



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**LORENA GALVÃO BARRETO DA SILVA**

**“MINHA VIDA VIROU PELO AVESSEO”: A EXPERIÊNCIA DE CRISE DE  
USUÁRIOS DE CAPS III NA CIDADE DO RECIFE**

**RECIFE**

**2024**

LORENA GALVÃO BARRETO DA SILVA

**“MINHA VIDA VIROU PELO AVESSEO”: A EXPERIÊNCIA DE CRISE DE  
USUÁRIOS DE CAPS III NA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wedna Cristina Marinho Galindo

**RECIFE**

**2024**

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Lorena Galvão Barreto da.

"Minha vida virou pelo avesso": a experiência de crise de usuários de Caps III na cidade do Recife / Lorena Galvão Barreto da Silva. - Recife, 2025.

112f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

Orientação: Wedna Cristina Marinho Galindo.

Inclui referências e apêndices.

1. Sofrimento psicológico; 2. Experiência de vida; 3. Serviços de saúde mental; 4. Serviços de urgência psiquiátrica. I. Galindo, Wedna Cristina Marinho. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

LORENA GALVÃO BARRETO DA SILVA

**“MINHA VIDA VIROU PELO AVESSEO”: A EXPERIÊNCIA DE CRISE DE  
USUÁRIOS DE CAPS III NA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 28/08/2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Wedna Cristina Marinho Galindo (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

---

Profª Drª Shirley Macêdo Vieira de Melo (Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

---

Profª Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dedico esta dissertação à minha mãe, Niédja, cuja força, amor e dedicação para comigo são a base de todas as minhas conquistas. E a minha avó, que embora não tenha tido a oportunidade de estudar, sempre valorizou o conhecimento, carregando até os dias atuais o desejo de aprender. Com todo o meu amor, respeito e gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Ao iniciar os agradecimentos desta dissertação, sou tomada por uma infinidade de sentimentos que me atravessam. Gratidão, felicidade, ansiedade, exaustão e alívio se misturam enquanto reflito sobre essa jornada. Cada etapa, cada obstáculo vencido, e cada apoio recebido evocam emoções. Com o coração repleto de gratidão, procuro, por meio das palavras, expressar a importância de todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

A Deus, por iluminar meus caminhos e permitir a realização de sonhos que, muitas vezes, vão além do que um dia imaginei.

A mim mesma, por ter persistido em meio à ansiedade e ao desgaste, seja acompanhada ou sozinha, especialmente durante as longas horas dedicadas à escrita. Nunca havia percebido como o ato de escrever pode ser solitário, repleto de desafios e carregado de inseguranças. Escrever é sobre fazer escolhas: o que dizer e quais palavras usar. Acima de tudo, escrever é sobre ser compreendida.

À minha família, especialmente à minha mãe, Niédja, e à minha avó, Lia, pelo amor e apoio incondicional. Eu jamais teria chegado até aqui sem vocês. Vocês são uma parte fundamental desta conquista. Aos meus irmãos, Larissa e Júnior, de quem me orgulho; e ao meu pai (*in memoriam*), Alcidésio, de quem sinto saudades. Onde quer que esteja, espero que esteja orgulhoso por mais esse passo dado. Amo todos vocês.

À Nati, minha companheira de vida, por ter sido meu suporte nos momentos mais desafiadores. Obrigada por estar ao meu lado nessa jornada e por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidava. Obrigada pelo apoio ainda maior nesses últimos dias intensos de conclusão da dissertação. Agradeço pelo afeto, atenção, cuidado, leveza e segurança que você me transmitiu. Amo você.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado durante este processo de incertezas, ansiedades e angústias. Agradeço a todos que compreenderam minhas ausências e falta de interação ao longo dessa jornada.

Ao meu querido pet, Luke, pela companhia constante, especialmente durante as noites de escrita, e pelas inúmeras alegrias que compartilhamos. Sua felicidade também me traz uma imensa alegria.

À Wedna Galindo, minha querida orientadora, pela orientação excepcional e pelo apoio contínuo durante toda essa trajetória. Sua sabedoria, disponibilidade, paciência, rigor e

senso de humor foram essenciais para a realização desta pesquisa. Sou profundamente grata pela orientação cuidadosa e por todo o aprendizado proporcionado. Foi uma honra tê-la como orientadora.

À Marcela Lucena (*in memoriam*), que participou da minha banca de qualificação, expresso minha profunda gratidão pelas valiosas contribuições ao desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por ter sido a pessoa e a profissional extraordinária que foi. Seu legado jamais será esquecido.

Às colegas do Grupo Frestas, pelas contribuições ao longo dessa trajetória e pelo apoio mútuo.

Às colegas plantonistas do Hospital Getúlio Vargas (HGV), que acompanharam a reta final da construção da dissertação e organizaram uma surpresa para comemorar meu aniversário com o tema “Da Capes ao Caps”.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa, que auxiliou no desenvolvimento da pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, Luís Felipe Rios do Nascimento e Shirley Macêdo Vieira de Melo, minha sincera gratidão pela disponibilidade em participar da banca e pelas contribuições na avaliação deste trabalho.

Ao Caps, pela abertura para a realização da pesquisa em suas instalações, pela colaboração ativa e pelo apoio das profissionais envolvidas.

A todos os usuários dos serviços de saúde mental, especialmente aos colaboradores desta pesquisa, que, com coragem e confiança, compartilharam suas experiências e sentimentos comigo. Meu mais profundo agradecimento; esta pesquisa é nossa!

## Minha sina

Ai meu compadre  
Vou contá o que aconteceu  
Numa terra em que meu Deus  
Desviou o seu olhar  
Eu que vivia numa cidade de louco  
Gente pobre condenada  
Há muita fome e muito mais  
E eu jogado que nem bicho  
Que nem lixo  
Debaixo de um viaduto  
Vivendo como animal  
Um certo dia  
Não aguentei tanta loucura  
Saí louco pela rua  
Nu em pelo a gritar  
Ai, ai, ai  
E me prenderam  
Me cuspiram, me bateram  
Mutilaram minha vida  
Me tiraram do lugar  
E me jogaram dentro de uma viatura  
Que pulava que nem mula  
Quando vai desembestar  
E me jogaram num lugar  
Cheio de muros  
No meio de muita gente  
Que era pra eu me curar  
Naquele pátio a minha cura demorava  
E era gente que andava  
E não saía do lugar  
Me colocaram  
Dentro de um quarto forte  
Onde eu vi a minha morte  
Me abraçando devagar  
Depois tomei descarga de eletrochoque  
Perdi todos os meus sentidos  
E acordei ainda lá  
O tempo corre, o tempo voa  
Mas não passa  
Tô perdendo a minha raça  
A vontade de lutar  
E todo mundo procurando a loucura  
Onde está a minha loucura  
A loucura onde é que tá  
Ai,ai,ai.  
(Luizinho Gonzaga)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Luizinho Gonzaga foi Terapeuta Ocupacional no Manicômio do Juquery, em São Paulo. Ele fundou o grupo musical "Loucos pela Vida" com pacientes, tornando-se uma liderança no Movimento de Luta Antimanicomial. A música faz parte do álbum "Terras do Juquery", lançado em 1994.

## RESUMO

A experiência de crise é inerente à condição humana e, em saúde mental, comumente é associada a intenso sofrimento. Temos respondido a esta situação com exclusão e isolamento (modelo biomédico) ou com respeito e convivência (modelo de atenção psicossocial). Este, influenciado pelo movimento mundial de reforma psiquiátrica, defende a desinstitucionalização e valoriza a experiência subjetiva das pessoas em sofrimento. A pesquisa buscou compreender a *experiência de crise* de usuários de Caps III na cidade do Recife. Com inspiração fenomenológica, a investigação entrevistou cinco usuários de Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Após transcrição literal, o material foi analisado pelo método fenomenológico descritivo, seguindo os passos: identificação do sentido geral; definição das unidades de significado; transformação das unidades em linguagem psicológica; redação do sentido da experiência de cada participante; redação da estrutura geral das experiências e interlocução com a literatura. Antes da crise, a vida é de autonomia, desempenho das atividades cotidianas, senso de competência e relacionamentos satisfatórios. Episódios de crise envolvem tristeza, medo, vergonha, solidão, além de despersonalização, sintomas psicóticos e comportamentos incontroláveis. A crise é uma ruptura abrupta na vida e mobiliza incompreensão do que se passa consigo mesmo. Envolve reconhecimento da própria condição e processos de superação de estigmatização e preconceito. Apoio social é importante recurso para lidar com a crise. Laços sociais podem ser rompidos e/ou fortalecidos. Em hospitais psiquiátricos, a atenção recebida é desumana e invasiva com presença de sentimento de desrespeito e violação de direitos. A atenção em Caps é acolhedora, respeitosa e com valorização das singularidades. Falar “com” as pessoas que sofrem e não “pelas” pessoas é uma das contribuições da pesquisa. Nossa pesquisa pretende contribuir para a superação do estigma associado às pessoas em sofrimento psíquico intenso. Que pesquisadores e profissionais de saúde valorizem vozes e experiências das pessoas com que trabalham, as quais convivem com descrédito, desqualificação e exclusão.

**Palavras-chave:** sofrimento psicológico; experiência de vida; serviços de saúde mental; serviços de urgência psiquiátrica.

## ABSTRACT

The experience of crisis is inherent to the human condition and, in the field of mental health, is often associated with intense suffering. Responses to this situation tend to follow two distinct models: exclusion and isolation (biomedical model) or respect and coexistence (psychosocial care model). The latter, influenced by the global psychiatric reform movement, advocates for deinstitutionalization and values the subjective experiences of individuals in psychological distress. This study aimed to understand the crisis experience of users of a Type III Psychosocial Care Center (Caps III) in the city of Recife. Inspired by phenomenology, the research involved interviews with five users of the Psychosocial Care Center. After literal transcription, the data were analyzed using the descriptive phenomenological method, following these steps: identification of the general sense; definition of meaning units; transformation of the units into psychological language; description of each participant's experience; synthesis of the general structure of experiences; and dialogue with the literature. Before the crisis, participants described lives marked by autonomy, engagement in daily activities, a sense of competence, and fulfilling relationships. Crisis episodes involved feelings of sadness, fear, shame, loneliness, as well as depersonalization, psychotic symptoms, and uncontrollable behaviors. The crisis is an abrupt rupture in life, often accompanied by confusion and a lack of understanding of oneself. It also entailed recognition of one's condition and processes of overcoming stigma and prejudice. Social support emerged as a crucial resource for dealing with crisis. Social ties could be either broken or strengthened. Psychiatric hospital care was described as inhumane and invasive, characterized by feelings of disrespect and rights violations. In contrast, care in Caps was experienced as welcoming, respectful, and attentive to individual uniqueness. Speaking *with* people in distress—rather than *for* them—is one of the central contributions of this study. This research seeks to contribute to overcoming the stigma surrounding individuals in severe psychological suffering. We encourage researchers and health professionals to value the voices and experiences of those they work with, who often face disbelief, devaluation, and exclusion.

**Keywords:** psychological suffering; lived experience; mental health services; psychiatric emergency services.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DS	Distrito Sanitário
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HGV	Hospital Getúlio Vargas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TRs	Técnicos de Referência
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 PERSPECTIVAS E ABORDAGENS DA CRISE EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>18</b>
2.1 Notas sobre a história da loucura	18
2.2 A crise na literatura científica	28
2.3 Atenção dispensada para as pessoas em situação de crise	36
<b>3 FUNDAMENTOS DA PESQUISA</b>	<b>42</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>50</b>
4.1 Procedimentos de construção de dados	53
4.2 Procedimento de tratamento e análise dos dados	54
<b>5 EXPERIÊNCIAS DE CRISE</b>	<b>56</b>
5.1 A experiência de crise me transformou em outra pessoa	56
5.2 A crise é uma experiência de perder-se de si mesma	59
5.3 A soma de experiências ruins me levou à crise	66
5.4 A crise tirou minha liberdade	68
5.5 Alguém pode me explicar o que aconteceu comigo?	70
<b>6 ESTRUTURA GERAL DA EXPERIÊNCIA</b>	<b>76</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>104</b>
APÊNDICE A – Tópicos para a Entrevista	104
APÊNDICE B – Carta de Anuência	106
APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	107
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112

## 1 INTRODUÇÃO

A ideia de formular esta pesquisa surgiu das minhas vivências a partir do cumprimento dos rodízios na Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Durante essa trajetória pude ouvir e perceber questões pertinentes de usuários<sup>2</sup> em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Nas atividades no Caps, escutei muitas histórias sobre o que comumente é chamado como *crise*. Os relatos de participantes da pesquisa eram diversos: alguns descreviam episódios dolorosos e repletos de lembranças negativas, enquanto outros viam esses momentos como transformadores, capazes de gerar novos modos de existência.

Minha experiência em um hospital psiquiátrico de Pernambuco – local para onde as situações de crises são comumente endereçadas – suscitou várias reflexões. Nesses momentos de crise, observei que os usuários muitas vezes se encontravam em um estado de assujeitamento, à mercê das intervenções dos profissionais. Paralelamente, os pacientes internados relatavam o desconforto com a hospitalização e a insatisfação devido à falta de atendimento às suas necessidades e preferências durante o período de internação. Essas vivências me motivaram a questionar o que as pessoas teriam a dizer sobre a experiência que as levou à emergência, caso fossem ouvidas.

