAPS deve priorizar ambientes seguros, acolhedores e estruturados para minimizar riscos durante o manejo de crises, especialmente em situações em que o paciente pode apresentar agitação psicomotora ou episódios de heteroagressividade. A manutenção de espaços desorganizados, com objetos soltos ou de fácil arremesso, aumentam significativamente o risco de acidentes e de violência contra a equipe, comprometendo tanto a segurança quanto a qualidade do cuidado (BRAGA; DANTAS; SILVA, 2021).

Portanto, a qualificação do ambiente, incluindo mobiliário fixo, disposição adequada dos objetos, áreas de descompressão e espaços terapêuticos, é compreendida como componente essencial da gestão do risco e da promoção de um cuidado humanizado, possibilitando que a equipe atue com mais segurança e que o paciente encontre um espaço protetivo e menos estimulante durante o episódio de crise.

[...] o CAPS tava deixando tudo mais intenso... então retirar o sujeito do CAPS e ir pro território com ele foi importante... (E3CAPS).

[...] às vezes a gente acha que é aqui o lugar...e...não é... sabe?...o usuário que te diz onde ele quer se tratado... (E14CAPS)

Nesse sentido, como observamos no excerto de E3CAPS, em determinada situação, o próprio CAPS se mostrou enquanto obstáculo no manejo da situação de crise. Tal informação nos faz que os CAPS operam nacionalmente sempre com uma quantidade maior de pacientes do sua capacidade de atendimento, nem sempre o dimensionamento de profissionais psicossociais é correspondente ao número de prontuários ativos. Com isso, em geral, há um grande número de pessoas em sofrimento, com suas diversas demandas. Em



algum momento, um indivíduo pode não sustentar esse espaço que, eventualmente, pode se caracterizar como um espaço de dor e de sofrimento, sendo necessário então retirá-lo de lá, para possibilitar a produção de cuidado a partir de outro cenário.

Quando o CAPS deixa de operar como ambiente efetivamente terapêutico, por efeito de rotinas excessivamente burocráticas, práticas assistencialistas, insuficiente trabalho territorial ou fragilização do Projeto Terapêutico Singular, torna-se imperativo que a equipe multiprofissional repense modos de intervenção e viabilize alternativas de reabilitação psicossocial que ultrapassem os muros do serviço. A perda do caráter terapêutico do CAPS tende a produzir abandono, baixa adesão e itinerários terapêuticos fragmentados, exigindo estratégias de atuação que priorizem a territorialização, o matriciamento, o fortalecimento das atividades coletivas e o acompanhamento domiciliar, bem como a articulação intersetorial para reconstruir vínculos e responder às necessidades concretas dos usuários (BANDEIRA et al., 2021; MARTINS, 2021).

Existem lacunas na efetivação da reabilitação psicossocial em alguns serviços, o que demanda revisão das práticas e ênfase em tecnologias leves, escuta qualificada e planejamento co-construído com os usuários e suas redes (SILVA, 2024; PINI, 2024).

Se torna fundamental, nessas ocasiões, reconhecer que o CAPS deixou de ser espaço terapêutico, implicando uma mobilização coletiva da equipe para transformar o território em potência de cuidado, diversificando os dispositivos de acolhimento e garantindo continuidade e singularidade do PTS, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica (PAULI; 2023).

[...] então esses técnicos se formam... técnicos brutos né?... técnicos que querem saber fazer uma punção maravilhosa... fazer uma contenção perfeita... mas ali o tato do dia a dia... o olho no olho... senta aqui que eu vou te ouvir... isso não existe... (E3CAPS).

[...] muita gente entra aqui...porque é onde tem vaga...porque o político tal pôs aqui...e nisso... você percebe que tem gente que não gosta de trabalhar com saúde mental...e quem sofre principalmente é o paciente... (E17CAPS)

[...] eu vejo um colega fazendo um trabalho super legal na vida daquele paciente...e aí...do nada tiram ele...e como fica o paciente que era transferido com aquele profissional?... (E19CAPS)

A grande crítica feita pelo participante E3CAPS tem relação com a lógica intervencionista, com a execução de algum procedimento invasivo, que ocasionalmente se dá pela brutalidade. Na atenção psicossocial, as intervenções são pactuadas e realizadas no tempo do sujeito. Ele dita o ritmo e a abordagem possível no momento de uma crise, por exemplo. Para isso funcionar, é preciso sensibilidade, criatividade e habilidade técnica.



A constituição de equipes nos CAPS que rompam com a lógica intervencionista tradicional é essencial para sustentar um cuidado orientado pela autonomia e pelo reconhecimento da singularidade do sujeito. Práticas centradas na urgência de “normalizar” comportamentos tendem a silenciar o indivíduo, enquanto modelos psicossociais defendem que o sujeito deve determinar seu próprio tempo de elaboração e mudança (AMARANTE, 2017).

Sob essa perspectiva, a palavra passa a ser compreendida como dispositivo clínico fundamental, pois permite a simbolização do sofrimento e a construção compartilhada de sentidos, processo considerado central para a reabilitação em liberdade, conforme indicam autores que enfatizam a importância da escuta qualificada e do vínculo como tecnologias leves de cuidado (MERHY, 2002; LANCETTI, 2014).

No fragmento exposto por E19CAPS, um cenário de desvela na realidade da atenção psicossocial: o atravessamento político que produz inferência no corpo laboral técnico-assistencial, produzindo dessassistência ao sujeito em sofrimento.

A alta rotatividade de profissionais motivada por disputas políticas e mudanças administrativas tem produzido impactos significativos na organização da atenção psicossocial no estado do Rio de Janeiro, especialmente nos CAPS. A continuidade das relações terapêuticas é um dos pilares do cuidado em saúde mental, e interrupções frequentes nesses vínculos fragilizam o processo de transferência e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Amarante, 2019).

A estabilidade das equipes é fundamental para garantir continuidade, manejo clínico qualificado e coesão no cuidado territorial, evitando rupturas abruptas que deixam o sujeito em sofrimento sem referência e com comprometimento na sua evolução clínica (Yasui, 2010). A precarização dos vínculos trabalhistas e sua instrumentalização político-partidária geram desassistência, insegurança e descontinuidade nos processos de reabilitação psicossocial (Lima & Yasui, 2020). Dessa forma, a interferência política sobre contratações e desligamentos frequentes fragiliza a própria função social dos CAPS, impactando a integralidade do cuidado e o direito do usuário à continuidade terapêutica.

[...] o usuário de um CAPS dois é acolhido num outro serviço que é três... e aí uma vez na semana o profissional de referência vai visitar... e aí se passa uma semana inteira num serviço desconhecido... isso dificulta porque a gente ainda aposta muito na medicação... e não estou aqui fazendo discurso anti-medicação... adeus resperidona... não é isso... a única coisa que eu estou falando é que ao menor sinal de crise já pensam numa nova prescrição... e eu acho que nem sempre a nova prescrição vai dar conta da crise que tá chegando do sujeito... a manutenção do cuidado por causa do vínculo... (E3CAPS).



[...] é muito melhor você trabalhar num caps três...do que em um caps dois...porque pelo menos aqui a gente tem...mAIS recurso...né?... (E11CAPS)

A fragilidade exposta no primeiro trecho exemplifica a pouca quantidade de CAPS da modalidade III no estado do Rio de Janeiro, sendo portanto também pequena a capacidade de acolhimento integral, fazendo com que os CAPS II sejam obrigados a articular casos de gravidade e de necessidade de acolhimento integral com outras equipes que sejam CAPS III. A grande problemática é que, no momento de maior intensidade dos sintomas e do sofrimento psíquico, quando o profissional de referência e o equipamento ao qual o sujeito já está habituado a fazer tratamento seriam fundamentais para a produção de cuidado, ele é deslocado para uma equipe com quem não tem vinculação, nem exercita transferência, conformando um ponto de fragilidade na estruturação da rede de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro.

Os dados mais recentes divulgados pela Prefeitura do Rio de Janeiro indicam que o município possui 40 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos entre diferentes modalidades, incluindo 6 CAPS II e 13 CAPS III, o que demonstra uma rede relativamente estruturada, embora ainda insuficiente para a totalidade das demandas populacionais. Mesmo com um número expressivo de unidades, a cobertura não se traduz automaticamente em universalidade de acesso, pois fatores como território, vulnerabilidade social e capacidade instalada influenciam diretamente na efetividade assistencial (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2024).

Em âmbito estadual, o Ministério da Saúde tem destacado que a expansão dos serviços de saúde mental no Rio de Janeiro ultrapassou metas previstas para 2024, indicando esforços recentes de ampliação da rede, embora com disparidades territoriais persistentes (BRASIL, 2024).

Em relação à Baixada Fluminense, análises acadêmicas demonstram que, apesar da existência de CAPS nos municípios da região, como Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Belford Roxo, a literatura evidencia forte desigualdade na distribuição e número de unidades, revelando que grande parte da população permanece com cobertura limitada ou precária, especialmente em áreas periféricas (MEDEIROS, 2021). Logo, mesmo com avanços materiais, a articulação da atenção psicossocial no estado e no município do Rio de Janeiro permanece tensionada por assimetrias regionais significativas, o que reforça a necessidade de expansão, qualificação e equidade no acesso à reabilitação psicossocial.

No segundo trecho é destacado os benefícios da equipe multidisciplinar em atuar em um CAPS na modalidade III do que em um CAPS de modalidade II. Essa demarcação se dá,



devido a possibilidade de acolhimento integral, que pode ser ofertada àquele sujeito que esteja em intenso sofrimento mental e que necessite de cobertura assistencial integral, para atravessar essa vivência psicopatológica.

De fato, o trabalho em um CAPS III apresenta benefícios significativos em relação ao CAPS II, sobretudo pela possibilidade de ofertar cuidado contínuo, incluindo funcionamento 24 horas, acolhimento noturno e manejo intensivo das crises, o que amplia a resolutividade das equipes e reduz a necessidade de encaminhamentos para serviços hospitalares (BRASIL, 2024).

Os dispositivos de maior complexidade permitem intervenções mais integrais, articulando ações terapêuticas, estratégias de redução de danos, construção de projetos terapêuticos singulares e suporte ampliado à família, favorecendo maior vínculo e continuidade do cuidado (ONOCKO-CAMPOS; PASSOS, 2023).

Além disso, pesquisas demonstram que trabalhadores de CAPS III relatam maior percepção de efetividade clínica, devido à capacidade de manejar situações de crise em tempo real e com maior oferta de recursos institucionais, o que se traduz em experiências profissionais mais ricas e alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica (SANTOS; DANTAS; LIMA, 2022). Esses elementos reforçam que o CAPS III, por sua estrutura e dinâmica assistencial, oferece um ambiente mais robusto para práticas psicossociais complexas e para a construção de vínculos terapêuticos duradouros.

[...] eu acho que muitas das vezes os CAPS estão muito cada vez mais voltados para si... para as suas emergências... suas pequenas emergências burocráticas... né?(E4CAPS).

[...] se você for ver...é tanta coisa para fazer...que às vezes...o paciente...coitado...já está esperando a um maior tempão...né?... e aqui nem espaço tem para esperar...não tem cobertura...se chover...não tem onde esperar...porque a unidade está em obra...então já viu...né?... (E18CAPS)

A intensificação da burocratização nos processos de trabalho dos CAPS tem comprometido significativamente a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao deslocar o foco do cuidado para o cumprimento de exigências administrativas. Ainda que o registro das ações de saúde seja uma ferramenta importante para a organização do trabalho e para a prestação de contas à gestão pública, o excesso de formulários, relatórios e inserções em sistemas digitais tem provocado uma série de prejuízos à prática clínica e ao vínculo com as pessoas em sofrimento mental.

Um dos principais efeitos desse processo é a redução do tempo disponível para o cuidado direto, uma vez que os profissionais passam grande parte da jornada preenchendo



dados quantitativos em detrimento da escuta qualificada, da construção de vínculos e da presença terapêutica (Campos, 2000).

A burocracia, nesses casos, se sobrepõe à clínica, levando os trabalhadores a vivenciarem um sofrimento ético, pois percebem que estão distantes da função central do cuidado em saúde mental. Outro impacto importante é o engessamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, embora deva ser construído de forma coletiva e singularizada, constantemente se transforma em um instrumento burocrático, descolado da realidade do sujeito. Quando orientado apenas por exigências formais, o PTS perde o caráter inventivo e passa a responder a metas de gestão e controle, distanciando-se da lógica da corresponsabilidade e da clínica ampliada” (Amarante, 2007).

A fragmentação do trabalho em equipe também é uma consequência direta da burocratização excessiva. Quando cada profissional se responsabiliza apenas pelo registro individual de suas ações, sem articulação coletiva, enfraquece-se o projeto terapêutico comum e a lógica interdisciplinar que sustenta os CAPS como dispositivos substitutivos ao modelo manicomial (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001).

Adicionalmente, observa-se uma valorização crescente de metas quantitativas em detrimento da qualidade do cuidado. A cobrança por números de atendimentos, encaminhamentos ou atividades pode levar a práticas voltadas exclusivamente à produtividade, gerando uma lógica performática e tecnocrática que desconsidera a complexidade do sofrimento psíquico e o tempo subjetivo necessário à produção de cuidado (Merhy, 2005).

Esse conjunto de fatores contribui para o retorno de práticas medicalizantes, normatizadoras e disciplinadoras, aproximando os CAPS de uma lógica biomédica e institucional, justamente o que a reforma psiquiátrica buscou superar. A centralidade do controle e da vigilância pode comprometer o cuidado em liberdade, transformando os CAPS em espaços de gestão de risco, descaracterizando-os como espaços de produção de vida (Amarante, 2007; Basaglia, 1985).

Por fim, o excesso de burocracia também despolitiza o trabalho em saúde mental, apagando o caráter ético e coletivo da atenção psicossocial. Como destacam diversos autores, a reforma psiquiátrica é, antes de tudo, um processo político que propõe a reconstrução das relações entre saber, poder e cuidado. A burocratização desenfreada contribui para a naturalização de práticas institucionais excludentes e enfraquece a potência crítica dos trabalhadores da saúde mental (Nicácio, 2016; Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001).

Diante desse cenário, é fundamental reafirmar que os registros e sistemas devem estar a serviço do cuidado, e não o contrário. A escuta, o vínculo e o tempo compartilhado com o



usuário seguem sendo os principais instrumentos da clínica psicossocial. A contenção da burocracia é, então, parte do próprio projeto antimanicomial.

[...] eu acho que os CAPS têm se tornado cada vez mais desinteressantes e cada vez mais em pequenos ambulatorios... então... acho que é por isso que isso tem contribuído para uma dificuldade na adesão (E4CAPS).

A atuação dos CAPS em formato ambulatorial representa um dos principais desafios contemporâneos à consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sua proposta original é atuar de maneira intensiva, territorializada e interdisciplinar, com foco no cuidado em liberdade e na construção de projetos terapêuticos singulares (Brasil, 2004). No entanto, observa-se, em diversas realidades locais, sua redução a um espaço de atendimento por consulta agendada, centrado na figura do psiquiatra e na prescrição medicamentosa, o que descaracteriza profundamente sua função estratégica dentro da RAPS.

Essa ambulatorização tende a reproduzir a lógica biomédica e hospitalocêntrica que a reforma empenhou-se para superar. Em vez de acolhimento diário, escuta contínua e cuidado compartilhado, o serviço passa a funcionar com base em fluxos padronizados e metas quantitativas, distanciando-se das práticas de vínculo, corresponsabilização e invenção clínica (Amarante, 2007). Nesse modelo, o sujeito é frequentemente visto apenas como “paciente sintomático”, e não como “sujeito singular” inserido em um território e em redes afetivas, culturais e sociais.

Outro risco importante é que a atuação ambulatorial contribui para a “manicomialização” disfarçada do cuidado, pois, mesmo fora do hospital, o serviço continua operando com práticas normativas, medicalizantes e excludentes. Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), isso caracteriza uma forma de manutenção da lógica manicomial sob novas roupagens, em que o cuidado em liberdade torna-se apenas um discurso, não é prática efetiva. Desse modo, o combate à ambulatorização não é apenas técnico, mas sobretudo político, pois diz respeito à defesa de um modelo de atenção à saúde mental que coloque a vida e a liberdade no centro da ação.



8 CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo analisar o uso de tecnologias leves como ferramenta de adesão ao tratamento em situações de emergência e crise psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III). A partir de um percurso metodológico que envolveu revisão de escopo e pesquisa de campo com profissionais de saúde mental atuantes em um CAPS III da Baixada Fluminense, foi possível compreender de forma aprofundada como as práticas relacionais, fundamentada nas tecnologias leves, constituem elementos estruturantes do cuidado em saúde mental e operam diretamente na condução das situações críticas, bem como na permanência e continuidade terapêutica dos indivíduos.

Os achados revelaram que, embora a crise psiquiátrica seja tradicionalmente associada à urgência, ao risco iminente e à necessidade de intervenções rápidas, ela não pode ser reduzida à dimensão biomédica ou estritamente sintomatológica. Os profissionais participantes da pesquisa evidenciam que a crise se articula às condições de vida, à pobreza, à violência estrutural, à insegurança alimentar e às diversas camadas de desigualdade que atravessam o cotidiano dos sujeitos atendidos. Essa compreensão amplia o olhar sobre o sofrimento psíquico e reafirma a necessidade de um cuidado que não apenas responda ao risco imediato, mas que considere a complexidade da existência, a história de vida e as determinações sociais que estruturam a vulnerabilidade.

Nesse cenário, as tecnologias leves emergem como instrumentos indispensáveis para a construção de modos de cuidado coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o modelo da atenção psicossocial. A escuta qualificada, o acolhimento, a empatia, o vínculo, a comunicação dialógica, a sensibilidade às singularidades e a capacidade de flexibilizar intervenções segundo a demanda do sujeito mostraram-se elementos centrais para o manejo das crises e para o fortalecimento da adesão. Ao contrário do que ocorre no modelo biomédico centrado na contenção, na sedação e na medicalização excessiva, as tecnologias leves permitem deslocar o foco do sintoma para a experiência subjetiva, possibilitando o manejo pelo diálogo, pela construção conjunta de sentido e pela constituição de redes vivas de apoio.

Os depoimentos dos profissionais entrevistados evidenciam que a adesão não é entendida como obrigação do usuário, mas como efeito de uma relação que se estabelece de modo horizontal, ético e humanizado. A ideia de que “é o serviço que deve aderir ao sujeito” aparece repetidamente, indicando maturidade técnica e política dos trabalhadores, que



reconhecem a autonomia do usuário como fundamento do cuidado em liberdade. Assim, a adesão não se produz por imposição ou por vigilância, mas pela qualidade do encontro estabelecido entre profissional e sujeito; pela sensação de pertencimento; e pela compreensão, por parte do sujeito, de que o serviço o acolhe, o escuta e o reconhece na singularidade.

Outra contribuição importante deste estudo refere-se ao papel das tecnologias leves na transformação das práticas institucionais. A pesquisa evidencia que, quando o CAPS opera exclusivamente sob lógica ambulatorial, centrada em consultas rápidas, normativas e excessivamente burocratizadas, corre o risco de reproduzir uma “manicomialização disfarçada”, restringindo a autonomia e favorecendo práticas autoritárias. Por outro lado, quando o serviço se organiza segundo a perspectiva da clínica ampliada e territorial, o cuidado em liberdade se concretiza por meio de ações que extrapolam os muros institucionais e alcançam a rua, a casa, os comércios locais e as redes de convivência. Para além de atender o usuário, o CAPS passa a compreender e fortalecer a rede que sustenta sua vida.

O estudo demonstra também que a adesão ao tratamento, em situação de crise, depende significativamente da forma como o sujeito é recebido no momento em que chega ao serviço. Situações de acolhimento qualificado, comunicação afetiva, validação da experiência do sujeito e disponibilidade para ouvir silenciosamente — inclusive aquilo que não é dito — configuram-se como estratégias potentes tanto para desescalar comportamentos agressivos quanto para evitar a necessidade de contenções mecânicas ou intervenções invasivas. Os relatos mostram que, muitas vezes, uma conversa, um gesto de cuidado, a oferta de presença ou mesmo o uso de recursos criativos como fotos ou fantoches foram capazes de reorganizar subjetividades e reestabelecer o vínculo, produzindo cuidado em momentos de extrema vulnerabilidade psíquica.

Do ponto de vista institucional, a pesquisa identifica desafios importantes, entre eles: falta de capacitação continuada para manejo de crises; insegurança dos profissionais diante de situações de agitação psicomotora e heteroagressividade; dificuldades estruturais como déficit de equipe; e tensões decorrentes de modelos de gestão que, por vezes, pressionam por métricas quantitativas desconectadas do caráter singular e subjetivo do cuidado psicossocial. Tais desafios indicam que a consolidação das tecnologias leves como eixo central do cuidado exige investimento permanente na formação dos trabalhadores, fortalecimento das equipes, construção de políticas institucionais que valorizem a dimensão relacional e defesa contínua do projeto de Reforma Psiquiátrica.



Outro aspecto relevante refere-se à articulação das tecnologias leves com o território. Os dados apontam que a adesão se fortalece quando o CAPS reconhece as redes territoriais do sujeito, identifica seus apoios informais e se apropria da potência comunitária como dispositivo de cuidado. Jornaleiros, vizinhos, comerciantes, familiares próximos ou distantes, grupos religiosos e espaços de convivência foram citados pelos profissionais como participantes ativos no processo de manejo da crise. Essa perspectiva desloca o CAPS de um lugar de centralidade absoluta para uma posição de articulador, sustentando a ideia de que “é no território que se manejam as crises”, reafirmando a filosofia da atenção psicossocial.

Do ponto de vista teórico, esta dissertação reforça a importância de se compreender o cuidado em saúde mental para além da clínica tradicional, reconhecendo o papel das tecnologias leves como práticas ético-políticas. Elas materializam o compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica: acolher para além do diagnóstico, atuar com base na escuta e no vínculo, evitar práticas coercitivas, sustentar a autonomia do sujeito, garantir cuidado em liberdade e construir redes de suporte que promovam cidadania e fortalecimento do laço social.

Assim, esta pesquisa conclui que o uso de tecnologias leves não é apenas uma estratégia complementar, mas uma condição essencial para que o CAPS III cumpra sua função de dispositivo substitutivo ao modelo asilar. Elas constituem o núcleo do cuidado e são determinantes para o manejo eficaz da crise, para a segurança de usuários e profissionais, para o fortalecimento da adesão e para a construção de um cuidado que seja, ao mesmo tempo, clínico, afetivo e político.