A curiosidade em torno dessa questão me levou a desenvolver o Trabalho de Conclusão de Residência – TCR (Silva, 2021), sob a orientação de Marcela Adriana da Silva Lucena<sup>3</sup>. O TCR teve como objetivo analisar as perspectivas dos profissionais do Caps sobre a crise e as implicações práticas no atendimento. A partir dessa pesquisa, pude entrar em contato com as concepções que norteiam as práticas dos profissionais entrevistados, assim como as potencialidades e fragilidades que atravessam as suas atuações no cotidiano do serviço no manejo dessas situações críticas. Realizar essa pesquisa despertou em mim o interesse de explorar ainda mais esse fenômeno na pesquisa de mestrado, agora sob outro enfoque: a *experiência de crise* a partir da perspectiva do usuário que passou por ela.

---

<sup>2</sup>O termo "usuários" abrange todos os cidadãos que acessam o Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizam seus serviços em qualquer nível de atendimento. Esse termo será utilizado ao longo da dissertação para se referir a esse grupo de pessoas.

<sup>3</sup>Marcela Adriana da Silva Lucena foi psicóloga, sanitarista e doutora pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Ao longo de sua vida, destacou-se por sua brilhante atuação no âmbito do SUS, especialmente na saúde mental, em Pernambuco. Era uma pesquisadora com vasta experiência, reconhecida na área de políticas públicas, saúde mental, reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, redução de danos, desinstitucionalização e promoção dos direitos humanos. Sua Tese foi defendida no PPGPsi-UFPE com o título "*Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização psiquiátrica e as repercussões da desinstitucionalização*", no ano de 2020. Marcela foi uma defensora incansável do cuidado em liberdade e dos direitos e emancipação das pessoas em sofrimento mental.

Inerente à existência humana, a crise pode ser entendida como um intenso sofrimento, vivenciado pela pessoa em decorrência de um conflito consigo mesma (Brasil, 2013). Embora às vezes seja erroneamente considerada sinônimo de um “surto psicótico”, a crise abrange uma complexidade e diversidade de experiências que vão além de uma alteração temporária com sintomas visíveis. Ela envolve uma ampla gama de sensações, manifestações e processos internos, que podem variar significativamente de pessoa para pessoa.

Estar diante de uma pessoa em crise ainda pode causar nos profissionais de saúde, assim como na sociedade em geral, um distanciamento (Brasil, 2013). Esse comportamento pode ser atribuído, em parte, à longa história de segregação, isolamento e exclusão que permeia o tratamento de pessoas em sofrimento mental, frequentemente rotuladas ao longo do tempo como "doentes mentais" ou "loucas"<sup>4</sup>. Os indivíduos rotulados como loucos são aqueles que não se conformam às normas estabelecidas, desviando-se das regras de conduta consideradas apropriadas. Tanto a medicina quanto as ciências humanas utilizaram o poder para disciplinar e regular a população, através da imposição de normas e padrões para que, quando os loucos estivessem corrigidos e normalizados, pudessem retornar ao seio familiar (Silva, 2008; Da Silva Trujillo; Lemos e Sampaio, 2021). Ainda que identificar algo como patológico não se limita apenas à constatação de uma diferença em relação à norma, mas também envolve atribuir um valor negativo a essa diferença (Silva, 2008).

Essa trajetória histórica contribuiu significativamente para a persistência de estigmas profundos em relação à saúde mental. Esses estigmas não apenas afetam a forma como essas pessoas são percebidas pela sociedade, mas também influenciam as interações e o cuidado fornecido por profissionais de saúde. A atenção à crise era, anteriormente, concentrada em determinados campos de conhecimento, como a ciência psiquiátrica, que submetia as pessoas a tratamentos desumanos. A imposição de práticas de contenção, eletrochoques e até tortura,

---

<sup>4</sup>O termo “louco” empregado nesta dissertação se refere a todas as pessoas que historicamente foram diagnosticadas pelo saber médico. Muitos desses diagnósticos foram atribuídos de forma indevida, considera-se que isso tenha tido a influência de múltiplos fatores como a falta de compreensão sobre a saúde mental, preconceitos ou interesses mercantis dos industriais da loucura. Este termo, ao longo do tempo, foi utilizado no sentido pejorativo e desrespeitoso, o que corroborou para a exclusão das pessoas com transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico. Cabe destacar que o termo “louco” é colocado aqui de forma positiva como forma de combater o estigma e ressignificar a ideia que se tem da loucura.

por trás dos muros dos hospícios<sup>5</sup>, visava não o cuidado com o louco, mas sim esconder e controlar a sua loucura.

A retirada das pessoas de seu território e convívio para aprisioná-las em hospícios, retira também o poder de decidirem sobre a própria vida e o processo terapêutico, de forma a desconsiderar sua subjetividade, violar os seus direitos e os destituí-los de sua cidadania e potencialidade de vida (Ferro, 2009). Essa atuação do hospício passou a ser questionada e criticada, levando à conclusão de que os componentes institucionais e relacionais precisavam ser reformulados. Surgiram, então, marcos importantes para a reforma psiquiátrica, como a influência do processo de desinstitucionalização italiano liderado por Franco Basaglia, a greve dos profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978, que expôs as condições precárias de trabalho e situações de ameaça, violência e trabalho escravo nas instituições, e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1979 (Yasui, 2010; Amarante, 1995).

Nesse contexto, as discussões sobre a necessidade de reestruturação da assistência à saúde mental se intensificaram, resultando na proposta de um novo modelo de atenção. O modelo psicossocial, orientado pelos princípios dinâmicos e vivos da reforma psiquiátrica, propõe um cuidado humanizado e territorial, baseado em serviços comunitários (Amarante; Nunes, 2018). Nesta nova configuração, compreende-se a pessoa outrora nomeada louca como um sujeito de direitos, e não mais como um mero objeto do saber psiquiátrico reduzido à sua condição mental.

Considerando as notas apresentadas sobre os modelos manicomial e psicossocial na história brasileira de atenção à saúde mental, temos que as pessoas tiveram por anos a fio suas vidas mortificadas (modelo manicomial) e ao (re)adquirirem o direito à existência, tentam filiar-se ao seu território diante uma necessidade de pertencimento social a uma rede de apoio (modelo psicossocial).

Posto isto, realizar essa pesquisa que teve como foco a experiência das pessoas em crise é uma forma de abordar o sujeito como um ser histórico, ativo e possuidor de direitos. É explorar a sua relação com o mundo, assim como também as instituições sociais, considerando aspectos como autonomia do sujeito, empoderamento, saberes e as relações de

---

<sup>5</sup>Do latim *hospitium*, derivado de hospitalidade, o termo “hospício” originalmente designava na Idade Média, um local de acolhimento permanente para “enfermos pobres, incuráveis e insanos” (Brasil, 1965, p. 7). Posteriormente, passou a referir-se a instituições destinadas aos loucos (Holanda, 2011). Atualmente, o termo caiu em desuso devido a sua conotação pejorativa e estigmatizante, bem como a transformação dessa instituição no contexto da reforma psiquiátrica. No entanto, permanece sendo lembrado como parte da história da loucura, associado a práticas institucionais marcadas pela segregação e pela violação de direitos. Hoje os serviços voltados ao cuidado em saúde mental são denominados hospitais psiquiátricos ou Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com enfoque no tratamento em liberdade e na reinserção social.

poder que definem e sustentam o que é uma crise e como lidar com ela. Reconhece-se a importância deste estudo por valorizar a experiência vivida dos sujeitos, promovendo um maior exercício de autonomia e expressão, desafiando as concepções estigmatizadas sobre pessoas com transtornos mentais como incapazes, insuficientes e incompetentes (Nascimento; Leão, 2019).

Considerando o cenário descrito, o **objetivo geral** desta pesquisa consiste em compreender a *experiência de crise* de usuários de Caps III na cidade do Recife. E como **objetivos específicos**: descrever a história de vida dos participantes; discorrer sobre como cada participante se percebia antes das crises; identificar os sentidos da *experiência de crise* para os participantes da pesquisa e identificar práticas de cuidado durante essas experiências.

A dissertação está organizada em sete capítulos. Neste primeiro capítulo, o contexto geral do estudo é apresentado, além de destacar: a origem do interesse pela temática, o problema de pesquisa, a importância do tema e o delineamento dos objetivos. No capítulo seguinte, apresentamos a revisão da literatura existente relacionada ao tema, com a discussão de teorias, conceitos e pesquisas anteriores que são relevantes para o estudo. No capítulo três constam os fundamentos da investigação. O capítulo quatro descreve como o estudo foi realizado, incluindo detalhes sobre o local, os participantes, os instrumentos de coleta de dados, os procedimentos, o método de análise e os cuidados éticos adotados. O capítulo cinco apresenta os resultados da pesquisa. No seguinte, os resultados são interpretados e discutidos com base na literatura científica. Por fim, o sétimo capítulo apresenta as considerações finais, sintetizando os principais achados do estudo.

## 2 PERSPECTIVAS E ABORDAGENS DA CRISE EM SAÚDE MENTAL

Neste capítulo são apresentadas referências sobre a saúde mental e a experiência da pessoa em sofrimento psíquico intenso, comumente nomeada de *pessoa em crise*. O conteúdo está dividido em três tópicos, a saber: referências à história da loucura, a crise na literatura científica e a atenção dispensada às pessoas em sofrimento psíquico.<sup>6</sup>

### 2.1 Notas sobre a história da loucura

O tema da loucura vem sendo discutido ao longo dos séculos, a partir de diferentes concepções, sendo entendida a partir de explicações de ordem mitológica, passional, psicológica, demoníaca e patológica (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014). Sua definição varia conforme a sociedade, a época e a cultura, refletindo uma construção social dinâmica. Historicamente, o fenômeno da loucura, manifestou-se em diferentes contextos, não se restringindo apenas aos hospitais, mas permeando outros espaços, com transformações que perduram até os dias atuais. Na Grécia Antiga, a loucura era considerada um privilégio, frequentemente vista com reverência e admiração, por ser entendida pelos poetas como uma manifestação dos deuses, sendo assim valorizada (Alves *et al.*, 2009; Pessotti, 1994).

Entretanto, na Idade Média, diferentemente da antiguidade, em que a loucura era vista como algo divino, a concepção sofreu uma transformação radical. A loucura passou a ser associada à possessão demoníaca (Silveira, 2009). Indivíduos considerados loucos eram marginalizados e condenados a uma existência miserável e desumana. Sofriam tratamentos cruéis, como acorrentamento, exposição ao frio e à fome, e, em casos extremos, eram executados na fogueira, sendo vistos como hereges (Brasil, 2003a). Os loucos não tinham acesso aos sacramentos e também eram impedidos de frequentar a igreja (Canova, 2011). Durante este período, os hospitais foram criados como instituições de caridade. Derivado do termo latino "*hospitale*", que significa lugar onde as pessoas são hospedadas, os hospitais

---

<sup>6</sup> Não se pretende, nesta dissertação, realizar uma discussão aprofundada sobre o termo mais adequado para se referir a complexa experiência da crise. Reconhecemos que há múltiplos termos utilizados na literatura científica, nos discursos dos profissionais e na sociedade para descrever esse fenômeno, como "crise psicológica", "crise psiquiátrica", "crise psíquica", "sofrimento intenso grave" ou outros. A diversidade de terminologia explicita o campo de disputas em torno da questão. Optamos por utilizar o termo "crise" ao longo deste trabalho, pois ele é amplamente empregado e reconhecido nos serviços de saúde, nos relatos de usuários, familiares e profissionais, bem como na sociedade em geral. Em determinados momentos, no entanto, respeitamos os termos utilizados pelos autores referenciados e, especialmente, pelos participantes da pesquisa, que nas entrevistas ora se referiam a experiência como "crise", ora como "surto". Essa escolha visou preservar a fidelidade às contribuições teóricas e aos relatos dos participantes, valorizando suas vivências e as suas formas de expressão.

representaram uma evolução significativa em termos de assistência social e cuidado para os mais necessitados. Além de proporcionar moradia e alimentação, ofereciam assistência religiosa a marginalizados, como mendigos, desabrigados, doentes, pobres e também os loucos (Amarante, 2007).

Os loucos, no entanto, eram esconderados da sociedade. Uma prática comum de exclusão era conhecida como “*Nau dos Loucos*” ou “*Nau dos Insensatos*”, descrita por Foucault (1972), em sua obra “*História da Loucura*”. Eles eram entregues a marinheiros e embarcados em navios, sendo enviados para lugares longínquos:

[...] em Frankfurt, em 1399, encarregam-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. Às vezes, os marinheiros deixavam em terra, mais cedo do que haviam prometido, esses passageiros incômodos; prova disso é o ferreiro de Frankfurt que partiu duas vezes e duas vezes voltou, antes de ser reconduzido definitivamente para Kreuznach. Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos (Foucault, 1972, p. 13).

Os loucos, considerados incômodos e indesejáveis, eram removidos de suas comunidades, deixando suas cidades de origem “livres” de suas existências, que eram relegadas ao esquecimento:

Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão. É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali “perdidos”, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários (Foucault, 1972, p. 15).