Por fim, esta dissertação reafirma que investir na qualificação das tecnologias leves significa investir na humanização, na dignidade e na defesa da vida. Em um contexto social marcado por desigualdades e vulnerabilidades profundas, a potência das relações humanas, sustentada pela escuta, pelo afeto, pela presença ética e pelo reconhecimento da singularidade, se revela como um dos caminhos mais sólidos e transformadores para garantir cuidado em saúde mental de forma integral, comunitária e verdadeiramente libertadora.



“Este trabalho nasce da prática, retorna a ela e reafirma que o cuidado se sustenta naquilo que nunca caberá em protocolos: a potência do encontro. Porque, no fim, é sempre o encontro que salva.” - Lucas Raineri



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. F. *et al.* Vulnerabilidade social e saúde mental: desafios para o cuidado em contextos de crise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, e20210367, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0367>. Acesso em: 15 jul. 2025.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ihb0AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=AMARANTE,+Paulo.+Sa%C3%BAde+m+ental+e+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial.+Rio+de+Janeiro:+Fiocruz,+2007.&ots=PuDilmli68J&sig=bg5oY4_EwdBzoS_WzOwlw5UGiKc&redir_esc=y#v=onepage&q=AMARANTE%2C%20Paulo.%20Sa%C3%BAde%20mental%20e%20aten%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial.%20Rio%20de%20Janeiro%3A%20Fiocruz%2C%202007.&f=false. Acesso em: 27 jul. 2025.

ANTONIO, Cleci Raquel; MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; LUNKES, Alessandra Sallet; MARINHO, Lionara de Cássia Paim; ZUBIAURRE, Priscila de Melo; RIGO, Juliane; SIQUEIRA, Daiana Foggiano de. Projeto terapêutico singular: potencialidades e dificuldades na saúde mental. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 29, p. 1-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26512/lc29202345423>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/45423/36412>. Acesso em: 16 fev. 2023.

ARAÚJO, Tânia Maria de; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 1-7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHG86NSQNYMdLY5CxdBc3gN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2025.

AVIRAM, Ron B.; BRODSKY, Beth S.; STANLEY, Barbara. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. **Harvard Review of Psychiatry**, Boston, v. 14, n. 5, p. 249-256, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>. Disponível em: https://journals.lww.com/hrpjournal/abstract/2006/09000/borderline_personality_disorder,_stigma,_and.3.aspx. Acesso em: 10 jan. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2016 [Trabalho original publicado em 1977].

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERGOLD, Jarg; THOMAS, Stefan. Participatory research methods: a methodological approach in motion. **Forum Qualitative Social Research**, Berlin, v. 13, n. 1, art. 30, p. 1-31, 2012. DOI: <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1801>. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801/3335>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BESSA, T. A.; DIMENSTEIN, M. Adesão ao tratamento em saúde mental: uma análise psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 40, n. 1, p. 1-14, 2020.

BOOTH, Andrew. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. **Systematic Reviews**, London, v. 5, n. 1, art. 74, p. 1-23, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>.



systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s13643-016-0249-x.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves; VAYEGO, Stela Adami; MANTOVANI, Maria de Fátima; FELIX, Jorge Vinícius Cestari; KALINKE, Luciana Puchalski. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52,, 2018.DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7b7JHCXthM4FkPTBHwTxPLf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 9 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 14.478, de 21 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre diretrizes a serem observadas na prestação de serviços de ativos virtuais e na regulamentação das prestadoras de serviços de ativos virtuais; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o crime de fraude com a utilização de ativos virtuais, valores mobiliários ou ativos financeiros; e altera a Lei nº 7.492, de 16 de junho de 1986, que define crimes contra o sistema financeiro nacional, e a Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, que dispõe sobre lavagem de dinheiro, para incluir as prestadoras de serviços de ativos virtuais no rol de suas disposições. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14478.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 28**: acolhimento a demanda espontânea: volume I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 28**: acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica: volume II. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial**: o que são, para que servem, como funcionam. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde retoma fortalecimento de políticas de saúde mental com atendimento humanizado e preservação dos direitos humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 18 maio 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/ministerio-da-saude-retoma-fortalecimento-de-politicas-de-saude-mental-com-atendimento-humanizado-e-preservacao-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://cressma.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-Mental-Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 18 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 34, p. 22-23, 20 fev. 2002a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=22&data=20/02/2002>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, Brasília, DF, ano 139, n. 250, p. 349-350, 27 dez., 2002b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/12/2002&jornal=1&pagina=349&totalArquivos=408>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 2017b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Saúde Mental no Brasil**. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-relatorio12-saude-mental.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 52, n. 33, p. 1-10, 17 set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Setembro amarelo**: Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20180615200639/http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BROOKS, Samantha K.; WEBSTER, Rebecca K.; SMITH, Louise E.; WOODLAND, Lisa; WESSELY, Simon; GREENBERG, Neil; RUBIN, Gideon James. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, London, v. 395, n.



10227, p. 912-920, 14 Mar. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CAMPBELL, Rona; POUND, Pandora; POPE, Catherine; BRITTEN, Nicky; PILL, Roisin; MORGAN, Myfanwy; DONOVAN, Jenny. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 56, n. 4, p. 671-684, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00064-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00064-3). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953602000643>. Acesso em: 5 jul. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, J. S.; SILVEIRA, F. A.; GOMES, L. F. A crise como possibilidade: escuta e construção de sentido na clínica psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 55-67, 2023.

CARDOSO, Hugo Ferrari; BAPTISTA, Makilim Nunes; VENTURA, Cristiane Deantonio; BRANÃO, Edna Maria; PADOVAN, Fernando Diogo; GOMES, Marco Antônio. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados *Redalycs*. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 42-48, ago./dez. 2012. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/69/69>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 343-348, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/6HfK3ghBk4GpXVgvBjKQJNG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2025.

CARROLL, Christopher. Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guidelines. **BMJ**, London, n. 356, art. j80, p. 1-4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j80>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j80>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CHANG, C.-K. et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders in Taiwan, 2005-2015: a nationwide birth cohort study. **The Lancet Public Health**, London, v. 5, n. 6, p. e287-e295, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30080-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30080-7). Acesso em: 15 jul. 2025.

COSTA, Juliana Pessoa; CAMINHA, Emilia Cristina Carvalho Rocha. Desafios da reforma psiquiátrica: atenção psicossocial na atual conjuntura política. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 15, n. 46, p. 49-59, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80849/55176>. Acesso em: 9 jul. 2025.

COSTA-ROSA, Ana; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

DE MEDEIROS VIEIRA, Silvia; SEGÓVIA ARAÚJO FREIRE, Silvia. **Tecnologias leves no cuidado na atenção psicossocial: entendimento e uso por profissionais na Rede de Saúde do município de Corumbá-MS**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 13, n. 34, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69664>. Acesso em: 24 jul. 2025.



DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Q_xDDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=DESVIAT,+Manuel.+A+reforma+psiqui%C3%A1trica.+2.+ed.+Rio+de+Janeiro:+Fiocruz,+2015.&ots=6Y-j2h3EUK&sig=87SJJBTxQy0nlcCy5rWbBYSIFk&redir_esc=y#v=onepage&q=DESVIAT%2C%20Manuel.%20A%20reforma%20psiqui%C3%A1trica.%202.%20ed.%20Rio%20de%20Janeiro%3A%20Fiocruz%2C%202015.&f=false Acesso em: 27 jul. 2025.

ERLINGSSON, Christen; BRYSEWICZ, Petra. A hands-on guide to doing content analysis. **African Journal of Emergency Medicine**, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 93-99, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X17300423>. Acesso em: 13 jul. 2024.

FELICIANO, Marciana; OLIVEIRA, Cleide Correia de. **Tecnologias leves em saúde mental: um estudo de caso**. Pôster apresentado no 13.º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBCENF), 2009. Disponível em: https://inscricoes-cbcenf.cofen.gov.br/anais/8/2730/trabalhoresumo?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 jul. 2025.

FERIGATO, Sandra Helena; ONOCKO-CAMPOS, Rosaly; BALLARIN, Marília L. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. *Revista de Psicologia da UNESP*, Botucatu, v. 6, p. 31-44, 2007. apud SCIELO. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/W5VRcq7mDnBCwm9jV6MvyWr?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 jul. 2025.

FERNANDES, D. S.; CASTRO, R. A. A. Vulnerabilidade e saúde mental: uma revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00192719, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192719>. Acesso em: 15 jul. 2025.

FERNANDES, Márcia Astrês; SILVA, Elisângela de Moura da; IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em hospital geral. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 4, p. 163-173, 2015. Disponível em: https://uninovafapi.emnuvens.com.br/revinter/article/view/797/pdf_276. Acesso em: 10 jan. 2019.

FERRARI, Alize J.; SANTOMAURO, Damian F.; HERRERA, Ana M. Mantilla; SHADID, Jamileh; ASHBAUGH, Charlie; ERSKINE, Holly E.; CHARLSON, Fiona J.; DEGENHARDT, Louisa; SCOTT, James G.; MCGRATH, John J.; ALLEBECK, Peter; BENJET, Corina; BREITBORDE, Nicholas J. K.; BRUGHA, Traolach; DAI, Xiaochen; DANDONA, Lalit; DANDONA, Rakhi; FISCHER, Florian; HAAGSMA, Juanita A.; HARO, Josep Maria; KIELING, Christian; KNUDSEN, Ann Kristin Skrindo; KUMAR, G. Anil; LEUNG, Janni; MAJEED, Azeem; MITCHELL, Philip B.; MOITRA, Modhurima; MOKDAD, Ali H.; MOLOKHIA, Mariam; PATTEN, Scott B.; PATTON, George C.; PHILLIPS, Michael R.; SILVA FILHO, José Damião da; SILVA, Francisco Wanderlei de Lima; MELO, Anielle Torres de; PINHO, Lucimary Leite de; SOUSA, Rosângela Lima; RAMALHO, Ane Kelly Lima; LEITE, Ana Caroline Rocha de Melo; ELIAS, Darcielle Bruna Dias; NUNES, Rodolfo de Melo. O impacto da pandemia da covid-19 na saúde mental de estudantes universitários. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 2, p. 574-592, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-003>. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9329/4546>. Acesso em: 15 dez. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.



SORIANO, Joan B.; STEIN, Dan J.; STEIN, Murray B.; SZOEKE, Cassandra E. I.; NAGHAVI, Mohsen; HAY, Simon I.; MURRAY, Christopher J. L. ; VOS, Theo; WHITEFORD, Harvey A.. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, London, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/>. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2821%2900395-3>. Acesso em: 14 maio 2024.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRIEDMANN, Claude T.; LESSER, Ira M.; AUERBACH, Eric. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. **Hospital and Community Psychiatry**, Washington, DC, v. 33, n. 8, p. 663-664, 1982. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ps.33.8.663>. Acesso em: 10 jan. 2024.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares (org.). **Redes de atenção à saúde**: Rede de Atenção Psicossocial: RAPS. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2024.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface: **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/287-301>. Acesso em: 14 maio 2024.

GROSKOPF, Franceli; MARQUETTI, Marina. O uso das tecnologias leves para o cuidado em saúde mental. **Saúde e Meio Ambiente**, Mafra, v. 6, n. 3, p. 25-26, 2017. DOI: <https://doi.org/10.24302/sma.v6i3.1666>. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1666>. Acesso em: 11 mar. 2024.

HADDAD, Peter M.; BRAIN, Cecilia; SCOTT, Jan. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. **Patient Related Outcome Measurement**, London, v. 5, p. 43-62, 2014. Disponível em: <https://www.dovepress.com/patient-related-outcome-measures-archive84-v801>. Acesso em: 15 mar. 2024.

HOGA, Luiza Akiko Komura; MATHEUS, Maria Clara Cassuli; SOARES, Cassia Baldini. Metassíntese: síntese de estudos qualitativos. In: BARBOSA, Dulce; TAMINATO, Mônica; FRAM, Dayana; BELASCO, Angélica (ed.). **Enfermagem baseada em evidências**. São Paulo: Alheneu, 2014. p. 105-116.

HOLSTI, Ole Rudolph. **Content analysis for the social sciences and humanities**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1969.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. **Apoio matricial em saúde mental: análise da qualificação do cuidado em Atenção Básica no Brasil**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3791–3800, 2014. Estudo baseado nos dados do PMAQ-AB de 2012 e que demonstra



a associação positiva entre ações de matriciamento e estratégias de cuidado integral. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8hb9cjthMwhx5zGRx5TDhR/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

IKUTA, Carolina Yukari; SANTOS, Manoel Antônio dos; BADAGNAN, Heloisa França; DONATO, Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1034-1042, out./dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20954/15749>. Acesso em: 11 mar. 2024.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÁ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2024.

LIMA, Livia Milena Rapôso de; SILVA, Thays Mylena Lima da; SILVA, Vivia Conceição da. A reforma psiquiátrica e o uso das tecnologias leves de cuidado em saúde mental. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, Fortaleza, v. 4, n. 3, p. 1-6, 2023. Trabalho apresentado no 4º Congresso Nacional de Inovações em Saúde, 2023, Fortaleza. DOI: <https://doi.org/10.51161/conais2023/21957>. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3971/569>. Acesso em: 12 jun. 2024.

LIMA, R. F. *et al.* A vulnerabilidade social e sua influência na crise psiquiátrica: uma revisão integrativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 55-66, 2020.

MARQUES, Teresa Sá; SARAIVA, Miguel; MATOS, Fátima Loureiro de; MAIA, Catarina; RIBEIRO, Diogo; FERREIRA, Márcio; AMANTE, Ana. Assessing territorial vulnerabilities and spatial inequalities: the case of Portugal. In: AESOP ANNUAL CONGRESS, 2019, Veneza. p. 566-576. **Proceedings** [...]. Veneza: IUAV, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/125435/2/369726.pdf>. Acesso em: 23 maio 2024.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Mauricio. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-160.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008 (ou ed. mais recente). Cap. sobre tecnologias de trabalho e afetos, p. 60-75. Disponível em: https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30suppl1/e05902023/pt/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 jul. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho vivo em ato: saúde e luta no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.



MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSHOWSKY, Agnes. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, out./dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Wcw7dvnNgJ4kJqhmFzMp85d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 24 mar. 2024.

MNOOKIN, Seth. **Out of the shadows**: making mental health a global development priority. Washington, D.C.: World Bank Group, 2016. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MORSE, Janice. M. Designing funded qualitative research. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 220-235.

NUNES, B.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre adultos em áreas urbanas no Brasil: estudo populacional de base. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 jul. 2025.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. Prevalência de sintomas depressivos entre adultos jovens no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240045, 2024. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240045.2>

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de; AMORIM, Kalianny Kadidja Poline Soares; FERNANDES, Ana Paula Nunes de Lima; MONTEIRO, Akemi Iwata. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 148-156, jan./mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130013>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/50258/41686>. Acesso em: 13 mar. 2024.

OLIVEIRA, L. P.; GOMES, A. R. Determinantes sociais da vulnerabilidade em saúde mental: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 547-559, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019176675>. Acesso em: 15 jul. 2025.

OLIVEIRA, M. P.; SANTOS, A. C. Determinantes sociais da saúde mental no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3445-3456, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279>. Acesso em: 15 jul. 2025.



OLIVEIRA, R. L. S. *et al.* Projeto terapêutico singular e protagonismo do usuário na saúde mental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. e7481, 2022.

OLIVEIRA, Sílvia Helena Vieira de. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 28, n. 3, p. 571–578, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global mental health: how are we doing?** Geneva: WHO, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group**. Geneva: WHO, Mental Health and Poverty Project, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health care and crisis intervention**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/crisis_intervention/en/. Acesso em: 15 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientação sobre serviços comunitários de saúde mental: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos**. Brasília, DF: OPAS, 2022a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56614/9789275726440_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 14 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2025.

PAULA, G. B.; AKRA, N. M. A. E.; CÓRDOVA, L. F.; CARDOSO, L.; ZANETTI, A. G. C.; GIACON-ARRUDA, B. C. C. **Mental health crisis situations: the nurse's work in Primary Health Care**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Campo Grande, v. 32, e4356, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7015.4356>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PERES, Girlane Mayara; CREPALDI, Maria Aparecida; MOTTA, Cibele Cunha Lima da; GRIGOLO, Tania Maris. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v10i27.69033>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69033/41527>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PITTA, A. M. F. Reabilitação psicossocial no Brasil: trajetória e construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1999-2010, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n12/4579-4589/pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

RAJKUMAR, Ravi Philip. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 52, art. 102066, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775/pdf?md5=1d9364aa2135d4c748a99a8b4ca9c2dc&pid=1-s2.0-S1876201820301775-main.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

Ren J, Duan Y, Wang J, Sun Y, Wang M, Geng Z, Meng X, Wang Z. **Mortality and excess**



life-years lost in patients with schizophrenia under community care: a 5-year follow-up cohort study.. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10288468/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 jul. 2025.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; WAL, Marilene Lowen ; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kmVnsg8zYHPf4CRgPgPx4bj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2024.

ROMNEY, A. Kimball; WELLER, Susan C.; BATCHELDER, William H. Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy. **American Anthropologist**, Arlington, v. 88, n. 2, p. 313-338, June 1986. DOI: <https://doi.org/10.1525/aa.1986.88.2.02a00020>. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1525/aa.1986.88.2.02a00020>. Acesso em: 20 mar. 2024.

ROSSI, Flavia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 305-310, maio/jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/36sXwck7LQWYcXp9SVcPXXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2024.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de; BRASIL, Débora Rabelo Magalhães; CAETANO, Joselany Áfio; SANTOS, Míria Conceição Lavinias; ALVES, Maria Dalva Santos. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, Bogotá, p. 230-239, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>. Acesso em: 14 maio 2024.

SANCHES, M. M. *et al.* O cuidado em saúde mental na Atenção Primária: desafios e possibilidades na perspectiva de profissionais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 560-573, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012506>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rtpBHcDBNzw45zrxFNkw3sf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SANTIN, Aida; CERESÉR, Keila; ROSA, Adriane. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, p. 105-109, 2005. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/5Dgr3g3y9RbM3zfdGQ9Fgvf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 abr. 2024.

SANTOS, Jhule Lohayne Guimarães; LUCENA, Suerda Rafaelle de **Intervenções de enfermagem e manejo em situações de crise, urgência e emergência em Centros de Atenção Psicossocial**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://45.4.96.19/bitstream/aee/8539/1/TCC%20JHULE%20LOHAYNE%20GUIMARÃES%20SANTOS%20E%20SUERDA%20RAFAELLE%20DE%20LUCENA.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

SEVERO, Fernanda Maria Duarte; GUERRERO, André Vinicius Pires; SCAFUTO, June Corrêa Borges; SZAPIRO, Ana Maria; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Retratos da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 9-14, out. 2020.



Número especial 3. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E301>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M5CFyLFYRCzgQNp5JtDNGZc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

SHOJAEI, Seyedeh Fahimeh; MASOUMI, Roya. The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. **Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies**, 's-Hertogenbosch, v. 7, n. 2, p. 1-2, April 2020. DOI: <https://doi.org/10.5812/mejrh.102846>. Disponível em: <https://brieflands.com/articles/mejrh-102846.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

SILVA, Emanuely Martins; SILVA, Camila Soares; FERNANDES, Clarissa Montagner. Agressividade no serviço de emergência psiquiátrica: um problema frequente. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1-11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.444>. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/444/393>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SILVA, E. M.; SILVA, C. S.; FERNANDES, C. M. **A agressividade no serviço de emergência psiquiátrica**: um problema frequente. *Debates em Psiquiatria*, v. 13, jan. 2023, p. 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.444>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, Tatiana Fernandes Carpinteiro da; LOVISI, Giovanni Marcos; VERDOLIN, Louise Deluiz; CAVALCANTI, Maria Tavares. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/VFHBhnZKWZmjMBkvztK3J3f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SILVA, Thiago Nogueira; TAVARES, Claudia Mara de Melo; TAVARES, Marilei de Melo; PAIVA, Laís Mariano; REBELLO, Marcelle Ignácio; SILVA, Luciana Silverio Alleluia Higino da. Tecnologias relacionais na promoção da saúde mental do adolescente escolar: protocolo de revisão de escopo. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 14, n. 2, p. 50-58, abr./maio 2023. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v14i2.3698>. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3698/2157>. Acesso em: 14 maio 2024.

SNAPE, Dawn; SPENCER, Liz. The foundations of qualitative research. In: RITCHIE, Jane; LEWIS, Jane (ed.). **Qualitative research practice**: a guide for social science students and researchers. London: SAGE, 2009. p. 1-23.

THUNGER, Roger. Bairros de Nova Iguaçu em mapa. In: WIKIMEDIA COMMONS. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2024]. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bairros_de_Nova_Igua%C3%A7u_em_mapa.png. Acesso em: 18 mar. 2025.

TRICCO, Andrea C. et al. **PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation**. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 27 jul. 2025.

VELOSO, Caique; MONTEIRO, Lívia Stela de Sousa; VELOSO, Lorena Uchôa Portela; MOREIRA, Isabel Cristina Cavalcante Carvalho; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Psychiatric nature care provided by the urgent mobile prehospital service. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3xQqfKnb4yFZy36rCqfktXD/?format=pdf&lang=e> n. Acesso em: 18 jul. 2024.

VINDEGAARD, Nina; BENROS, Michael Eriksen. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. **Brain, Behavior, and Immunity**.



Amsterdam, v. 89, p. 531-542, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120309545/pdf?md5=0bddc79defed8a40318957be79ebc87a&pid=1-s2.0-S0889159120309545-main.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WALKER, Elizabeth Reisinger; MCGEE, Robin E.; DRUSS, Benjamin G. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n. 4, p. 334–341, 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2110027>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WANG, Cuiyan; PAN, Riyu; WAN, Xiaoyang; TAN, Yilin; XU, Linkang; HO, Cyrus S; HO, Roger C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 5, p. 1-25, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. (Cadernos de Atenção Básica n.34). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013:176p. [acesso em 16 de agosto de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Almeida ACS, Freitas CKAC, Menezes AF, et al. Atuação do enfermeiro no manejo da crise em saúde mental: Uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.* 2021;10(9):e31010918030. [acesso em 16 de agosto de 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18030>

Woo BK, Chan VT, Ghobrial N, et al. Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies. In: Miguel EC, Lafer B, Elkis H, et al [editores]. *Clínica Psiquiátrica: Os fundamentos da psiquiatria – Volume 1*. Barueri [SP]: Manole; 2. ed., ampl e atual; 2021.