A exclusão dos loucos, nessa época, assemelha-se ao processo vivenciado anteriormente pelos leprosos, que também foram expulsos de suas comunidades. Vistos como ameaças à saúde pública, os leprosos eram isolados em leprosários para conter a doença e evitar o risco de contaminação. O aprisionamento dos leprosos carregava “significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais” (Foucault, 1972, p. 61), já que o saber médico ainda não havia se apropriado das causas das doenças nem das ações terapêuticas adequadas (Pinto, 1995). Nesse contexto, a lepra cedeu lugar à problemática da loucura:

[...] é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura [...] (Foucault, 1972, p. 12)

Essa exclusão também se manifestava por meio do discurso, como podemos constatar na obra “*A ordem do discurso*” de Foucault (1996). O filósofo analisa os mecanismos de exclusão como ferramentas que têm o papel de silenciar, marginalizar e controlar determinados discursos. Foucault identifica três mecanismos: a *interdição*, que regula o que pode ou não pode ser dito, dependendo do indivíduo e das circunstâncias; a *vontade de verdade*, que estabelece a distinção entre o verdadeiro e o falso; e a *separação e rejeição*, que diferencia a razão da loucura ou rejeita o discurso proferido pelo louco. Destacamos aqui o mecanismo da *separação* ou *rejeição*, que, na Idade Média, o discurso do louco era frequentemente desqualificado e excluído:

[...] é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade, nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato, não podendo nem mesmo, no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo; [...] É curioso constatar que durante séculos na Europa a palavra do louco não era ouvida, ou então, se era ouvida, era escutada como uma palavra de verdade. Ou caía no nada - rejeitada tão logo proferida; ou então nela se decifrava uma razão ingênua ou astuciosa, uma razão mais razoável do que a das pessoas razoáveis. De qualquer modo, excluída ou secretamente investida pela razão, no sentido restrito, ela não existia. Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas. (Foucault, 1996, p. 10)

Pode-se observar que o poder está intimamente ligado à produção e ao controle do saber. Através do discurso dominante, saberes alternativos e vozes marginalizadas são silenciados e deslegitimados, assim como Canova (2011, p. 146) também afirma que “O discurso do louco não pode ser proferido como o dos outros, sua palavra não é acolhida como verdadeira nem tem importância social ou de defesa jurídica”. Essa invisibilidade reforça a perpetuação da exclusão do “outro”, refletindo um processo sócio-histórico em relação à loucura. Essa exclusão se intensifica com a criação de instituições de reclusão no século XVII. Nesse período, Foucault (1972) descreve o surgimento de grandes espaços de internamento, como “Hospital Geral”, a “Grande Internação” ou o “Grande Enclausuramento” (Amarante, 2007). O hospital passa a ter a função de corrigir e punir aqueles considerados socialmente inadequados e incômodos, como delinquentes, miseráveis e perversos, sendo este também o destino da loucura (Lancetti; Amarante, 2006). Milhares de pessoas foram reclusas, e os loucos eram frequentemente mantidos sob correntes, devido à sua representação de periculosidade (Canova, 2011).

Com a chegada da Revolução Francesa no século XVIII, profundas transformações

políticas, sociais e econômicas ocorreram, simbolizadas pelo lema “*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*”. Esse período histórico teve um impacto na promoção dos direitos humanos, na democratização dos espaços sociais e nas mudanças na assistência à saúde, incluindo a transformação dos hospitais em instituições médicas, tendo como um dos esforços a melhoria das condições sanitárias dentro das instituições (Lancetti; Amarante, 2006). Entre as figuras centrais nesse processo de reforma, destaca-se o médico francês Philippe Pinel. Durante sua atuação nos hospitais de Bicêtre, destinado a homens, e Salpêtrière, destinado a mulheres, ambos em Paris, Pinel testemunhou cenas desoladoras e impactantes de loucos confinados e em contenção. Como diretor desses hospitais, ele implementou mudanças significativas com o objetivo de transformar os manicômios em instituições de tratamento, conferindo-lhes um caráter médico, em vez de meramente filantrópico (Amarante, 1995).

Pinel decidiu então remover as correntes dos pacientes, resgatando-os dos porões e libertando-os das camisas de força, o que representou um avanço para a época. No entanto, optou por mantê-los institucionalizados, criando uma espécie de “ilusão de liberdade”, já que, embora estivessem livres das restrições, ainda estavam sob constante vigilância e controle (Moreira, 1905 *apud* Amarante, 1995, p. 27). Nesse contexto, Pinel fundou o “alienismo”, uma especialidade médica pioneira dedicada ao estudo da loucura, que precedeu o desenvolvimento da psiquiatria. Devido à sua contribuição para o avanço dessa disciplina, o título de “pai da psiquiatria” lhe foi atribuído. Assim, a loucura, que inicialmente era abordada pela filosofia, passou a ser incorporada ao saber médico, tornando-se também objeto da medicina, que com a “possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria” (Amarante, 1996, p. 39).

Pinel usou o termo “alienação mental” para se referir a loucura, definindo-a como uma forma desmedida de paixão (Amarante, 1995). A palavra “alienação” deriva do latim “*alienare*”, que significa um estado de separação do indivíduo em relação à sua própria razão e a realidade social. O alienado experimenta uma desconexão com sua identidade e consciência, uma espécie de “perda de si mesmo”, manifestando alterações significativas em seu funcionamento, como se assumisse uma distinta identidade. Essa condição era estigmatizante e frequentemente determinava a exclusão das pessoas em sofrimento mental, pois, como destacam Lancetti e Amarante (2006, p. 19), “nomear alguém de alienado poderia significar dizer que ele estava incapaz de participar da sociedade”. Além disso, essa designação implicava a perda do direito fundamental da liberdade, pois a alienação era compreendida como “[...] o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio. Se alguém é alienado, isto é, se não se lhe

pertence, não há razão, não há liberdade” (Amarante, 1995, p. 44).

Dessa forma, Pinel instituiu o denominado *tratamento moral*, que consistia em: “[...] uma soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica” (Amarante, 2007, p. 32). Como parte desse tratamento, Pinel propôs o isolamento dos loucos, ou seja, dos alienados, do mundo exterior como uma estratégia terapêutica. Ele acreditava que a causa da alienação mental era de natureza social e que afastar o indivíduo de seu ambiente externo era essencial para evitar interferências que pudessem prejudicar a observação e análise científica das patologias. Além disso, o isolamento serviria para reorganizar o paciente (Lancetti; Amarante, 2006).

O isolamento permitia aos alienistas identificar e agrupar os pacientes com base em características comuns, além de observar os sintomas, descrever e analisar as patologias de forma mais controlada e sistemática. Essa descrição incluía, conforme Amarante (1996, p. 41), “os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente”. A partir dessas observações, os alienistas estabeleciam um padrão de normalidade, criando uma “norma” a ser seguida. Qualquer pessoa que desviasse dessa norma era considerada “diferente” e classificada dentro dos parâmetros da loucura. Segundo Amarante (1996), a prática de isolar e excluir reflete um problema estrutural profundo na sociedade, evidenciado pela dificuldade histórica de lidar e conviver de maneira inclusiva com a diferença. Sobre isso, Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 16) também observam que “temos uma barreira quase insuperável para conviver com o outro, diferente, louco; só admito a sua existência fora do manicômio se ele estiver em espaços segregados, controlados por rótulos.” Isso demonstra a dificuldade significativa que a sociedade tem em aceitar aqueles que não se encaixam em seus padrões, além de evidenciar uma tolerância ao louco apenas quando ele está sob controle e restrito a locais específicos, delimitados por rótulos que separam o louco do dito normal.

Este estudo culminou na elaboração do “*Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*”<sup>7</sup>, escrito por Pinel e publicado em 1801, após seu período como diretor do hospital de Bicêtre. Nessa obra, Pinel explora a compreensão, descrição e explicação da alienação mental, além dos métodos de tratamento propostos, estabelecendo um marco significativo

---

<sup>7</sup>Pinel, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1801). Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental, 7(3), 117–127. 2004 <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003012>

para o desenvolvimento da psiquiatria (Lancetti; Amarante, 2006; Oliveira, 2014). No entanto, longe de ser uma instituição destinada ao cuidado, o hospital psiquiátrico logo foi denunciado por cometer violências e violações dos direitos das pessoas em sofrimento mental (Lancetti; Amarante, 2006).

Ao definir e classificar a loucura, a psiquiatria passou a deter o conhecimento e a autoridade na avaliação e cuidado dos pacientes. No século XIX, foram estabelecidas justificativas para o isolamento dos pacientes, com base em cinco razões identificadas pelo psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol: “[...] 1) assegurar sua segurança pessoal e a de suas famílias; 2) liberá-los das influências externas; 3) vencer suas resistências pessoais; 4) submetê-los à força a um regime médico; 5) impor lhes novos hábitos intelectuais e morais” (Foucault, 1997, p. 54-55). Submetidos a essa condição e inseridos em uma relação desigual de poder, os loucos, considerados “objetos do saber”, ficavam à mercê das decisões dos médicos, cuja presença era imprescindível nas instituições (Da Silva Trujillo; Lemos; Sampaio, 2021). Privados de seus direitos mais básicos, esses indivíduos tinham apenas um dever: obedecer, sem voz nas decisões sobre seus próprios tratamentos ou condições de vida. Esse jogo de poder é fundamental na história da constituição da psiquiatria clássica:

“Sobre teu sofrimento e tua singularidade, sabemos bastante coisas (de que não duvidas) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos bastante essa doença para saber que não podes exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental.” (Foucault, 1997, p. 56)

A exclusão, como estratégia, predominou no século XX para lidar com a loucura, conforme refere Resende (1987, *apud* Yasui, 2010). Esse modelo de assistência foi influenciado pelo saber-poder biomédico e pelos interesses mercantis do Estado (Ururahy, 2014 *apud* Coelho; Rodrigues; Silva, 2021). Nesse contexto, onde a loucura é tratada como um objeto da medicina, o manicômio é definido como uma *instituição total*, instituído, segundo Goffman (1961, p. 16) para "cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade", englobando não apenas os loucos, mas também tuberculosos e leprosos. Com suas características de fechamento, controle e vigilância, essa instituição assume um papel disciplinador e segregador, sob a justificativa de tratar a loucura de pessoas em sofrimento psíquico.

Para Amarante (1995), o louco enfrenta um paradoxo entre a invisibilidade e a visibilidade. Por um lado, ele se torna invisível ao ser excluído do espaço social por não se enquadrar nas normas estabelecidas. Contudo, ao passo que é retirado, ele é reintroduzido

pela sociedade em um novo lugar, à margem, carregando uma identidade estigmatizada e repleta de representações negativas. Por outro lado, dessa “invisibilidade visível”, o louco é visível apenas como objeto de estudo e intervenção por parte das instituições. Como objeto de intervenção, essas pessoas enfrentam uma falta de reconhecimento de sua individualidade. Essa dinâmica complexa perpetua a marginalização das pessoas com transtornos mentais, limitando suas oportunidades de vida e impedindo uma verdadeira inclusão social.

No contexto brasileiro, a abordagem em relação à loucura manteve-se similar a de outras épocas. A internação era destinada a pessoas que possuíam diagnóstico de transtorno mental e também para os usuários de substâncias psicoativas, pessoas de orientação sexual homoafetiva, militantes políticos, mães solo e qualquer pessoa que contrariasse a ordem social. As instituições foram criadas com a finalidade de isolar essas pessoas sob o pretexto de oferecer tratamento e assistência. Em 1852, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício Pedro II, com o lema "aos loucos o hospício" (Yasui, 2010, p. 26), seguido pelo Hospício de Juqueri, em São Paulo, em 1898. Com o tempo, esses hospitais enfrentaram problemas semelhantes aos de outras instituições psiquiátricas do país, como superlotação e tratamento desumano dos pacientes. Essas práticas geraram críticas quanto às condições precárias e às violações dos direitos humanos enfrentadas pelos internos, refletindo uma abordagem predominantemente repressiva e estigmatizante da saúde mental da época.

Uma contribuição essencial para a reformulação da assistência à saúde mental humanizada foi realizada pelo psiquiatra Franco Basaglia, pioneiro do movimento de reforma psiquiátrica na Itália. Sua experiência nas cidades de Trieste e Gorizia, a partir da década de 1960, exerceu uma influência revolucionária em todo o mundo, inclusive no Brasil. Basaglia, crítico da psiquiatria tradicional, propôs uma visão radicalmente diferente do papel do médico, da instituição manicomial e do conceito de loucura. Em sua perspectiva, o poder do médico era a força motriz por trás do manicômio, e a lógica hierárquica e centralizada no saber psiquiátrico era insuficiente para abordar a complexidade do fenômeno da loucura (Bueno, 2023; Amarante, 1994).

Franco Basaglia, ao visitar o Hospital Colônia em Barbacena, Minas Gerais, ficou impressionado com as condições desumanas que encontrou. Após a visita, ele comparou o local a um "campo de concentração nazista" (Basaglia, 1979 *apud* Arbex, 2013, p. 15), evidenciando a tragédia que testemunhou. A violência e o tratamento desumano observados sustentaram décadas de experiências opressivas. Fundado em 1903, o Hospital Colônia inicialmente visava oferecer assistência a pessoas com transtornos mentais. Contudo, na

prática, seus objetivos se desviaram drasticamente, e a maioria dos internados não apresentava transtornos mentais. Qualquer pessoa indesejada pela sociedade poderia ser enviada para a Colônia, bastando que uma pessoa com autoridade decidisse pelo seu internamento. Juntamente com os Hospícios de Juqueri e Pedro II, o Hospital Colônia foi uma das principais instituições psiquiátricas do Brasil, abrigando muitos considerados loucos. Arbex (2013) revela a história do Hospital Colônia através de imagens, relatos e histórias de pessoas que sofreram com tratamentos nocivos e viveram na pele a dor e o sofrimento físico e emocional impostos pela instituição. Essas histórias, muitas vezes silenciadas nas páginas da história da loucura, mostram como essas pessoas foram invisibilizadas e deslegitimadas. O aprisionamento imposto pela instituição psiquiátrica cerceou a vida de milhares de pacientes, que tiveram não só os seus direitos violados, mas também suas identidades destruídas e humanidades destituídas.

Na psiquiatria tradicional, a doença mental era o centro das atenções, definindo o indivíduo e ditando o curso do tratamento. Os pacientes sofriam um processo de despersonalização no manicômio, perdendo sua identidade pessoal e autonomia, sendo tratados como meros números ou sintomas a serem controlados. Sua individualidade era desconsiderada e suas vozes silenciadas, enquanto a subjetividade – sua maneira única de sentir, pensar e experienciar o mundo – era frequentemente ignorada. Conforme descrito por Lancetti e Amarante (2006, p. 22), “a psiquiatria afastou-se dos doentes, ou seja, dos sujeitos concretos das experiências de sofrimento, e passou a tratar das doenças como algo que envolvia as pessoas, como uma infecção ou traumatismo”. Em contraste com essa forma de operar, Basaglia propôs um paradigma radicalmente diferente: colocar a doença entre parênteses. Isso não significava negá-la, mas sim considerá-la como uma parte da complexa experiência humana, não mais sua definição exclusiva. Assim, Basaglia deslocou o foco da categorização para a compreensão da experiência individual dos usuários como utilizadores do serviço público, não mais como “doentes”. Ele valorizava a totalidade do sujeito, abordando sua existência-sofrimento, trajetória de vida, subjetividade, projetos e desejos. Essa abordagem não apenas restabeleceu a dignidade dos pacientes, mas também reconheceu sua condição de saúde mental dentro de um contexto mais amplo e humanizado.

Basaglia desafia respostas já consolidadas e aparentemente óbvias, tanto na ciência quanto na sociedade em geral, ao questionar, por exemplo, o que define a doença mental (Amarante, 1995). Ao fazer isso, ele abre espaço para um diálogo sobre a loucura, explorando novas concepções, questionando normas e critérios obsoletos, integrando assim novos aspectos. Portanto, é fundamental problematizar o que já está estabelecido, pois a realidade

está em constante transformação. Revisitar definições pode catalisar mudanças e levar a uma compreensão mais abrangente do fenômeno.

De acordo com Lobosque (2001), um dos princípios do movimento antimanicomial é *a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral*. Sobre isso, a autora argumenta que a subjetividade, frequentemente negada e excluída pelo paradigma manicomial, está intimamente ligada à individualidade humana, sendo moldada por sua história de vida, experiências e características únicas. Lobosque enfatiza que as experiências da loucura são diversas e complexas, possuindo sentidos plurais e seguindo diferentes trajetórias:

[...] reconhecemos as experiências da loucura não como uma aberração ou déficit, mas como experiências legítimas e passíveis de reflexão do corpo, da existência, do pensamento. São experiências perturbadoras porque podem romper com sentidos estabelecidos; no entanto, em certos casos, podem também abrir novas possibilidades de significado, permitindo reconstruções inimagináveis" (Lobosque, 2001, p. 22).

Essa abordagem busca valorizar a riqueza e a potencialidade transformadora das vivências da loucura, contrapondo-se à visão patologizante e estigmatizante predominante na psiquiatria tradicional.

Segundo Lobosque (2001), o processo de reforma psiquiátrica enfrenta desafios significativos. Além dos preconceitos sociais arraigados contra a loucura e da resistência dos setores psi às mudanças, frequentemente percebidas como uma ameaça aos seus interesses e uma deslegitimação de sua autoridade científica, destaca-se um terceiro obstáculo: a *indústria da loucura*, impulsionada pela mercantilização da saúde mental. Com o manicômio estabelecido como o principal local para tratar a loucura, houve um aumento vertiginoso de hospitais e leitos psiquiátricos no Brasil. Especialmente no período da ditadura militar, empresas privadas com interesses políticos e econômicos nesse setor cresceram rapidamente, visando lucrar com o sofrimento psíquico por meio da medicalização excessiva e de internações indiscriminadas de pessoas com questões de saúde mental. Nesse período, a psiquiatria tornou-se um negócio lucrativo e, por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produziu diagnósticos e determinou internações remuneradas pelo setor público (Tenório, 2002; Yasui, 2010).

A partir da segunda metade do século XX, tornou-se evidente que a abordagem de reclusão não estava apresentando resultados satisfatórios no cuidado da saúde mental. Diante dessa constatação, a ineficácia, a insuficiência e a cronificação do modelo biomédico foram criticadas no Brasil pelo MTSM, estabelecido em 1978. Inicialmente constituído por

trabalhadores da saúde, o MTSM passou por uma ampliação e se tornou um movimento social plural, incorporando pessoas com transtornos mentais, familiares, outros movimentos sociais e instituições acadêmicas (Brasil, 2005; Amarante, 1995). Como parte integrante do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o MTSM criticou a política psiquiátrica do país e liderou lutas por um redirecionamento da assistência à saúde e pela humanização nos serviços, buscando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social (Amarante; Nunes, 2018). Além disso, o movimento buscou melhorias nas condições de trabalho nas instituições (Amarante, 1995). Com o aumento dos movimentos em direção à democratização, a luta pela cidadania de todos, especialmente daqueles que tiveram seus direitos violados e suas liberdades restritas, constitui-se como algo fundamental.

Anos mais tarde, em 1987, ocorreu na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, o II Congresso Nacional do MTSM, com o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Durante esse congresso, o compromisso com as proposições da reforma foi reafirmado, e surgiram as primeiras iniciativas para operacionalizar o processo de reforma. O evento contou com a participação de usuários e diversos segmentos da sociedade, favorecendo a criação de um movimento social mais amplo, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Ainda em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, que promoveu discussões sobre saúde, desigualdades sociais e efeitos do saber psiquiátrico (Arraes *et al.*, 2012). Destaca-se também, no mesmo ano, a criação do primeiro Caps Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, com uma equipe composta por profissionais de distintas áreas de formação. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos iniciou uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, uma instituição psiquiátrica, com o objetivo de descaracterizar o aparato manicomial devido às atrocidades ocorridas no local (Brasil, 2005; Yasui, 2010). As reivindicações ocorridas após a década de 1970 desencadearam a criação de políticas públicas orientadas pela lógica de uma atenção psicossocial, inspirada nos preceitos do movimento de reforma psiquiátrica (Amarante, 1995).

Com a nova configuração, que adota uma abordagem mais abrangente e multifacetada, surgem outras possibilidades importantes para a construção do cuidado, no que concerne à transformação social e à produção de vida. Conforme descrito por Amarante (1996, p. 11):

A esse sofrimento, que se revela cada vez mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, ocorre responder com estruturas e serviços que consintam formas de cura e de assistência que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem uma mudança de cultura e de política mais social que sanitária.”

Como marco legal da reforma psiquiátrica brasileira, temos a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, de nº 10.216/2001 (Brasil, 2001). Iniciativa do deputado Paulo Delgado, o projeto tramitou por 12 anos no Congresso Nacional antes de ser aprovado. A lei regulamenta o asseguramento e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, promovendo a expansão dos serviços substitutivos de base comunitária e a extinção progressiva dos manicômios. Inclusive, o texto traz em seu artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” e seu parágrafo primeiro indica que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Brasil, 2001), devolvendo a dignidade da vida ao inserir o paciente em seu território. A Portaria nº 336 (Brasil, 2002) regulamenta o funcionamento dos Caps e a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses documentos são importantes na consolidação de políticas públicas cujos equipamentos de atenção à saúde mental são substitutivos aos manicômios. Atender pessoas em sofrimento psíquico e manejar situações de crise com o objetivo de evitar o grande número de internações, orienta as mudanças que temos acompanhado no país (Brasil, 2005).

## **2.2 A crise na literatura científica**

A palavra “crise”, proveniente do grego “*krísis*”, refere-se a um momento decisivo e crítico (Fialho, 2015; Brasil, 2013). De acordo com a história da Medicina, em épocas passadas, certos momentos eram considerados decisivos para o desfecho de uma doença, podendo resultar em cura ou fatalidade. No contexto da cultura chinesa, esses momentos eram vistos como uma dualidade entre risco e oportunidade, com potencial tanto para a melhora quanto para novos desafios (Brasil, 2013).

Essa compreensão histórica e cultural da crise demonstra sua complexidade e multiplicidade de significados, o que reforça a dificuldade em estabelecer uma definição única, como apontam Dell’Acqua e Mezzina (1991). Os autores destacam que qualquer tentativa de descrever a crise deve considerar tanto a organização da instituição psiquiátrica quanto o contexto histórico em que está inserida. Além disso, ressaltam que “[...] os problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos de vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico” (p.53). Para identificar e caracterizar uma situação como crise, eles indicam cinco parâmetros principais: ruptura das relações familiares e sociais, grave sintomatologia psiquiátrica, recusa de intervenções, recusa

de contato com a equipe de saúde e situações de alarme no contexto familiar e/ou social.

Entre as formas de compreender a crise, temos a visão tradicional, ancorada na perspectiva psicopatológica, que a considera um fenômeno agudo de início e término repentino, podendo ocorrer em quadros orgânicos, comportamentais, afetivos e psicológicos (Dalgalarrodo, 2008). Para o modelo biomédico, os processos patológicos são interpretados à luz do enquadramento de sintomas aos critérios diagnósticos. A crise em saúde mental tem sido percebida como uma disfunção grave decorrente da doença (Amarante, 2007), caracterizada pela agudização dos sintomas, como agitação psicomotora, delírios, alucinações, agressividade, entre outros (Willrich, 2016).

Nessa perspectiva, a crise muitas vezes é associada a comportamentos que despertam medo e insegurança na sociedade. A crise é abordada por Kinoshita (2008 *apud* Willrich *et al.* 2011, p. 48) como a face “enraivecida” da loucura, que, devido ao potencial para comportamentos agressivos e à intensa exaltação de força, gera um sentimento de medo baseado na percepção de periculosidade. Além da agressividade, Willrich *et al.* (2011) identificam outros sintomas associados à crise como alucinações auditivas e visuais, delírios e agitação psicomotora. Para os autores, é fundamental compreender a crise como um momento agudo e singular, carregado de complexidade e que abrange diversos aspectos da vida do indivíduo, além dos sintomas apresentados. Em vista disso, a crise exige uma atenção cuidadosa. A crise, apontada como a própria manifestação da doença, quando revelada é malquista pela sociedade, resultando em reclusão e ao estabelecimento de relações de controle e tutela sobre o indivíduo. Essas medidas evidenciam o preconceito e os estereótipos associados à pessoa em situação de crise.

Esse estigma também se reflete na forma como os indivíduos vivenciam e descrevem suas próprias crises. Em consonância a isso, no estudo de Zanetti e Peres (2011), que analisaram o material clínico de uma paciente com diagnóstico de transtorno de pânico, uma “modalidade de sofrimento psíquico” (p. 90), a crise foi descrita pela paciente como a manifestação de sintomas físicos, como sudorese, taquicardia e tremor, e sintomas psíquicos, como despersonalização e desrealização. Além disso, os “ataques” (p. 93), como a paciente se refere à crise, também causam dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Em razão dessas manifestações, Borges *et al.* (2012) consideram a crise uma condição clínica que demanda atendimento psiquiátrico imediato, já que todos os mecanismos de enfrentamento do indivíduo, comumente utilizados, foram esgotados.

Documentos oficiais brasileiros também contribuem para a compreensão da crise em saúde mental. A crise é abordada no Caderno de Atenção Básica, nº 34 (Brasil, 2013), no

tema Saúde Mental, onde são descritas características e expressões comuns em situações de crise, assim como os sentimentos envolvidos tanto para a pessoa em crise quanto para aqueles ao seu redor. As características incluem um estado de agitação, falta de controle, confusão e um comportamento que representa perigo para si ou para os outros. As expressões são marcadas por sofrimento emocional, vulnerabilidade e isolamento social. Os sentimentos que permeiam essa experiência refletem ansiedade, medo, sensação de ameaça e preocupação com o que está acontecendo e com o futuro, criando um ambiente de tensão e desconforto. Nessas situações, as pessoas podem enfrentar dificuldades para se comunicar claramente e expressar seus sentimentos e necessidades, essa combinação aumenta a complexidade da situação e cria uma sensação intensa de urgência.

As manifestações da crise psíquica podem se expressar por meio de alterações comportamentais e psíquicas que comprometem o funcionamento e o bem-estar do indivíduo, podendo, em casos extremos, envolver tentativas de suicídio e abuso de substâncias psicoativas, o que aumenta o risco de quadros psicóticos graves (Borges *et al.*, 2012). Mais do que um episódio isolado, a crise é parte inerente da condição humana, integrando o processo de viver (Brasil, 2013). Nesse sentido, não se restringe a um momento específico da vida, podendo surgir em diferentes contextos e exigindo uma abordagem sensível e atenta (Borges *et al.*, 2012).