Allen MH. The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices. In: Miguel EC, Lafer B, Elkis H, et al [editores]. *Clínica Psiquiátrica: Os fundamentos da psiquiatria – Volume 1*. Barueri [SP]: Manole; 2. ed., ampl e atual; 2021.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Saúde mental: Plano de ação 2013-2020. OMS Library Cataloguing-in-Publication Data, Genova – Suíça, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BRASIL. Ministério da Saúde; Governo do Distrito Federal. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental – noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

SÁ, M.; WERLANG, B.; PARANHOS, J. A crise é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio... In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). *Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

DIAS, L. K. S. et al. Qual a definição de urgência em saúde mental para atendimento na atenção primária? APS-Repo, 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, L. B.; MOREIRA, M. I. B.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, A. M. **A construção do projeto terapêutico singular com o usuário da saúde mental**. *Mundo Saúde*, v. 37, n. 1, p. 83-92, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf. Acesso em: 8 nov. 2025.

SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHWEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. Usuário, cliente ou paciente?: Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 175-183, jan./mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). *Crise e Urgência em Saúde Mental: Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. Módulo 2*. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2015.

BRAGA, H. M. et al. *Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 1, p. 52-59, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsiq/a/skVscQ5qD8wWdSBWJSxDDFr/?lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2025.

WILLRICH, J.Q. Construindo novos sentidos para a atenção à crise e urgência em saúde mental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, n. 3, p. 412-420, 2014.

SILVA, E. A. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 13, n. 4, p. 413-422, out./dez. 2010.

BRASIL. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1163-1172, mar. 2021.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

BECK, Aaron T. et al. *Depression: Causes and Treatment*. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO, 2017.

BECK, Aaron T. et al. *Depression: Causes and Treatment*. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016.

CAI, H. et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2021.

LUNDBERG, J. et al. Determinants and outcomes of suicidal behavior among patients with major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*, 2023.

NOCK, M. K. et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: results from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 2009.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. Geneva: WHO, 2021.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

ROTELLI, Franco. A transformação possível: modelos alternativos ao hospital psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1990.

ALMEIDA-FILHO, N. *Modelos de determinação do processo saúde-doença*. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Social Determinants of Mental Health*. Geneva: WHO, 2014.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS: sobre políticas públicas e modos de cuidar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

YASUI, S. **A produção do cuidado no encontro entre serviços e usuários: reforma psiquiátrica, território e clínica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. *Psicologia & Sociedade*, v. 12, n. 1, p. 105–128, 2000.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BOWERS, L. et al. Safewards: interventions to reduce conflict and containment in psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 22, n. 3, p. 142–149, 2015.

DELANEY, K. Managing aggressive behavior in the psychiatric setting: using guidelines to prevent restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 44, n. 5, p. 32–40, 2006.

KATSAKOU, C.; PRIEBE, S. Patients' experiences of involuntary hospital admission: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 42, p. 740–748, 2007.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1999.



BORDIN, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, v. 16, n. 3, p. 252–260, 1979.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um campo em movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 619–627, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BOWERS, L. et al. Safewards: interventions to reduce conflict and containment in psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 22, n. 3, p. 142–149, 2015.

DELANEY, K. Managing aggressive behavior in the psychiatric setting: using guidelines to prevent restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 44, n. 5, p. 32–40, 2006.

BARROS, S.; LOPES, V. A. A clínica da presença no cuidado em saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 338–348, 2014.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1984.

BION, W. R. *Learning from Experience*. London: Heinemann, 1962.

FONAGY, P.; TARGET, M. *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Whurr Publishers, 2003.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica ampliada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 333–342, 2000.

FURTADO, Juarez P. A supervisão clínico-institucional na saúde mental: práticas, desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 71–82, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um campo em movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 619–627, 2006

ANTUNES, B. et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 600–604, 2013. periodicos.uem.br

ARAÚJO, C. M. R.; SILVA, J. P. Visita domiciliar e saúde mental: um relato de experiência. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 9, n. 4, p. 495–505, 2020. www5.bahiana.edu.br+1 “Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1163–1172, 2021. BVSALUD

PIRES, R. R. (2023). O cuidado em saúde mental e a participação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. SciELO+1

NUNES, M. et al. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura. *Revista de Saúde Pública*. SciELO

DETOINI, V. C. et al. (2018). Construindo sentidos com pessoas usuárias de um CAPS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Pepsic



LEÃO, A.; BARROS, S. (2021). Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. [SciELO SP](#)

LIMA, M. E. P. et al. O ato de cuidar em saúde mental: aspectos alinhados à cultura de segurança do paciente. *Revista de Enfermagem – REBEN*, v. 2021. [Pepsic](#)

FERNANDES, G. R. et al. Segurança do profissional de saúde frente ao paciente em agitação psicomotora: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa*, v. 2022. [Revista RDP](#)

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a luta pela cidadania**. In: PITTA, A. (Org.). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 153-162.

KINOSHITA, R. T. **Reabilitação psicossocial: reconstrução do sujeito e do território existencial**. In: LOBOSQUE, A. M.; ROSA, L. C. S. (Orgs.). *Caminhos da atenção psicossocial*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. p. 47-68.

ALVES, J. B. B. de B. et al. Redução de danos e saúde mental: o trabalho com a população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, p. e13156, 2021. [revistas.uneb.br](#)

ARAÚJO, A. C. C.; PIRES, R. R. S. Redução de Danos na atenção psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2018. [tempus.unb.br](#)

BROWN, G. Harm reduction: a practical approach to minimizing the negative consequences of risky behaviours. *Addiction & Criminology*, v. 6, n. 2, p. 137, 2023. [Allied Academies](#)

SANTOS, M. P.; PIRES, R. R. Redução de danos nos CAPS: entre o escopo ampliado e traduções conservadoras. *Teoria e Cultura*, v. 15, n. 2, 2020. [periodicos.ufjf.br](#)

BANDURA, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman, 1997.

GREEN, J. et al. The impact of positive reinforcement on teamwork climate, resiliency and wellness among health-care clinicians during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Psychology*, 2022.

KUNZLER, A. M. et al. Facilitating resilience in health-care professionals: A strengths-based trauma-informed approach. *Psychiatric Times*, 2020.

SILVA, A. P. O impacto da autoestima na saúde mental: implicações para serviços de saúde. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2023.

PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: EDUFBA, 2018.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular em saúde: desafios da formação e da prática*. São Paulo: Hucitec, 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Território, redes e clínica ampliada: desafios contemporâneos da atenção psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.



ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Desafios da atenção psicossocial no Brasil: produção de cuidado, clínica e território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3303-3312, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. A família no cuidado em saúde mental: desafios e possibilidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n. 1, p. 110-118, 2008.

LEMOES, S.; LIMA, K. M.; BRITO, P. C. A participação da família no cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Acesso e acolhimento nos serviços de saúde mental: desafios atuais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; AMARANTE, P. Saúde mental e cuidado em liberdade: avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2763-2774, 2021.

15, n. 4, p. 1-10, 2019.

CORRIGAN, P. W.; RAO, D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 57, n. 8, p. 464-469, 2012.

JANSEN, A. C. et al. Self-stigma and quality of life among individuals with severe mental illness: a mediation study of self-esteem and sense of coherence. *Psychiatry Research*, 2023.

LINK, B. G.; YOUNG, A. S.; MOSHER, C. P. The Effect of Involuntary Psychiatric Hospitalization on Subsequent Quality of Life, Internalized Stigma, and Treatment Engagement. *Psychiatric Services*, v. 70, n. 1, p. 15-22, 2019.

ZHAO, M. et al. Internalized stigma and recovery – examining the roles of self-compassion and social support in persons with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2023.

LINCOLN, T. M.; LANGE, J.; WIESJAHN, M. The effect of cognitive behavioral therapy on insight in psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 96, n. 1-3, p. 46-62, 2007.

PIJNENBORG, G. H. M. et al. The relationship between insight and clinical symptoms in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, v. 146, n. 1-3, p. 1-7, 2013.

VELLA, S. L.; PAI, N. The role of insight in medication adherence among individuals with severe mental illness: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, v. 25, n. 1, p. 44-52, 2021.

LYSAKER, P. H. et al. Insight, self-stigma and recovery in schizophrenia spectrum disorders: a longitudinal perspective. *Psychiatry Research*, v. 307, 2022.

YANOS, P. T.; LUCKSTED, A.; DRAKE, R. E. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 40, n. 1, p. 54-60, 2017.



ZHAO, M. et al. Internalized stigma, self-concept and treatment engagement in individuals with severe mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde desenvolve ações para ampliar a rede de atenção psicossocial no Rio de Janeiro. Agência Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/rio-de-janeiro/2024/setembro/saude-desenvolve-acoes-para-ampliar-a-rede-de-atencao-psicossocial-no-rio-de-janeiro>. Acesso em: 27 nov. 2025.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/saude-mental>. Acesso em: 27 nov. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. A instituição da autonomia no cuidado em saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, e210249, 2021.

YASUI, S. **A instituição da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BRAGA, J. C.; DANTAS, C. R.; SILVA, L. F. Organização do espaço físico e segurança no manejo de crises em serviços de saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, e03721, 2021.

BANDEIRA, N. et al. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-III). *Saúde em Debate*, 2021.

MARTINS, M. E. R. Estratégias para a construção da autonomia nos serviços psicossociais: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021.

SILVA, A. D. Práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: lacunas e desafios para a reabilitação psicossocial. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2024.

PINI, J. S. Atividades coletivas e ressocialização em um CAPS I: benefícios e desafios. *Revista de Enfermagem*, 2024.

PAULI, A. J. C. de. Expansion of Psychosocial Care Centers and their challenges. *International Journal of Public Health*, 2023.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

LIMA, Eliezer; YASUI, Silvio. **Gestão do trabalho e processos de cuidado na atenção psicossocial**. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 125–137, 2020.

YASUI, Silvio. **A construção da Reforma Psiquiátrica brasileira: perspectivas da atenção psicossocial**. São Paulo: Hucitec, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024*. 2024.

MEDEIROS, C. *Política de Saúde Mental na Baixada Fluminense: desafios e perspectivas*. Universidade Federal Fluminense, 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Rede de Atenção Psicossocial – CAPS no município do Rio de Janeiro*. 2024



APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1.0 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Idade:

Etnia autodeclarada:

Profissão:

Tempo de formado:

Tempo de atuação no serviço:

Vínculo profissional:

1) Você trabalha em outra unidade extra-hospitalar de Saúde Mental? Se sim, qual unidade?

_____ (tempo em anos).

2) Você possui algum curso de Pós-graduação? Se sim, qual?

3) Você já participou de algum atendimento onde foi necessário manejar uma crise?

() sim () não

2.0 Uso de tecnologias leves e as situações de crise

7) Defina como você caracteriza uma situação de emergência psiquiátrica no CAPS?

8) Qual a relação entre a situação de crise e a emergência psiquiátrica? Explique.

9) Como você maneja a crise de um paciente dentro do CAPS III? Exemplifique com um caso ocorrido no CAPS.



- 10) Como você considera o uso de “tecnologias leves” nas situações de emergência no CAPS?
- 11) Quais os benefícios e as limitações do uso de tecnologias leves para o paciente?
- 12) Você já recorreu ao uso de tecnologias leves em uma situação de crise? Se sim, descreva como foi o manejo?