Para Caplan (1980, p. 49), as crises são caracterizadas por “mudanças agudas do padrão de comportamento que ocorrem de tempos em tempos no transcurso da vida de uma pessoa”. Essa periodicidade sugere um processo dinâmico, pois o ser humano está em busca constante de equilíbrio emocional diante de circunstâncias que ameaçam sua estabilidade interna (Caplan, 1980). O aumento da intensidade durante essas crises ocorre devido à tentativa exaustiva de restabelecimento, onde “[...] um processo é exagerado porque o estímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras usuais não são bem-sucedidas na margem do usual” (Caplan, 1980, p. 53). Sobre essa experiência inevitável na vida humana, Caplan (1980) explica que, no decorrer da vida, os indivíduos vivenciam situações que têm o potencial de gerar um desequilíbrio. Quando uma situação ultrapassa as estratégias de enfrentamento de um indivíduo, ocorre uma perda da homeostase psíquica, gerando um sofrimento intenso que pode culminar em uma crise de saúde mental.

Nesse sentido, a crise não se limita a um processo dinâmico de busca por equilíbrio, mas também pode se manifestar como uma ruptura abrupta, conforme apontam Sá, Werlang e Paranhos (2008). Segundo os autores, a crise representa uma ruptura abrupta do equilíbrio, uma mudança súbita frequentemente desencadeada por um evento específico. Essa ruptura

provoca um estado de desequilíbrio e desorganização psíquica. Durante essa experiência, é comum que as estratégias de enfrentamento do indivíduo enfraqueçam, gerando uma sensação de incapacidade para lidar com a situação.

De forma similar, Vidal, Braga e Sodré (2007) corroboram essa visão ao descreverem a crise como um fenômeno que ocorre quando o indivíduo tenta lidar com situações insustentáveis, após ter esgotado todos os seus recursos psíquicos. Os autores caracterizam a crise como um “ponto de corte” (p. 155), um momento de ruptura que provoca uma experiência invasiva e angustiante, marcada pela destruição de aspectos do self. Nesse contexto, lidar com a ruptura e desorganização psíquica torna-se um desafio, pois requer acolher a estranheza e aquilo que é sem sentido produzido pelo indivíduo, criando um espaço para que ele possa se reorganizar e reconstruir seu equilíbrio.

Esse processo de desorganização e reorganização psíquica é igualmente abordado por Willrich *et al.* (2011), que também veem a crise como um momento em que o indivíduo, diante de vivências conflituosas, enfrenta um sofrimento intenso que provoca uma desestruturação em sua vida, resultando em uma ruptura com a realidade e com as redes afetivas que o sustentam. Essa ruptura nas relações e na realidade do indivíduo é um ponto-chave para entender a profundidade da crise.

Essa ruptura existencial pode ser ainda mais compreendida à luz da angústia descrita por Heidegger (2012), a qual se articula com a concepção de crise apresentada por Willrich *et al.* (2011) e Vidal, Braga e Sodré (2007). A angústia heideggeriana emerge como uma ruptura com o sentido habitual de ser e com a significância do mundo, o que se alinha com a experiência de desorganização enfrentada pelo indivíduo em crise. Em ambos os casos, há uma experiência de estranheza: na crise, o indivíduo perde o contato com o que antes lhe conferia estabilidade emocional e social; na angústia, o *dasein*<sup>8</sup> se percebe "fora de si", desajustado de seu mundo e desconectado da rede de significados que lhe conferia familiaridade. Assim, tanto a crise quanto a angústia representam momentos de suspensão e desestruturação, mas que, paradoxalmente, podem abrir caminhos para a reconfiguração de significados, transcendência e para o surgimento de novas possibilidades de ser do *dasein* (Ferreira, 2022).

---

<sup>8</sup> Refere-se a um conceito central na filosofia de Martin Heidegger, especialmente em sua obra *Ser e Tempo*. O *dasein*, traduzido como "ser-aí", designa a existência humana como um ser-no-mundo, caracterizado pela abertura ao sentido do ser e pela capacidade de compreender a própria finitude. Sempre em um processo de vir-a-ser, o *dasein* é marcado pela angústia diante da possibilidade do não-ser (Heidegger, 2012).

A profundidade do impacto causado por essa desorganização psíquica é enfatizada por Vasconcelos *et al.* (2013), que descrevem a crise como um fenômeno avassalador, comparável a forças naturais destrutivas. A intensidade e a proporção do sofrimento vivenciado durante uma crise são descritas de maneira marcante pelos autores, que a comparam a terremotos, vulcões e à invasão da lava ardente das profundezas abissais do inconsciente, aflorando no terreno que sustenta nossas vidas concretas (Vasconcelos *et al.*, 2013, p. 12). Esses fenômenos – terremotos, vulcões e lava – simbolizam a ruptura súbita e intensa na estabilidade da vida, evidenciando a força, a intensidade e o perigo potencial que emergem de dentro de nós, sobre os quais temos pouco controle. Assim como a lava transforma a superfície da terra, essas experiências podem modificar profundamente a vida e a realidade do indivíduo.

Diante dessa complexidade, é possível classificar as crises de acordo com suas origens e características. As crises podem ser classificadas como evolutivas ou circunstanciais. As crises evolutivas estão relacionadas a mudanças fisiológicas ou psicológicas decorrentes de transições nas fases do desenvolvimento humano, como a gravidez, o envelhecimento, a aposentadoria e a morte. Dessa forma, quando o indivíduo não consegue atravessar essas vivências de maneira satisfatória, uma crise pode ser desencadeada. Por outro lado, as crises circunstanciais são influenciadas por fatores externos e podem surgir a partir de experiências inesperadas que impactam profundamente a vida do indivíduo, como uma morte abrupta, desastres naturais, enfermidades, desemprego e acidentes (Sá; Werlang; Paranhos, 2008; Birman; Costa, 1994).

Além de sua origem, a crise é um fenômeno complexo e multifacetado, cuja compreensão varia entre diferentes abordagens teóricas. Souza (2008) refere que a palavra crise é multifacetada, sendo adotada por diversas correntes teóricas para descrever uma ampla gama de fenômenos. O autor define crise como um estado de sofrimento grave e persistente. Com o tempo, a crise leva o indivíduo a se desconectar de sua rede de apoio social e pode desencadear processos de incapacitação e invalidação social. O autor também ressalta que a crise denuncia a loucura e rompe com a ordem do sistema, sendo considerada indesejável pelo paradigma manicomial, que busca manter o controle e a disciplina dos corpos por meio da institucionalização de pessoas em sofrimento.

Historicamente, essa visão da crise como ameaça à ordem social sustentou a institucionalização em hospitais psiquiátricos. Como lembram Brito, Bonfada e Guimarães (2015), a crise era escondida por trás dos muros dessas instituições e só ganhou maior visibilidade após o processo de desinstitucionalização de pacientes asilados. Com a inserção dos sujeitos em outros espaços da vida cotidiana, não restritos ao ambiente hospitalar, a

classificação atribuída a eles passou por transformações. Antes vistos como loucos, agora os termos empregados ao se referir a estas pessoas são usuários ou pessoas em sofrimento mental ou psíquico (Figueirêdo *et al.*, 2021). Ao falar dessa mudança de cenário, do isolamento imposto pela internação à reinserção social com o tratamento no território, os autores colocam como sinônimo da crise, a intensificação do sofrimento mental.

Entretanto, a maneira como a crise é percebida ainda reflete tensões sociais e institucionais. Segundo Willrich *et al.* (2014), a crise se constitui como "[...] o momento em que a sociedade enxerga a doença e que em caso de agressividade na qual o usuário possa criar confusão pela rua, assustar, ameaçar as pessoas cria-se uma situação de desordem pública" (p. 100). Entretanto, esse momento pode representar um período delicado de grande sofrimento psíquico para o indivíduo. Em vista disso, a atenção destinada ao indivíduo deve ser diferenciada e as relações entre profissional e usuário, bem como entre usuário e sociedade, devem ser transformadas. Além disso, é necessário reavaliar as concepções sobre a crise psíquica para além do sentido negativo que ela carrega.

Apesar de seu caráter desestabilizador e frequentemente estigmatizado, a crise também pode ser compreendida como uma oportunidade de crescimento psicológico e amadurecimento. Caplan (1980) atribui à crise um significado adicional, considerando-a uma chance para o indivíduo evoluir, desde que disponha das condições e recursos adequados para lidar com o desequilíbrio. Nesse sentido, a crise pode possibilitar novas formas de enfrentamento e ressignificação da experiência. Concordando com essa visão positiva, Sá, Werlang e Paranhos (2008) ressaltam que a resolução satisfatória do problema pode resultar em transformações significativas na vida do indivíduo, levando-o a uma compreensão mais profunda de si mesmo e do mundo ao seu redor.

Contudo, para além dessa perspectiva individual, a crise pode ser analisada sob uma ótica mais ampla, que considera seus determinantes sociais e relacionais. Nessa direção, Amarante (2007) sugere que a crise resulta de múltiplos fatores, ultrapassando o caráter exclusivamente subjetivo e envolvendo toda a rede comunitária e os recursos disponíveis no território. Nesse modelo, a relação entre o profissional e o indivíduo se diferencia ao buscar uma aproximação que vai além do sintoma, focando na história e no sofrimento da pessoa, envolvendo-a em seu processo de cuidado. Assim, compreende-se que a crise não é apenas uma condição pessoal de quem a enfrenta, mas um fenômeno que emerge das interações e contextos de vida do sujeito. Conforme Brasil (2013, p. 101), “[...] é fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído entre os sujeitos, costumeiramente em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca

ineficaz de comunicação”.

Essa compreensão ampliada da crise também dialoga com uma análise crítica sobre o papel da psiquiatria na história do cuidado à loucura. Concordamos com Vieira (1981) ao afirmar que a psiquiatria se apropriou da loucura ao longo da história, assumindo assim o poder de subjugar os corpos e patologizar o comportamento dos considerados “anormais”. O cuidado das pessoas com sofrimento mental ficava sob o domínio da psiquiatria, e o indivíduo era afastado de sua família, que muitas vezes consentia deliberadamente com essa medida, sendo o aceite motivado por fatores como o esgotamento físico e emocional (Machado; Santos, 2012). No Brasil, tal realidade vem sendo tensionada há décadas (Amarante; Nunes, 2018), culminando na formulação de um modelo de atenção psicossocial que orienta equipamentos públicos em saúde mental.

Ainda que novas concepções e abordagens tenham sido incorporadas ao cuidado em saúde mental, a crise continua sendo compreendida como um evento de urgência, dada sua natureza incisiva e disruptiva. No entanto, mudanças político-jurídicas, por si só, não são suficientes para transformar toda uma cultura de cuidado. A ciência psiquiátrica, por exemplo, manteve seus conhecimentos e estratégias, deslocando o controle para além dos muros dos hospitais psiquiátricos ao associar os termos “urgência” e “psiquiátrica” (Jardim; Dimenstein, 2007). Em situações de crise, há serviços de saúde que realizam o encaminhamento do usuário para internação hospitalar breve, utilizando esse dispositivo como um complemento, dada a fragilidade dos serviços extra-hospitalares, que frequentemente enfrentam dificuldades para atender à demanda recebida (Machado; Santos, 2013; Brito; Bonfada; Guimarães, 2015).

No entanto, esse encaminhamento para internação tem implicações significativas para a continuidade do cuidado, pois interfere na relação do sujeito com seu território e com os serviços de referência. De acordo com Dell’Acqua e Mezzina (1991), quando o indivíduo em crise é hospitalizado, ele é retirado de seu contexto habitual e sua relação com o ambiente e com o serviço de atenção diária é temporariamente suspensa. Durante a internação, o usuário é submetido a regras institucionais que organizam um novo cotidiano para ele, além das avaliações médicas que acompanham a sintomatologia apresentada, até que seja considerado apto a retornar ao território e dar continuidade à sua vida.

Diante desse cenário, percebe-se que a crise se apresenta como um desafio tanto para os profissionais quanto para os indivíduos que a vivenciam, pois seu manejo envolve múltiplas dimensões do cuidado. Brito, Bonfada e Guimarães (2015) discutem que a crise se torna uma demanda urgente quando sua manifestação altera a rotina interpessoal, ou seja, quando passa a ‘incomodar’ as pessoas ao redor do indivíduo em crise. Lidar com essa

situação não é uma tarefa simples, e a maneira como se responde a ela pode estar impregnada por representações sociais que associam a pessoa em sofrimento psíquico à periculosidade, incapacidade e irracionalidade. Assim, o indivíduo pode ser reduzido a um estado de perda de controle e agressividade, o que frequentemente motiva ações baseadas em diretrizes médicas com a finalidade de suprimir os sintomas e restabelecer a “norma”.

Entretanto, é fundamental reconhecer que nem toda crise deve ser tratada como uma urgência médica, e que a sedação e a internação não são as únicas alternativas para seu manejo. Brito, Bonfada e Guimarães (2015) alertam que a resposta imediatista e biomédica à crise reflete preconceitos e intolerância por parte da sociedade, dos familiares e dos próprios profissionais de saúde em relação ao sujeito em sofrimento psíquico. Dessa forma, faz-se necessário um avanço na compreensão da crise como um fenômeno que, embora individual, ocorre no espaço público e exige acolhimento, respeito e reconhecimento da subjetividade e particularidade de cada indivíduo.

Nessa direção, uma abordagem fenomenológica amplia essa compreensão ao considerar a crise como uma experiência essencialmente humana, e não apenas um evento restrito ao campo psiquiátrico. Para Costa e Ramos (2018), a crise não está limitada às pessoas com um diagnóstico psiquiátrico, pois constitui parte da experiência de todo ser humano. Os autores afirmam que “a crise psíquica é vivência basilar da angústia do existir” (p. 252), evidenciando seu caráter transversal à condição humana. Ao invés de ser vista como uma disfunção a ser corrigida, a crise pode ser entendida como uma tentativa do indivíduo de organizar os sofrimentos sentidos e vivenciados intensamente, tanto em sua esfera pessoal quanto em suas relações. Costa e Ramos (2018) argumentam que os termos “psicose”, “esquizofrenia”, “doença mental” e “transtorno mental” atingiram o limite de suas capacidades explicativas, pois, ao se inserirem em um “eterno jogo de linguagem”, dificultam a apreensão da complexidade do fenômeno da crise (p. 257).

Com o intuito de superar a classificação psiquiátrica tradicional, pautada em um viés patológico e medicalizador, Costa (2017, p. 107 *apud* Costa; Ramos, 2018, p. 258) enfatiza a necessidade de “cuidar da crise psíquica como um acontecimento essencialmente fenomenológico e não apenas sintomatológico ou nosográfico”. Para tanto, é fundamental considerar dimensões que vão além do aspecto orgânico, incluindo fatores “individuais, relacionais, existenciais e espirituais” (Costa; Ramos, 2018, p. 257). Nesse contexto, os autores propõem o termo “sofrimento psíquico grave” para se referir a essa vivência angustiante da crise. Eles argumentam que o ‘sofrimento’ é um aspecto essencial da experiência humana, ‘psíquico’ é pelo fato de que o fenômeno não se limita ao domínio

orgânico e 'grave' para identificar a intensidade da manifestação.

Costa e Ramos (2018) argumentam que a crise tem o potencial de causar impactos tanto para o indivíduo que vivencia quanto para aqueles que cuidam. Diante do sofrimento psíquico grave, é essencial desenvolver estratégias de atenção que acolham a desorganização psíquica, a angústia e a singularidade existencial do indivíduo. Buscando novas abordagens para que ele possa enfrentar a realidade concreta de forma menos penosa possível.

A presente pesquisa está alinhada ao modelo de atenção psicossocial e busca contribuir com ele, ao focar na experiência subjetiva vivida pela pessoa em crise, entendendo que este fenômeno vai além das manifestações psicopatológicas, sendo essencialmente uma vivência pessoal, existencial e relacional. Dessa forma, o estudo propõe uma abordagem mais holística, valorizando a experiência do sujeito em seu contexto, suas relações e sua realidade, ao invés de reduzi-la a uma mera resposta sintomatológica ou diagnóstico.

### **2.3 Atenção dispensada para as pessoas em situação de crise**

Sobre o fenômeno da crise, Dell'Acqua e Mezzina (1991) tecem problematizações em relação às respostas oferecidas a ela. Segundo os autores, a necessidade de entrar no circuito psiquiátrico é frequentemente determinada pelos comportamentos extremos e pelo sofrimento intenso do indivíduo, que atingem o limite e sinalizam o 'estar em crise'. Estes têm sido os parâmetros para justificar a inserção da pessoa que sofre no circuito psiquiátrico, de forma a reforçar o papel central do hospital psiquiátrico. Na perspectiva da psiquiatria clássica, o que motiva essa determinação da internação em casos de crise são as referências à gravidade e à periculosidade social e pessoal apresentada pelo indivíduo.

De acordo com Costa (2007), uma das respostas clássicas diante de uma situação de crise é conter os sintomas e reduzir comportamentos indesejáveis, seja por meio da contenção química, física ou mecânica. Regime esse que permanece até o tempo atual, no rol das terapêuticas utilizadas em situações em que os profissionais considerem aplicáveis. No entanto, essa abordagem, associada ao modelo manicomial, não respeita a pessoa que sofre em sua singularidade. Como resultado, ocorre o que Willrich *et al.* (2011, p. 54) chamam de "sequestro da cidadania" do sujeito em sofrimento psíquico, pois o louco – seja com sua loucura manifesta ou latente – têm os seus direitos negados e sua liberdade restrita, com o objetivo de manter a ordem social e afastar o "perigo".

Quando uma pessoa está em crise, a complexidade de seu sofrimento muitas vezes é simplificada e reduzida a um sintoma, que para a equipe indicaria uma crise. Essa abordagem

medicalizante e centrada no sintoma exclui a integralidade da vida do indivíduo e a totalidade do fenômeno que ele vivencia. Luzio (2010, p. 90 *apud* FIALHO, 2015) ao discutir sobre a crise no contexto da atenção psicossocial, a descreve como “um momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência”, ampliando a perspectiva para além de um quadro sintomatológico. Dell’Acqua e Mezzina (1991) sustentam que a crise consiste em “uma complexa situação existencial” (p. 55). Em paralelo à ideia dos autores, Lima *et al.* (2021) entendem que o sujeito em sofrimento é único e possui necessidades para além de uma comorbidade psiquiátrica. Essas perspectivas ressaltam a importância de utilizar instrumentos, estratégias e manejos complexos para abordar a crise de forma global e adequada.

Quando em situação de crise, uma pessoa nem sempre pode comunicar claramente como gostaria de ser tratada, por isso se faz necessário identificar como se constitui essa experiência e quais aspectos de sua vida e rotina precisam ser assegurados (Bessa; Souza, 2021). Adotar essa postura é um passo importante para a construção de relações mais democráticas, por meio de uma composição entre os saberes do usuário e da equipe que o acompanha. Em vista disso, faz-se imprescindível considerar a realidade de vida e o contexto do indivíduo, proporcionando um espaço onde ele possa falar e ser ouvido. Dessa forma, as necessidades e preferências da pessoa quanto ao tratamento serão compreendidas, e ela será estimulada a gerenciar seu próprio cuidado.

Jardim e Dimenstein (2007) observam que a ideia de urgência com enfoque na psiquiatria carrega uma história de violência, estigma e cronificação, por isso, deve ser eliminada de forma conjunta. As autoras propõem uma ética-cuidado que seja pensada na “atenção urgente à pessoa em crise” (Jardim; Dimenstein, 2007, p. 183), em contraste com a abordagem exclusivamente biomédica. A proposta de atenção urgente à pessoa em crise visa enxergar e valorizar a pessoa em sofrimento, atendendo suas necessidades e considerando seu contexto e sua história de vida. As autoras defendem que essa abordagem durante uma crise faz com que a pessoa se sinta mais acolhida e segura, favorecendo também a formação de vínculos.

Alguns estudos contribuem para acessarmos a perspectiva do usuário de serviços de saúde mental no que se refere à atenção dispensada. No estudo de Bacha *et al.* (2020), por exemplo, encontram-se relatos acerca da experiência de usuários em um serviço psiquiátrico com predomínio do modelo biomédico, que se sentiram tratados de maneira desumana, comparando-se a animais em um tom pejorativo. Usuários reinternados em um hospital psiquiátrico referiram o desejo de serem cuidados de forma alternativa à internação, como

através de visitas domiciliares ou do cuidado intensivo oferecido pelo Caps (Machado; Santos, 2013). Ao expressarem tais desejos, os indivíduos indicam que determinadas intervenções poderiam colaborar no manejo dessa situação crítica e também para evitar hospitalizações recorrentes.

Gudde *et al.* (2013) identificaram em sua pesquisa que o tratamento oferecido aos usuários nem sempre se adequava às suas necessidades. Os usuários expressaram o desejo de, além de receber ajuda dos profissionais, participar ativamente no planejamento de seu cuidado. Os estudos de Camargo e Oliveira (2009) e de Bacha *et al.* (2020) indicam que o não engajamento de usuário no seu projeto terapêutico pode desencadear sintomas de ansiedade, sensação de impotência e de estar perdido devido à ausência de informações, o que pode agravar o quadro sintomatológico e, conseqüentemente, levar ao prolongamento da internação.

Quando inseridos em uma instituição total, os indivíduos têm suas diferenças pessoais minimizadas, sendo despojados de seus pertences, hábitos e relações com o mundo externo, o que resulta em despersonalização e uniformização. Esse processo de mortificação intensifica a tensão psicológica vivida, gera perdas significativas devido ao afastamento do mundo externo e provoca um sentimento de tempo perdido (Goffman, 1961). Ao ingressar na instituição, o indivíduo traz consigo uma concepção de si mesmo. No entanto, ao ser inserido nesse ambiente, ele enfrenta o que Goffman (1961, p. 24) descreve como "uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu", resultando na mortificação de sua identidade. Durante esse processo, a separação do mundo exterior é a primeira forma de mutilação que ocorre.

Dentro das instituições fechadas, como hospitais psiquiátricos, o controle exercido pela equipe dirigente é reforçado por meio da restrição à comunicação e à disseminação de informações. Goffman (1961, p. 20) observa que:

"[...] assim como há restrição para conversa entre as fronteiras, há também restrições à transmissão de informações, sobretudo informação quanto aos planos dos dirigentes para os internados. Geralmente, estes não têm conhecimento das decisões quanto ao seu destino (...) essa exclusão dá à equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação aos internados".

Essa falta de transparência impede que os pacientes compreendam ou influenciem as decisões que afetam suas vidas, mantendo-os em um estado de dependência que, por sua vez, aumenta o poder dos dirigentes. Assim, a exclusão de informações torna-se uma ferramenta

de controle, perpetuando uma dinâmica de poder desigual e privando os pacientes da autonomia sobre seus próprios destinos.

Essa mortificação do eu permanece após a saída do indivíduo da instituição. Goffman (1961) identifica dois tipos de status social decorrentes da natureza da instituição e da percepção social associada a ela: o status proativo favorável, observado quando os indivíduos saem de situações que conferem prestígio social, como academias militares, e o status proativo desfavorável, que ocorre após a saída de prisões ou hospitais psiquiátricos. Neste último caso, o indivíduo carrega o estigma associado à sua experiência vivida, e a sociedade tende a nutrir preconceitos em relação a essas vivências. Isso pode resultar em discriminação e dificuldades para o indivíduo se reintegrar à vida cotidiana, levando à marginalização e a desafios na manutenção do emprego e das redes de apoio social. Além disso, o estigma torna difícil a reconciliação entre a identidade passada do indivíduo e sua nova realidade social. De acordo com Lucena (2020), a recuperação da vida cotidiana, perdida durante o período de institucionalização, exigirá a criação e o fortalecimento dos laços sociais e comunitários ao longo do processo de desinstitucionalização.

O poder de decisão, geralmente exercido pelos indivíduos no mundo fora do hospital, é comprometido dentro desse espaço institucional. Em instituições psiquiátricas, o controle centralizado sobre as decisões de tratamento retira dos pacientes a autonomia sobre suas próprias vidas, reforçando a mortificação do eu e a dependência em relação à equipe. A falta de envolvimento dos pacientes nas decisões que afetam seu tratamento e bem-estar contribui para uma dinâmica de poder desigual e perpetua o estigma associado à sua condição. Para abordar essas questões e melhorar o atendimento em situações de crise, países como Holanda, Inglaterra, Suíça e Itália têm adotado o Plano de Crise. Este plano é um documento pessoal que contém informações e diretrizes de como proceder durante uma crise, conforme relatado por Miranda (2017) e Bessa e Souza (2021). Pensado como uma estratégia inovadora diante do número expressivo de internações, o Plano de Crise visa otimizar o atendimento e promover a autonomia do usuário, permitindo que ele participe ativamente da elaboração de seu próprio plano de cuidado em colaboração com os profissionais de saúde. Miranda (2017, p. 55) enfatiza que “quando pensamos em estratégias de enfrentamento em uma crise é essencial considerarmos a forma como ela afeta o sujeito, pois somente ele saberá que forma podemos auxiliar neste momento de desorganização”. Segundo Miranda (2017), esses instrumentos são projetados para garantir um tratamento consentâneo às necessidades dos usuários, evitando violações dos seus direitos fundamentais e protegendo sua dignidade e integridade em momentos críticos.

De Freitas (2008) destaca os impactos positivos desta abordagem em diversos segmentos, como serviços de saúde, família e usuário. Para o usuário, essa abordagem permite um atendimento mais personalizado, considerando suas experiências, necessidades e preferências em relação ao cuidado. A personalização ajuda a reduzir os riscos de intervenções inadequadas que poderiam agravar o sofrimento. Quando os serviços de saúde adotam uma postura de escuta ativa e empática, conseguem desenvolver planos terapêuticos que respeitam a individualidade do paciente, indo além do diagnóstico e da intervenção medicamentosa. Isso não só melhora a capacidade de resposta e a qualidade dos cuidados, mas também ajuda a prevenir internações recorrentes, conhecidas como o fenômeno da “porta giratória”. Além disso, os familiares também se beneficiam, pois a identificação imediata e a atenção rápida proporcionam alívio e evitam a angústia de acompanhar um ente querido em crise.