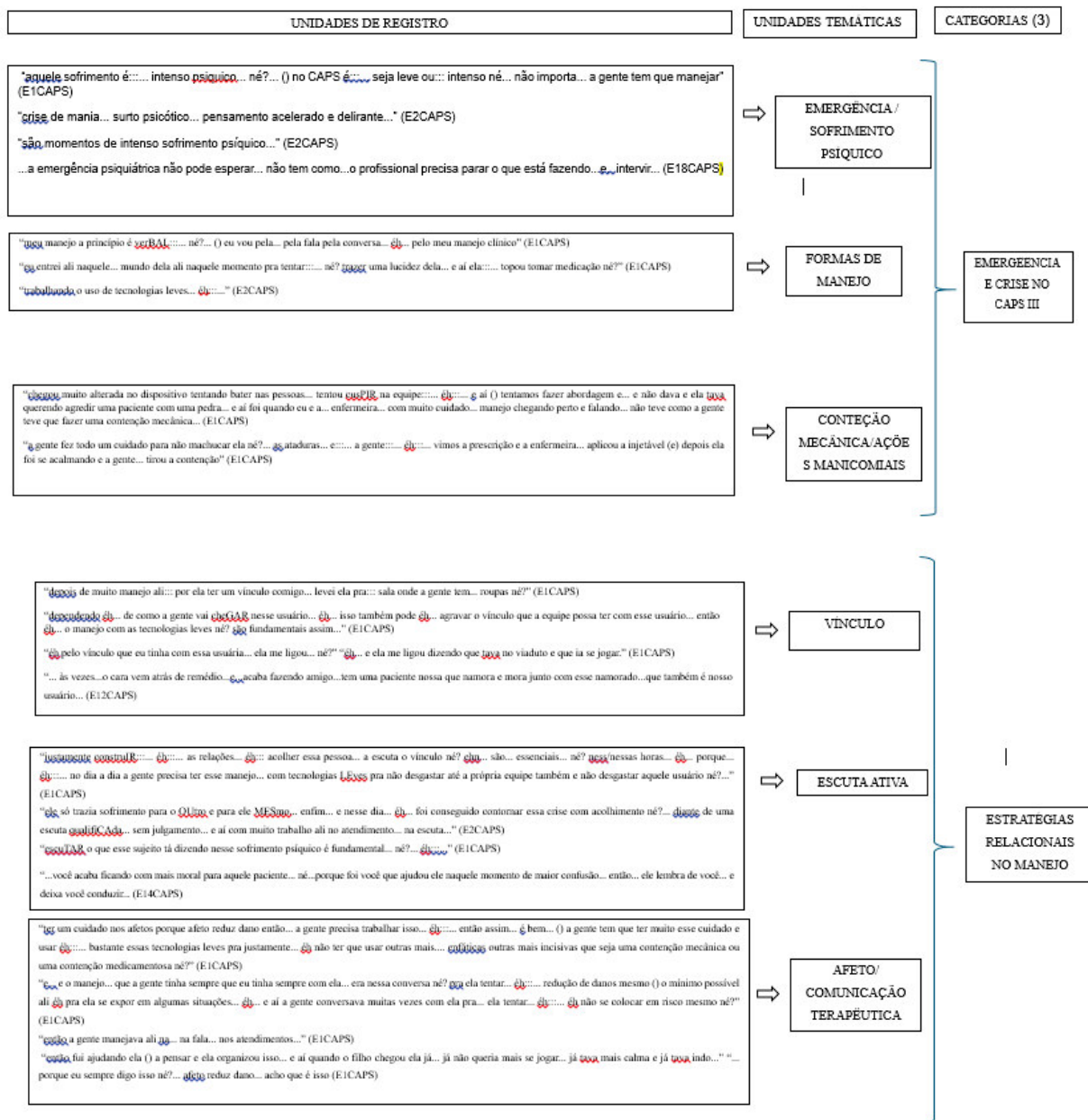
3.0 Adesão ao tratamento e as situações de crise

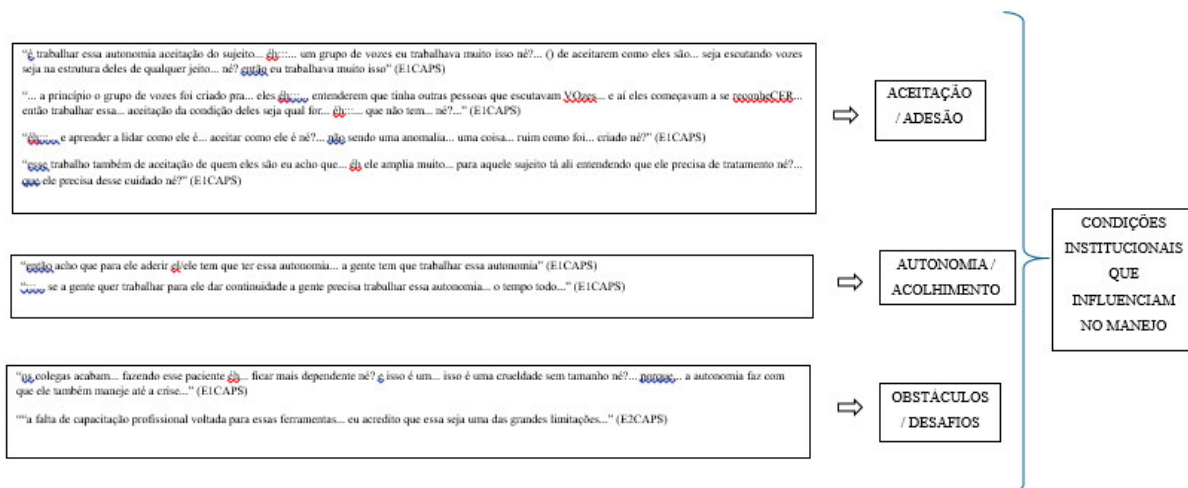
- 13) Quais os fatores que você acredita que contribuem para a adesão do paciente ao tratamento?
- 14) Como pode ser ampliada a adesão ao tratamento dos pacientes acolhidos no CAPS III?
- 15) Descreva as ferramentas que você utiliza para promover a adesão ao tratamento do paciente em situação de crise no CAPS III?



APÊNDICE B – FLUXOGRAMA ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA

FLUXOGRAMA – Processo de categorização das falas dos entrevistados





Categorização: (1) *Sentidos da crise e emergência psiquiátrica* (2) *O cuidado como prática relacional* (3) *Limites e desafios institucionais*

(1) Sentidos da crise e da emergência psiquiátrica : Essa categoria foi criada para que fosse possível analisarmos as diversas compreensões sobre crise psiquiátrica, as suas diversas manifestações no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial III e também sobre formas de como manejar essas situações a partir da identificação da crise. Esta categoria expressa a forma como os profissionais identificam situações de crises, sendo reconhecida como um intenso sofrimento psíquico” e também com vasta associação à sintomas de heteroagressividade, rompimento com a realidade e ausência de possibilidade de diálogo, evocando dos profissionais que manejam crise, expertise, agilidade na implementação de ações assistenciais e criatividade na metodologia escolhida para manejar a situação, com grande ênfase a subjetividade da crise, circunscrita a cada situação e a cada vivência psicopatológica dos usuários.

“eu acredito que seja... ahn... uma emergência psiquiátrica... qualquer paciente que esteja em sofrimento PSÍquico... né... agora de emergência... é quando ele apresenta... ameaça imediata pra vida dele... ou pra outras pessoas né?” (E1CAPS).

“aquele sofrimento é... intenso psíquico... né?... no CAPS é... seja leve ou... intenso né... não importa... a gente tem que manejar” (E1CAPS).

“crise de mania... surto psicótico... pensamento acelerado e delirante...” (E2CAPS).

“chegou muito alterada no dispositivo tentando bater nas pessoas... tentou cusPÍR na equipe... é... e aí tentamos fazer abordagem e... e não dava e ela tava querendo agredir uma paciente com uma pedra... e aí foi quando eu e a... enfermeira... com muito cuidado... manejo chegando perto e falando... não teve como a gente teve que fazer uma contenção mecânica...” (E1CAPS).

“a gente fez todo um cuidado para não machucar ela né?... as ataduras... e... a gente... é... vimos a prescrição e a enfermeira... aplicou a injetável (e) depois ela foi se acalmando e a gente... tirou a contenção” (E1CAPS).

“uma emergência em CAPS é quando... o sujeito ele não tem um senso de morbidade a ponto de perceber que ele tá se colocando em perigo... em risco né?... ou tá colocando quem está próximo a ele em risco... né?” (E3CAPS).

“que a crise ela tá atrelada ao processo cultural né?... é... quando eu fui... acadêmico de enfermagem voluntário na Amazônia... a manifestação da crise psiquiátrica era um indígena... um ribeirinho é... imitando né?... performando um chimpanzé... e aí... era a inserção cultural da crise dentro ali da/da rotina né?...” (E3CAPS).

“porque muitas das vezes a crise daquele sujeito ela é uma crise que está para além desse escopo né?... psicopatológico... mas tem a ver com um combo de precariedade e escassez na vida daquele sujeito...” (E4CAPS).



“já manejei crise tirando fotografia... o que o sujeito não conseguia verbalizar... não conseguia desenhar... é... eu lembro de ter entregue meu celular na mão do sujeito e vamos tirar foto então” (E3CAPS).

“já manejei crise também usando fantoche de um “pensar na clínica viva... ali do território quem é que conhece o usuário?... ah... o usuário passa na banca de jornal todo dia porque o jornalista dá um cigarrinho para ele... ah... ele passa todo dia na padaria porque o padeiro bota ele para arrumar os produtos lá e dá uma quentinha pra ele... então recorrer a essa rede quando o sujeito está em crise é uma forma também de aumentar o círculo de cuidado dele” (E3CAPS).

“todas as minhas experiências de tecnologia dura do cuidado... que é o procedimento invasivo... a contenção mecânica... eu tive em um CAPS três” (E3CAPS).

“[eu] acabava que às vezes eu percebia que o CAPS entrava nesse lugar do Pinel... de conter... de sedar... que eu também não acho que seja um bom caminho” (E3CAPS).

“porque uma vez contido... uma vez sedado... ele perde a manutenção do autocuidado né?” (E3CAPS).

“o paciente... muitas vezes ele se encontra agressivo... né?... é... não consegue interagir com o profissional... muitas vezes... naquele momento da crise ele não escuta ninguém... ele não fala com ninguém... e a gente tenta manejar aquela situação... e... e na hora que ele está ali muito agressivo... ele não consegue ouvir...” (E5CAPS).

“a emergência se dá naquele momento... a gente consegue fazer o manejo... as intervenções... e a crise requer um olhar mais contínuo... mais delongado” (E6CAPS).

“a falta de controle dos impulsos comportamentais... uma vez que o pensamento encontra um... um padrão de desconfiguração... é... a latência das emoções, sobrepondo a razão... sobrepondo um controle... sobrepondo onde o risco iminente se coloca em uma instância de prioridade zero naquele contexto daquele indivíduo” (E6CAPS).

“e foi agredir essa paciente também... e aí... foi eu junto com uma outra psicóloga e junto com mais outro profissional da equipe... através do diálogo... que conseguimos também controlar a situação” (E5CAPS).

“... o manejo da crise é feito ali naquele momento... entendeu?... então assim... a escuta... a conversa... é..... eu acho que é o principal nesse momento aí...” (E5CAPS).