No contexto brasileiro, um dos instrumentos utilizados para promover essa abordagem é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é elaborado com a participação da equipe interdisciplinar, do paciente e de sua família, formando uma construção coletiva baseada nas necessidades e singularidades do indivíduo, tendo como referência a sua história de vida e o processo de adoecimento. Entretanto, são encontradas algumas dificuldades na aplicabilidade do instrumento no cotidiano dos serviços (Carvalho *et al.*, 2012). Uma das dificuldades apontada por Emerich *et al.* (2014) refere-se à forma de comunicação estabelecida entre o profissional e o usuário, destacando que o uso de linguagem técnica pode prejudicar o entendimento do paciente.

A cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (Brasil, 2007), apresenta aspectos pertinentes para a elaboração do PTS, indicando-o como uma ferramenta inovadora que valoriza a opinião e as necessidades de cada usuário. Todavia, é possível constatar que não aborda especificamente a inclusão do diálogo com o paciente sobre a possibilidade de crises e a construção de estratégias para lidar com essas situações. Como sugere Dias, Ferigato e Fernandes (2020) ao dizerem que deveria haver um projeto específico que pudesse “prever” as crises, permitindo a construção de um cuidado em rede. Esse projeto incluiria a pactuação de estratégias pré-definidas com a pessoa, visando a implementação das melhores condutas terapêuticas durante momentos de crise.

Essa consideração ao usuário tem sido incentivada, por exemplo, pelo movimento comunitário de Quebec, com a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) para pacientes com transtornos mentais graves. A GAM busca descentralizar o poder nas decisões sobre o tratamento, incluindo a voz dos usuários no processo de negociação e escolha

(Emerich *et al.*, 2014). No Brasil, algumas regiões têm experimentado a aplicação da GAM em dispositivos de saúde mental. Embora esses experimentos tenham encontrado dificuldades, devido à resistência cultural colonial enraizada, também permitiram encontrar potencialidades, por favorecer transformações de concepções e uma abertura a produção de saberes, além de possibilitar a apropriação do usuário de seu estado de saúde (Campos *et al.*, 2013).

Estudos como o de Linhorst e Eckert (2003, *apud* Miranda, 2017) demonstram que o estímulo à participação e engajamento dos pacientes na tomada de decisão sobre o seu processo de cuidado e o próprio funcionamento dos serviços é positivo. A participação ativa leva a uma maior satisfação do usuário, sensação de autoeficácia, confiança, esperança e maior probabilidade de atingir seus objetivos. Campos *et al.* (2013) constatam que mudanças no âmbito da saúde mental ainda se fazem necessárias, referindo-se a valorizar mais a experiência do usuário, assim como seus desejos e interesses, para que possamos avançar no exercício da cidadania no cotidiano das relações nos serviços de saúde. Em última instância, usuários de serviços de saúde mental em crise devem ser tratados como iguais a outras pessoas, enquanto cidadãos, visto que a existência de um sofrimento psicológico intenso não aniquila os seus direitos (Bacha, *et al.*, 2020).

O Caderno de Atenção Básica, n.º 34, de Saúde Mental do Ministério da Saúde enfatiza a importância do diálogo com o usuário, destacando que as expressões e os significados individuais devem ser considerados no processo de cuidado. O documento ressalta que os profissionais devem se disponibilizar a escutá-lo e sobretudo, obter sua anuência nas ações realizadas, visto que, historicamente, pessoas em crise tiveram seu poder de expressão e decisão restringidos (Brasil, 2013). Nesse sentido, Serpa Junior *et al.* (2014) argumentam que a narrativa do usuário deve ser devidamente reconhecida para além de um elemento que designa uma patologia, eles referem que esta narrativa pode colaborar para a compreensão do sujeito sobre sua própria experiência, bem como criar possibilidades de vida.

Além disso, Emerich *et al.* (2014) e Brito, Bonfada e Guimarães (2015) destacam que o silenciamento dos direitos sociais fundamentais pode resultar em controle sobre usuários, comprometendo o exercício dos seus direitos e aumentando cronicidade e dependência institucional desses pacientes. Por outro lado, a constituição de um processo democrático favorece o empoderamento e emancipação do sujeito, além de otimizar os cuidados oferecidos. Compreender a singularidade do indivíduo permite a criação de possibilidades de cuidado mais adequadas, e a participação ativa do usuário deste implica em um tratamento mais eficaz (Brasil, 2007).

### 3 FUNDAMENTOS DA PESQUISA

Nesta pesquisa, a atenção é dirigida à *experiência de crise* da pessoa que é levada a uma emergência psiquiátrica e/ou serviço de saúde que acolha tal situação. A crise é uma experiência complexa, subjetiva e repleta de significados. Esse momento que o indivíduo vivencia é de tamanha importância. Para investigar sobre a *experiência de crise*, adotamos a definição de Costa (2007, p. 96) para quem crise é:

um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinantes das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental.

É, portanto, a experiência do sujeito, suas “questões, afetos, gestos e comportamentos” que será o foco desta **pesquisa de inspiração fenomenológica**, segundo a qual a experiência subjetiva da pessoa é o cerne da questão. A “experiência” a partir desta perspectiva, indica o modo de ser do indivíduo. A interação entre a pessoa e o mundo é mediada pela experiência (Leal; Serpa Júnior, 2013) e, a partir dela, são construídos os sentidos que orientam o modo de ser.

Segundo AmatuZZi (2007), a palavra "experiência", originária do latim *experientia*, está relacionada à ideia de prova, ensaio e tentativa, sendo uma forma de saber que nasce da prática, do que é tocado, visto ou sentido. Segundo a fenomenologia, a experiência deve ser descrita de forma a manter fidelidade a sua aparência tal como ela se apresenta no momento da vivência, refletindo a realidade tal como é percebida por quem a vive. Como define Shapiro (1985 *apud* AmatuZZi, 2007, p. 13), “o ideal do método fenomenológico é a descrição de uma dada experiência de modo fidedigno a ela tal como se mostra quando vivenciada”.

Assim, a experiência vivida, com suas nuances e complexidades, é o ponto central da pesquisa, pois ao vivenciar uma crise, o indivíduo é confrontado com uma situação limite que pode acarretar consequências diversas ao considerar os aspectos físicos, subjetivos e materiais. É um momento em que ele é atravessado pela dor e pelo sofrimento, como também sofre um deslocamento em sua vida cotidiana. Concomitantemente a isso, a pessoa se encontra em um estado de vulnerabilidade, que por vezes não são consideradas práticas de cuidado que respeitem a sua singularidade. Essa desconsideração parece mostrar a prepotência científica que há em relação à própria experiência da pessoa que sofre e está em crise, experiências comumente silenciadas (Roquette, 2019; Martins, 2017). Nesse sentido, a fenomenologia se torna um instrumento fundamental para compreender a experiência do

sujeito em face do seu sofrimento.

Criada por Edmund Husserl, no século XX, a fenomenologia surge no campo da filosofia diante do inconformismo em relação ao saber filosófico predominante da época, o positivismo. A fenomenologia criticou o positivismo e suas ideias, acusando-o de reducionista com enfoque biologicista (Martins; Boemer; Ferraz, 1990). O termo “fenomenologia” vem da junção de duas palavras gregas: “*phainómenon*”, traduzida ao português como “fenômeno”, que significa aquilo que se manifesta no mundo, e “*logos*”, que significa “estudo”, ou seja, o estudo dos fenômenos (Spíndola, 1997).

Conforme discute Araújo (2018), o fenômeno pode ser caracterizado como tudo aquilo que aparece à consciência. Dentro desta perspectiva, destaca-se o princípio da intencionalidade, formulado por Husserl, que é considerado como a estrutura da experiência, pois considera que toda consciência é consciência de algum objeto, assim como o objeto está para uma consciência que o percebe, existindo assim uma relação intencional em que o indivíduo e o mundo coexistem de forma indissociável (Dartigues, 1992).

Diante da forma de se dirigir ao objeto de modo intencional, Husserl formula a proposição “voltar às coisas mesmas”, o que significa dizer estar intencionalmente voltado para a origem das coisas, a experiência no seu sentido mais pleno (Amatuzzi, 2009), despreendida de teorias científicas, por mais que não tenha a intenção de negá-las. Para Dartigues (1992), chegar à essência do fenômeno no método fenomenológico é necessário que haja uma redução fenomenológica, também chamada epoché, em que o “eu” do pesquisador, que engloba valores, crenças, conceitos e preconceitos, seja suspenso temporariamente para que assim o fenômeno consiga ser compreendido a partir da referência do indivíduo, de como ele percebe, sente e constitui sua vivência. Na redução fenomenológica, os juízos de realidade são colocados entre parênteses e todo o interesse é dirigido ao fenômeno da investigação (Araújo, 2018). Dessa forma, possibilita que o indivíduo discorra sobre o fenômeno em foco, as experiências tidas e os significados atribuídos a elas.

Com essa base filosófica, a fenomenologia influenciou diversas áreas do conhecimento, incluindo a psicopatologia, que se dedica ao estudo dos transtornos mentais e seus sintomas. Seu encontro com a psiquiatria constitui um campo fértil para a aplicação de suas ideias e conceitos, dando origem a psicopatologia fenomenológica (Bloc; Moreira, 2014). Segundo Holanda (2011), a psicopatologia fenomenológica surgiu em 1922, durante a 63ª Jornada Científica da Sociedade Suíça de Psiquiatria, como uma abordagem que busca compreender a experiência subjetiva da pessoa em sofrimento psíquico, enfatizando seus

modos de ser e de vivenciar o mundo. Seu marco inicial foi marcado pela apresentação dos estudos dos psiquiatras Eugène Minkowski, que aplicou o método fenomenológico a um caso clínico, e Ludwig Binswanger, que analisou as contribuições da fenomenologia para a psiquiatria.

Ao aplicar os princípios fenomenológicos ao campo da saúde mental, a psicopatologia fenomenológica propõe um olhar diferenciado sobre o sofrimento psíquico, deslocando o sujeito de uma posição passiva, centrada nos sintomas, para a de um ser ativo e participante na construção do próprio conhecimento, elaborado a partir de suas vivências dos fenômenos (Araújo, 2018; Bloc; Moreira, 2014). Em contraste, o modelo biomédico tradicional enfatiza a objetividade dos sintomas, causalidade biológica e a categorização diagnóstica. Conforme Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006), esse modelo valoriza os sintomas objetivos, em detrimento dos sintomas subjetivos da experiência, estes que estiveram à margem do interesse das ciências biomédicas. No entanto, Canesqui (2018) destaca que abordar a experiência da pessoa em relação ao seu sofrimento amplia a perspectiva para além da objetividade da doença.

Nesse sentido, a psicopatologia fenomenológica questiona a hierarquia e o controle psiquiátrico, assim como a dicotomia entre “são” e “enfermo” (Holanda, 2011, p. 145), propondo um olhar voltado para a singularidade da vivência humana, resgatando a voz do sujeito e considerando seu contexto e experiência (Holanda, 2011). Como aponta Spíndola (1997), analisar apenas o binômio saúde-doença não é suficiente para uma compreensão holística do sujeito, faz-se necessária uma abordagem que capture a experiência vivida por ele em sua essência, considerando as condições em que ele está inserido (Spíndola, 1997).

Dentre os estudiosos que contribuíram para a consolidação da psicopatologia fenomenológica, temos o psiquiatra francês Arthur Tatossian, que aprofundou a relação entre fenomenologia e psiquiatria, reforçando a centralidade da experiência na compreensão da doença mental (Bloc; Moreira, 2014). Ele defendia que a fenomenologia deve ser entendida como um campo de experiência em si mesma, validada apenas por sua própria manifestação. Para ele, a teoria é uma ferramenta secundária, sendo a vivência o ponto central para acessar os fenômenos psicopatológicos, que não podem ser reduzidos a meros aspectos diagnósticos e sintomatológicos (Bloc; Moreira, 2013). Assim, a psicopatologia fenomenológica propõe uma mudança de atitude, abandonando a visão objetiva e pré-estabelecida da realidade para acessar o *lebenswelt* (mundo vivido) do sujeito (Bloc; Moreira, 2014; Tatossian, 2006). Mais do que um modelo teórico, trata-se de um compromisso ético e compreensivo no cuidado com a pessoa em sofrimento, priorizando a comunicação e o entendimento do que se manifesta na

experiência da pessoa (Bloc; Moreira, 2013), por meio da descrição e compreensão de sua vivência (Amatuzzi, 2009).

É importante destacar algumas pesquisas cujos achados contribuem com o debate sobre a *experiência de crise* em saúde mental. Santos *et al.* (2020, p. 4920) investigaram acerca das “percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca da vivência da doença e do restabelecimento da trajetória de vida”. Realizado com nove usuários cadastrados em uma equipe de Saúde da Família, os autores identificaram que “[...] ser portador de sofrimento psíquico é vivenciar um sofrimento diário [...]” (p. 4925). Esse sofrimento não se limita apenas ao usuário, mas também às pessoas que estão próximas a ele. Conviver com esse sofrimento acarreta limitações e perdas significativas para quem sofre, pois surgem dificuldades tanto no desempenho de atividades cotidianas quanto no contexto social e laboral.