“eu percebo uma alteração comportamental acentuada... eu peço para que essa pessoa me aguarde para que a gente faça ali um manejo pra fazer o atendimento individualizado... através da escuta... né?... de uma escuta livre... de uma escuta ativa...” (E6CAPS)

“mas a gente tem que analisar várias questões e tem que procurar ser rápido... né?... pensar rápido...” (E8CAPS).



“quando o paciente está agitado... quando ele está falando... quando o paciente começa a falar muito... né?... de uma certa forma ele se expressa... é... além de agitado... ele fala muito sozinho né?...” (E7CAPS).

“ouvir vozes... ver e ter alucinações... ele acaba tendo uma percepção aumentada... acelerada desse processo dele... então a gente acaba tendo um critério maior para entender que isso é uma crise” (E7CAPS).

“a emergência é algo daquele momento... que eu vou atuar naquele momento...” (E7CAPS).

“ele chegava no dispositivo bastante agitado... queria jogar a cadeira... quebrar a cadeira... discutir... e assim... eu chamei ele pra conversar e ele aceitou... ele falou... ah mas tu fuma?... eu falei... pô... eu não fumo não... cara... mas eu posso arrumar um cigarro pra tu... calma aí... ele ficou sentadinho lá no gramado... me esperando... arrumei um cigarro com uma colaboradora que é fumante... peguei o isqueiro... acendi o cigarro dele para ele e ficamos lá sentados conversando... e aí foi fluindo tudo numa boa...” (E8CAPS).

“a família dela tem uma característica de pedir para a gente fazer o injetável à força né?... segurar... não pode segurar... e eu falo... não... eu não vou segurar... eu vou con-ver-sar com a Márcia e eu vou fazer conversando... e toda vez que eu vou lá... eu converso com a Márcia e consigo dialogar e fazer conversando...” (E7CAPS).

“e eu... assim... trabalho muito com um combinado... olha... vamos fazer um combinado?... ah mas que combinado?... antes eu já analiso... já dou uma olhadinha... ver o que ela gosta...” (E8CAPS).

“quando eu vejo que o paciente não está no cotidiano dele... falando nada com nada... normalmente...” (E10CAPS).

“o paciente com uma agitação psicomotora extrema... é... o paciente quando tá muito sonolento... quando a gente identifica um paciente muito torporoso que a gente não consegue despertar o chamado... nem sob estímulo... isso pra mim é uma emergência...” (E9CAPS).

“eu acho que nem toda crise é uma emergência psiquiátrica... eu acho que tem crises que a gente consegue manejar... né?... sem uma intervenção medicamentosa... sem contenção química... física” (E9CAPS).

(2) O cuidado como prática relacional: Essa categoria exprime a necessidade da escuta qualificada, do vínculo e da responsabilização pelo cuidado oferecida aos usuários, bem como o trabalho multidisciplinar e individualizado. Inspirada na tipologia de tecnologias de saúde proposta por Merhy, esta categoria destaca o uso das tecnologias leves no cotidiano dos profissionais. São estratégias relacionais que sustentam o cuidado em situações de crise.



“trabalho também o vínculo é fundamental... o vínculo com autonomia... eu sempre friso isso né?... porque... ((fungou)) o vínculo tem que ser com autonomia... não existe vínculo sem você dar autonomia ou tutelar aquele sujeito... isso não é vínculo... e afeto... né?...” (E1CAPS).

“é pelo vínculo que eu tinha com essa usuária... ela me ligou... né?” “é... e ela me ligou dizendo que tava no viaduto e que ia se jogar” (E1CAPS).

“dependendo é... de como a gente vai cheGAR nesse usuário... é... isso também pode éh... agravar o vínculo que a equipe possa ter com esse usuário... então é... o manejo com as tecnologias leves né? são fundamentais assim...” (E1CAPS).

“depois de muito manejo ali... por ela ter um vínculo comigo... levei ela pra... sala onde a gente tem... roupas né?” (E1CAPS).

“justamente construíR... é... as relações... é... acolher essa pessoa... a escuta o vínculo né? e... são... essenciais... né? ness/nessas horas... é... porque... é... no dia a dia a gente precisa ter esse manejo... com tecnologias LEves pra não desgastar até a própria equipe também e não desgastar aquele usuário né?...” (E1CAPS).

“ele só trazia sofrimento para o OUTro e para ele MESmo... enfim... e nesse dia... éh... foi conseguido contornar essa crise com acolhimento né?... diante de uma escuta qualifiCada... sem julgamento... e aí com muito trabalho ali no atendimento... na escuta...” (E2CAPS).

“escuTAR o que esse sujeito tá dizendo nesse sofrimento psíquico é fundamental... né?... é...” (E1CAPS).

“então a gente já tinha feito um trato de quando ela é... se sentisse assim ela procurasse o CAPS... porém o CAPS estava fechado (e) ela me ligou... então eu fui ma/manejando ali pelo telefone (E1CAPS).

“ter um cuidado nos afetos porque afeto reduz dano então... a gente precisa trabalhar isso... é..... então assim... é bem... a gente tem que ter muito esse cuidado e usar é... bastante essas tecnologias leves pra justamente... é não ter que usar outras mais.... enfáticas outras mais incisivas que seja uma contenção mecânica ou uma contenção medicamentosa né?” (E1CAPS).

“então a gente manejava ali na... na fala... nos atendimentos...” (E1CAPS).

“então fui ajudando ela a pensar e ela organizou isso... e aí quando o filho chegou ela já... já não queria mais se jogar... já tava mais calma e já tava indo...” “... porque eu sempre digo isso né?... afeto reduz dano... acho que é isso (E1CAPS).

“e... e o manejo... que a gente tinha sempre que eu tinha sempre com ela... era nessa conversa né? pra ela tentar... é... redução de danos mesmo o mínimo possível ali éh pra ela se expor em algumas situações... é... e aí a gente conversava muitas vezes com ela pra... ela tentar... é... é não se colocar em risco mesmo né?” (E1CAPS).



“eu acho que o vínculo... o segredo do cuidado é o vínculo... o que vai fazer o sujeito tomar o remédio... mesmo sabendo que ele vai ficar broxa... é o vínculo que ele tem com você... o que vai fazer o sujeito... é... não ir no dia do atendimento... mas passar no CAPS outro dia para falar... não consegui vir naquele dia por isso... isso e isso?... é o vínculo... é... o que vai fazer o sujeito chegar perto de você e acreditar que você não vai aumentar a dosagem medicamentosa dele e te falar... estou ouvindo muitas vozes... é o vínculo... então... eu acho que o que garante a efetividade do processo de cuidar dentro de um CAPS é o vínculo...” (E3CAPS).

“se o trabalhador tá um tempo no serviço... é vinculado com o sujeito... o trabalhador tem capacidade científica né?... ele tem aparatos científicos pra perceber... é... que o sujeito tá dando sinais de que a crise está se aproximando né?...” (E3CAPS).

“é possível fazer... né?... um manejo à crise... né?... baseado no vínculo” (E4CAPS).

“não tem benzodiazepínico que vai fazer ela parar de sofrer... é acolher... é estar do lado... é escutar... é sustentar o desconforto... o silêncio... então eu acho que a gente ainda está caminhando nesse sentido...” (E3CAPS).

“mas é poder estar o tempo todo com uma escuta ali para aquele sujeito pra ver o que tem sido possível amarrar e construir... né?...” (E4CAPS).

“... a gente conseguiu construir com ele um grupo no WhatsApp do PTS dele... no qual ele vai dando notícias né?... é... de como que tá.... e assim... foi o único recurso... porque ele não topa sair de casa...” (E4CAPS).

“então teve paciente também que já se perdeu o vínculo e a gente conseguiu resgatar esse vínculo... em casa... o paciente domiciliar... a gente conseguiu trazer ele novamente para o dispositivo e hoje ele frequenta o dispositivo normalmente...” (E5CAPS).

“é que ele tem essa interação com o profissional... então quando ele tem essa interação com ele... ele consegue resolver através da conversa... da escuta... é... esses são os benefícios para o paciente... o paciente consegue escutar o profissional e ele consegue manejar a situação...” (E5CAPS)

“no diálogo... muitas vezes a gente acolhe... a gente escuta... faz a escuta... é... tenta ajudar no que é possível... tenta manejar aquela situação dentro da perspectiva dele... que ele traz pra gente... e eu faço muita escuta... muito acolhimento do paciente... então esse vínculo é criado nesse momento que a gente oferta o cuidado... e aí a gente consegue manejar e fazer com que ele... é... faça adesão ao tratamento e que... e que ele... muitas vezes... através dessa escuta... dessa conversa... desse diálogo...” (E5CAPS).

“se for a escuta de um técnico de referência dele... faz todo um sentido... todo um trabalho até mais do mais do que quem não tem... então... se ele tem um técnico de referência dele ali... que acompanha ele no tratamento dele aqui... e tem outro profissional que não tenha tanto vínculo com ele... esse manejo com o técnico de referência... ele consegue... é... ter um



maior resultado do que com o outro que... às vezes... não tem tanta referência com ele...” (E5CAPS).

“através da escuta livre a gente consegue estruturar o cenário daquele indivíduo... levando em consideração o que o torna o que ele é naquele momento... então através dessa escuta... através dessas metodologias... a gente estrutura um planejamento individualizado...” (E6CAPS).

“a gente acaba conseguindo criar esse vínculo maior com o paciente... né?... a gente tem esse vínculo e a gente tem essa confiança com o paciente... então essa tecnologia acaba dando... é... essa confiança do profissional com o paciente” (E7CAPS).

“o princípio de tudo é o diálogo com o paciente... né?... é... a gente tenta sempre fazer com que o paciente entenda a necessidade né?... de socializar com a equipe do CAPS” (E7CAPS).

“... diálogo é a principal tecnologia” (E7CAPS).

“ele se sente tratado como a gente deve ser... né?... ele sente que é um tratamento assim humano... ele se sente importante... quando a gente tem sempre uma palavra... um elogio... às vezes você elogia o cabelo... às vezes você elogia a roupa... às vezes você fala... ih tá sim hoje ein... arrasou... gostei da peruca... e eles gostam né?...” (E8CAPS).

“eu comecei a conversar com ela... tentar convencer ela a fazer o uso da medicação... e ela falou pra mim... olha... eu até faço... mas se você me der uma pulseira dessa...” (E8CAPS).

“então acho que a gente deve agir de forma natural... usar com eles um linguajar mais popular... né?... não tão requintado... porque às vezes também isso acaba afastando ele da gente” (E8CAPS).

“... é o que eu com todo paciente eu tento criar algum vínculo... então a Gisele o meu primeiro vínculo era o sabonete líquido que ela pediu o meu emprestado todo domingo... então eu sempre tento criar algum vínculo com eles... aí depois que a gente foi criando mais confiança...” (E9CAPS).

“eu acho que o vínculo é muito importante porque tem paciente que não adianta que você não vai conseguir acessar... então eu acho que a gente tem que primeiro reconhecer a nossa limitação com aquele paciente... e isso eu tenho facilidade de falar que ali eu não fui... algum colega da equipe talvez consiga... então eu acho que a gente tem que reconhecer... estabelecer um vínculo com ele e reconhecer até onde a gente consegue ir” (E9CAPS).

“o paciente cria o vínculo... então ela consegue se abrir com você né?...” (E10CAPS).

“a escuta... o vínculo... é... eu acho que o paciente precisa se sentir disponível para ele... ele precisa muito sentir a disponibilidade que você tá ali para ele... e quando você não tá eu também acho importante falar... “quando o paciente te procura que você olha e fala assim... agora não dá... mas eu vou te procurar daqui a meia hora...” (E9CAPS).



“com a escuta eu entendi qual era a necessidade dele... que ele queria na verdade... não nos agredir nem atentar contra a gente... o que ele queria era um atendimento de emergência por conta da lesão que ele teve... então a minha postura é sempre tentar a escuta primeiro para entender qual é a necessidade daquele paciente ali...” (E9CAPS).

“eu acho que todo mundo tá sentindo falta de ser escutado... eu acho que é isso...” (E9CAPS)

“você escutar a pessoa... tentar o que está acontecendo... porque às vezes não é uma crise de emergência “talvez... uma crise que a pessoa só precisa falar... mas ela não consegue expressar... então ela acaba surtando” (E10CAPS).

“a gente conversou com ela... ficou falando... mostrando que a gente tava aqui... que a gente tava apoiando ela...” (E10CAPS).

“a gente sentou... conversou com ela... tentou entender o que estava acontecendo... é tentou intervir dela não quebrar... não se cortar... e a gente foi... conversou... sentou... ficou muito bom conversando com ela... tentando entender e ela saiu melhor” (E10CAPS).

“mas a gente foi... conversou com ela... tentou escutar ela... viu o que estava acontecendo... deu um apoio pra ela...” (E10CAPS).

(3) Limites e desafios institucionais: Essa categoria nasce na necessidade de explicitar o cuidado como um processo que passa pela coletividade e pela ação multidisciplinar, pela rede de apoio e também pelas potencialidades do território enquanto produtor de cuidado, bem como o entendimento do CAPS como espaço de cuidado com autonomia e em liberdade, conferindo protagonismo ao usuário no seu tratamento. Dessa categoria emergem três unidades temáticas e suas respectivas unidades de registro.

“é trabalhar essa autonomia aceitação do sujeito... é... um grupo de vozes eu trabalhava muito isso né?... de aceitarem como eles são... seja escutando vozes seja na estrutura deles de qualquer jeito... né? então eu trabalhava muito isso” (E1CAPS).

“... a princípio o grupo de vozes foi criado pra... eles é... entenderem que tinha outras pessoas que escutavam VOzes... e aí eles começavam a se reconheCER... então trabalhar essa... aceitação da condição deles seja qual for... é... que não tem... né?...” (E1CAPS).

“esse trabalho também de aceitação de quem eles são eu acho que... é ele amplia muito... para aquele sujeito tá ali entendendo que ele precisa de tratamento né?... que ele precisa desse cuidado né?” (E1CAPS).

“é... e aprender a lidar como ele é... aceitar como ele é né?... não sendo uma anomalia... uma coisa... ruim como foi... criado né?” (E1CAPS).

“então acho que para ele aderir el/ele tem que ter essa autonomia... a gente tem que trabalhar essa autonomia” (E1CAPS).

“... se a gente quer trabalhar para ele dar continuidade a gente precisa trabalhar essa autonomia... o tempo todo...” (E1CAPS)



“os colegas acabam... fazendo esse paciente é... ficar mais dependente né? e isso é um... isso é uma crueldade sem tamanho né?... porque... a autonomia faz com que ele também maneje até a crise...” (E1CAPS).

“a falta de capacitação profissional voltada para essas ferramentas... eu acredito que essa seja uma das grandes limitações...” (E2CAPS).

“socar o cidadão dentro do serviço é institucionalizar... institucionalizar é um recurso manicomial... então... para além do CAPS... é... para além do que é pragmático... de reservar uma vaga para quando ele chegar... ficar em acolhimento... para além de colocar ele em atenção à crise... comunicar a ele que ele deve ir todo dia ao serviço... pra além de tudo isso... recorrer ao território... quem do território vai passar o olho nele se ele não for no CAPS?... chegou a hora de convocar essa galera” (E3CAPS).

“como que a gente melhora a adesão ao acolhimento?... transformando tudo que é dois em três e sucesso...” (E3CAPS).

“... aquilo que faz sentido pro sujeito... e aí... como é que a gente pode amarrar isso né?... baseando no cuidado em liberdade... é... é possível cuidar de uma crise estando atenta a essas redes né?... essas redes mais vivas né?... Que o sujeito vai amarrando no território...” (E4CAPS).

“não sei muito bem se é o usuário que tem que aderir alguma coisa né?... acho que a gente tem que se adequar ali ao que é possível pra ele” (E3CAPS).

“aumentar a adesão em situação de crise é você criar essa rede territorial de cuidado... porque a gente tem essa mania biomédica de achar que a adesão em situação de crise é o usuário estar socado... enfiado dentro do serviço...e não... o CAPS existe com o legado territorial...” (E3CAPS).

“sem vínculo não tem o que aconteça... pode ser ampliada a adesão ao acolhimento né?... eu acho... nesse ponto... isso é um pouco radical... eu acho que... a melhor forma... a forma mais potente que a gente vai ter de produzir uma adesão...” (E3CAPS).

“o usuário que eu percebia que a crise estava se apresentando é... aumentar a intensidade dele no serviço...” (E3CAPS).

“não é possível pensar no cuidado de CAPS sem estar atento ao território... né?...” (E4CAPS)

“o CAPS tava deixando tudo mais intenso... então retirar o sujeito do CAPS e ir pro território com ele foi importante...” (E3CAPS).

“então esses técnicos se formam... técnicos brutos né?... técnicos que querem saber fazer uma punção maravilhosa... fazer uma contenção perfeita... mas ali o tato do dia a dia... o olho no olho... senta aqui que eu vou te ouvir... isso não existe...” (E3CAPS).



“o usuário de um CAPS dois é acolhido num outro serviço que é três... e aí uma vez na semana o profissional de referência vai visitar... e aí se passa uma semana inteira num serviço desconhecido... isso dificulta porque a gente ainda aposta muito na medicação... e não estou aqui fazendo discurso antimedicação... adeus resperidona... não é isso... a única coisa que eu estou falando é que ao menor sinal de crise já pensam numa nova prescrição... e eu acho que nem sempre a nova prescrição vai dar conta da crise que tá chegando do sujeito... a manutenção do cuidado por causa do vínculo...” (E3CAPS).

“eu acho que muitas das vezes os CAPS estão muito cada vez mais voltados para si... para as suas emergências... suas pequenas emergências burocráticas... né?” (E4CAPS)

“eu acho que os CAPS têm se tornado cada vez mais desinteressantes e cada vez mais em pequenos ambulatorios... então... acho que é por isso que isso tem contribuído para uma dificuldade na adesão” (E4CAPS).

“... a gente acolhe... a gente escuta e aí a gente oferta o cuidado... muitas vezes eles não têm na família né?...” (E5CAPS).

“a gente fazia VD... mas ele não aceitava... então a gente tem esse acolhimento... tem esse cuidado... oferta as oficinas da preferência dele... o tratamento medicamentoso também... as terapias que são ofertadas também com os profissionais da psicologia... é de suma importância... isso faz com que eles se sintam acolhidos e se sintam bem... no dispositivo...” (E5CAPS).

“desenvolver autonomia... fazer com que eles se percebam como participantes da comunidade e não como coadjuvantes... porque... por muitas vezes... o universo... de modo geral... ele já marginaliza os pacientes de transtorno mental...” (E6CAPS).

“a gente não pode limitar ela a esse direito de ir e vir na rua...” (E6CAPS).

“estruturação de vínculo... pertencimento... integração nas atividades coletivas... referência dos técnicos... e quando essa referência é quebrada... a colocação de uma maneira em que o dispositivo é por ele... de um modo geral... fazer com que ele perceba que o dispositivo é um auxiliador como prioridade zero...” (E6CAPS).

“busca ativa... prioridade pra mim... é... a estruturação de procedimentos pra que a gente consiga ter um fluxo...” (E6CAPS).

“muitos dos usuários... eles não cumprem tratamento medicamentoso... então... alguns deles... é... eles não respeitam essa medicação... esse tratamento medicamentoso... então eles ficam alterados e não conseguem nem com o profissional de referência... é... escutar... principalmente quem está sem medicação...” (E5CAPS).

“o usuário acha que você precisa ter aquela escuta integral na hora que ele quer... então isso acaba sendo um dificultador do processo” (E6CAPS).



“a família entender a necessidade do paciente... né?... eu acho que o apoio da família... né?... o CAPS precisa acolher não só o paciente... mas a família... fazer com que a família entenda a necessidade também desse paciente...” (E7CAPS).

“acho que a gente tem que fazer um tratamento humanizado... sentar... bater papo... às vezes tem pessoa até que não gosta nem do toque... eu não me importo... eu abraço... eu falo... eu pego na mão... porque eles sentem necessidade disso né?... eles se sentem os excluídos... digamos assim né?” (E8CAPS).

“às vezes dependendo tem que ser um acolhimento diário... o paciente vir todos os dias para tomar medicamento” (E10CAPS).

“acolhimento diário... conversa... e de últimos casos... dependendo dos casos... SOS... enfim... mas normalmente é mais conversa... manejo de equipe né?... cada um ajudando e acolhimento diário se for necessário” (E10CAPS).





DISSERTACÃO LUCAS DA SILVA RAINERI COELHO - MESTRADO (PPGENF)

Data e Hora de Criação: 26/03/2026 às 17:50:02

Documentos que originaram esse envelope:

- DISSERTACÃO LUCAS DA SILVA RAINERI COELHO - MESTRADO (PPGENF).pdf (Arquivo PDF) - 145 página(s)



Hashs únicas referente à esse envelope de documentos

[SHA256]: c7c2c9b2f2aaf68302bd892bdfc63fb34358ae519e4d3ba57171ba72a9ab4c0

[SHA512]: bd9c8e92010816c8bcf379a9f538822300e13a23128e8e28acfe20126b3958acf1e3e97e4f79656bc3422363fed68e395c0110140552efdcc47437e890dc2725

Lista de assinaturas solicitadas e associadas à esse envelope



ASSINADO - Taís Veronica Cardoso Vernaglia (tais.vernaglia@unirio.br)

Data/Hora: 26/03/2026 - 17:51:50, IP: 191.33.28.24

[SHA256]: 46f13c3c150f01d4254ef815f113f41cf09528edb31fd6730faf9e07eab87c73

Assinatura Eletrônica Avançada (Conforme Lei nº 14.063/20, art. 4º, II)



Histórico de eventos registrados neste envelope

26/03/2026 17:51:50 - Envelope finalizado por tais.vernaglia@unirio.br, IP 191.33.28.24

26/03/2026 17:51:50 - Assinatura realizada por tais.vernaglia@unirio.br, IP 191.33.28.24

26/03/2026 17:51:47 - Envelope visualizado por tais.vernaglia@unirio.br, IP 191.33.28.24

26/03/2026 17:50:58 - Envelope registrado na Blockchain por ccbs_enfermagem@unirio.br, IP 191.33.28.24

26/03/2026 17:50:23 - Envelope encaminhado para assinaturas por ccbs_enfermagem@unirio.br, IP 191.33.28.24

26/03/2026 17:50:12 - Envelope criado por ccbs_enfermagem@unirio.br, IP 191.33.28.24