Camargo e Oliveira (2009) afirmam que, quando o sofrimento se torna exacerbado, ele pode motivar a internação, especialmente quando os indivíduos deixam de corresponder às expectativas de normalidade, adequação e funcionalidade. No seu estudo, pacientes internados em uma ala psiquiátrica descreveram o transtorno mental e a manifestação dos sintomas como uma fonte significativa de sofrimento, ressaltando a dificuldade de conviver com essa condição. Sentimentos como angústia, vazio e desespero foram identificados como decorrentes dessa vivência. Em situações de crise, esses sentimentos podem ser potencializados ou serem vivenciados de outras múltiplas formas.

No trabalho de Soares (2016), por exemplo, encontram-se relatos de pessoas que descreveram a crise como o surgimento de um conjunto de sinais e sintomas, como despersonalização, depressão, descontrole emocional e agressividade. Alguns desses sinais também foram observados na pesquisa de Surjus e Campos (2011), que identificaram, a partir das narrativas das vivências dos usuários dos Caps em Campinas, as crises como “momentos de descontrole e angústia, envolvendo agressividade intensificada” (Surjus; Campos, 2011, p. 127).

Em consonância a isso, Diaz (2013), ao investigar pacientes com esquizofrenia, identificou que eles nomeavam suas experiências de crise como falta, imensa melancolia, crise existencial, sensação de estar fora de si, além da dificuldade de expressar o que acontece no momento da crise. Segundo Soares (2016), as experiências de crise também envolvem um estado de isolamento e sentimento de solidão, pois nas situações em que o indivíduo apresenta uma crise, familiares e amigos podem se afastar devido ao preconceito e/ou medo, somado a isso tem o fator ser hospitalizado, em um ambiente talvez desconhecido. O

sentimento de saudade também foi mencionado, seja da família, do lar ou das atividades cotidianas (Brasil, 2003b).

Aciole e Silva (2021), ao analisarem as concepções de pessoas com diagnóstico de transtorno mental sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental, constataram que as pessoas referiram o sofrimento psíquico carregado de estereótipos negativos e preconceitos, o que as coloca em uma condição ainda mais vulnerável, devido às barreiras que impedem a inclusão e a participação plena na sociedade destas pessoas. Além disso, observou-se uma falta de entendimento do que estavam enfrentando, evidenciando uma carência de informações sobre a sua experiência subjetiva. Geralmente, a falta de informações necessárias à pessoa sobre sua condição de saúde resulta de uma comunicação inadequada, insuficiente ou falha por parte dos profissionais de saúde.

Machado e Santos (2012), em sua pesquisa com pacientes com reinternação psiquiátrica, identificaram que a crise traz desdobramentos emocionais que reverberam em todo círculo de apoio. E que as pessoas que passam por essa vivência intensa parecem absorver a ideia de que são um fardo na vida de seus familiares.

Conforme exposto até aqui, as pesquisas vêm explorando mais sobre a complexidade das experiências em saúde mental, através dos relatos das próprias pessoas. Estudos anteriores forneceram *insights* sobre a relação que possuem com o processo saúde-doença e os desafios enfrentados pelos indivíduos nesse contexto. Considerando a relevância dessas investigações, esta pesquisa foi concebida na perspectiva de contribuir com o debate científico sobre a *experiência de crise* de usuários de **Caps III em Recife**. Para onde as pessoas com processos de saúde-doença mental comumente são encaminhadas, ainda que a responsabilidade pelo cuidado deva ser compartilhada entre os demais serviços da rede. Conforme a Portaria Nº 3.088 (Brasil, 2011, p. 4):

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

Os Caps são distribuídos, pela Secretaria de Saúde do Recife, em sete Distritos Sanitários (DS), que correspondem a áreas geográficas específicas. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Brasil, 2024a), a Raps do Recife, possui em 2024, 17 Caps, sendo sete deles com funcionamento 24h. Dos sete, dois deles são destinados um para o público infante-juvenil e outro para população com intenso sofrimento decorrente

do uso de crack, álcool e outras drogas (Recife, 2020; Brasil, 2024a). Enquanto os outros cinco, atende o público com transtorno mental grave, maiores de 18 anos.

A investigação foi orientada por uma **abordagem qualitativa**, que busca através do aprofundamento a compreensão de determinadas temáticas e fenômenos. A pesquisa qualitativa se interessa por motivações, atitudes, crenças, valores do indivíduo e pelos significados atribuídos ao fenômeno, obtendo assim múltiplas perspectivas dos participantes (Minayo, 2002; Creswell, 2007). O contato direto do pesquisador com o sujeito, o ambiente de pesquisa e o fenômeno é valorizado neste tipo de estudo (Godoy, 1995), sendo a qualidade e a robustez das informações o aspecto central. Trata-se de uma pesquisa exploratória, na qual foram realizadas entrevistas com indivíduos que tiveram experiências com o problema e possuíam uma maior familiarização com o tema de pesquisa (Gil, 2002; Minayo, 2002).

Como estratégia para acessar as experiências de participantes do estudo, foi utilizada a **entrevista narrativa**, que como discutem Muylaert *et al.* (2014) é um tipo de entrevista não estruturada, que visa estimular o participante a contar sobre algum acontecimento da vida de forma espontânea, dando maior espaço para a produção da fala. As narrativas transpõem as vidas humanas em distintas situações e fases da vida. Elas narram as experiências pessoais como também se inserem no contexto situacional e relacional do indivíduo (Castellanos, 2014). Jovchelovitch e Bauer (2002) consideram as narrativas como infinitas e variáveis. No campo da saúde, as entrevistas narrativas possibilitam revelar os sentidos que os indivíduos atribuem ao fenômeno vivenciado, como por exemplo, o adoecimento. Esse método favorece a expressão da dimensão subjetiva e pessoal do sujeito que passou por uma *experiência de crise*, ao valorizar o que ele tem a comunicar sobre essa situação específica de sua vida.

A entrevista permitiu investigar em profundidade temáticas complexas que dificilmente seriam acessíveis através de outros métodos, pois objetiva alcançar “[...] uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (Gaskell, 2008, p. 65). Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 168) referem que o uso da entrevista possibilita ao pesquisador acessar o que os sujeitos referem sobre “[...] eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana”. Na preparação da entrevista, o pesquisador deve adaptar os termos científicos a uma linguagem mais simples e acessível ao entrevistado para que a entrevista seja de fato bem sucedida (Gaskell, 2008). Utilizar uma linguagem acessível contribui para a criação de um ambiente mais acolhedor e convidativo, facilitando o estabelecimento de *rapport* e confiança. Quando o participante se sente compreendido e respeitado, torna-se mais propenso a se abrir e compartilhar suas

experiências.

O interesse pela narrativa, como um posicionamento contrário à perspectiva biomédica, visa o que Castellanos (2014, p. 1067) nomeia de “dar voz” entre aspas, aos indivíduos silenciados por práticas desse modelo. Na perspectiva biomédica, há uma assimetria na relação profissional-paciente, onde a posição do profissional é frequentemente privilegiada em detrimento da perspectiva e da experiência do paciente (Lira; Catrib; Nations, 2003). Essa concepção biologicista se concentra na doença, levando a um “apagamento” do sujeito. Em contraste, a pessoa que narra sobre sua experiência participa ativamente e assume um papel central no seu processo de cuidado (Pereira *et al.*, 2021).

Com o passar do tempo as informações dos acontecimentos vividos podem ser esquecidas, entretanto, na narrativa o que importa é aquilo que o indivíduo manteve registrado em sua memória, sendo considerado por ele como uma verdade. Pereira *et al.* (2021) ressaltam que a entrevista narrativa não se detém à verdade absoluta dos fatos, mas ao que eles significam para quem narra. Na presente pesquisa a entrevista foi estratégica para acessar os sentidos da *experiência de crise* para os participantes.

Na entrevista narrativa, o pesquisador deve exercer uma influência mínima, sendo indispensável uma preparação para executá-la (Jovchelovitch; Bauer, 2002). A preparação para a entrevista narrativa consiste em explorar o campo a ser estudado, realizar investigações preliminares e elaborar questões de interesse. Jovchelovitch e Bauer (2002) propõem regras, no que diz respeito à conduta, que auxiliam o pesquisador no momento da entrevista narrativa como, por exemplo, não interromper, não dar opiniões, não discutir sobre contradições, procurar utilizar termos que estimulem a narração. Tais regras foram levadas em consideração para o momento da obtenção dos dados. Tendo em conta a sua relevância, pois seguir as orientações promove uma maior espontaneidade do sujeito ao narrar sua experiência como também favorece uma riqueza de detalhes sobre ela.

De acordo com Riemann e Schutze (1987, p. 353 *apud* Flick, 2004, p. 110) a entrevista narrativa inicia-se a partir de uma “questão gerativa narrativa”, que se refere ao interesse da pesquisa e tem como objetivo estimular a história que será contada pelo informante.

A entrevista propriamente dita contém (Jovchelovitch; Bauer, 2002):

1) Iniciação – explicação ao participante sobre o contexto da pesquisa, o procedimento da entrevista e a ele é solicitada autorização para gravação de voz durante a entrevista;

2) Narração – inicia-se com a questão gerativa por parte da pesquisadora e envolve a narração propriamente dita, evitando-se interrupções, apenas encorajamentos não verbais. Deve-se esperar que o informante sinalize que encerrou a sua narrativa, momento em que

algumas anotações podem ser escritas sobre algo que queira aprofundar ao perguntar posteriormente;

3) Questionamento – esta fase tem como objetivo obter esclarecimentos a respeito de algumas falas do informante que não tenham ficado compreensíveis. O ponto crucial é transformar as questões exmanentes, que se referem às questões do interesse da pesquisa (Apêndice A), em questões imanentes, que são os tópicos que emergem a partir do relato do indivíduo, utilizando a linguagem empregada por ele. Essa abordagem permite uma aproximação mais fiel à realidade do participante e um melhor entendimento do que está sendo comunicado;

4) Fala conclusiva – a entrevista assume um caráter mais informal, a gravação é encerrada e é cedido um espaço para falas informais e perguntas do tipo “por quê?”.

Além desta forma de construção de conhecimento colaborativo, que se configura a entrevista narrativa, compreendemos a importância de inserir a **observação assistemática** neste estudo, tanto como forma de inserção no campo no momento inicial, a partir da aproximação da pesquisadora aos participantes da pesquisa, como também para observar os fenômenos, interações e expressões passíveis de acontecerem no contexto do local de pesquisa. Para Gil (1989), a observação assistemática – também chamada de observação simples – consiste em observar os fatos que ocorrem sem um planejamento específico, sendo bastante utilizada em estudos exploratórios. Este tipo de observação exige uma atitude de prontidão por parte da pessoa que pesquisa, que precisa estar atenta ao que acontece, dado que, o fenômeno se dá de forma imprevisível.

Para a análise do material, consideramos adotar o **método fenomenológico descritivo** por este atender a necessidade da pesquisa, pois se concentra em explorar, de forma aprofundada, cada complexa e multifacetada experiência humana. O método consiste em descrever as experiências vivenciadas sobre determinado fenômeno (Andrade; Holanda, 2010). Ele é dividido em quatro etapas indicadas por Giorgi e Sousa (2010):

A **1ª Etapa** consiste em realizar uma leitura, na íntegra, do material transcrito, isto é, das experiências narradas pelos participantes. Nesta etapa, deve haver a suspensão de todo o conhecimento prévio e de qualquer interpretação em relação ao tema, essa atitude de redução fenomenológica é fundamental para concentrar a atenção na experiência da forma como ela foi apresentada. Deste modo, é possível alcançar o **sentido geral** do texto.

Na **2ª Etapa** o pesquisador irá fazer uma ou mais releituras das descrições com a finalidade de realizar a transição de sentido, que consiste em introduzir uma marca (traço na vertical) na medida que se percebe uma mudança no sentido da narrativa. Essas quebras do

texto em pequenas partes formarão as *unidades significativas*, permitindo assim uma análise mais aprofundada da experiência posteriormente. As unidades não são formadas aleatoriamente, elas possuem uma relação com os objetivos da pesquisa.

A **3ª Etapa** é considerada primordial por Giorgi e Sousa (2010), é nessa fase a linguagem cotidiana do indivíduo é transformada em *significados psicológicos*, com foco no fenômeno investigado. Algumas interrogações são feitas com o intuito de revelar o que está implícito nas descrições, de forma a extrair o sentido sobre a temática estudada (Andrade; Holanda, 2010). Importante ressaltar que não se trata de reformular e substituir as descrições do indivíduo, estas que possuem uma riqueza tamanha, mas sim extrair os sentidos sobre a temática que está sendo estudada (Giorgi; Sousa, 2010).

Na **4ª** e última **etapa**, as unidades de significado são agrupadas conforme suas semelhanças e assim, as *sínteses das unidades são elaboradas em forma de declaração*, formando o que é conhecido como “estrutura da experiência”. As categorias formadas refletem o conjunto de experiências dos participantes, possibilitando uma análise mais aprofundada do material coletado.

#### **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Neste capítulo detalharemos os procedimentos metodológicos da pesquisa. Nesta primeira parte são apresentados: o local da pesquisa, com informações a respeito do cenário onde a pesquisa foi realizada; a estratégia de acesso ao local; os participantes, com a apresentação do perfil das pessoas envolvidas no estudo; os aspectos éticos adotados no estudo. Esta primeira parte do capítulo é sucedida de dois subtópicos. No primeiro são apresentados os procedimentos de construção dos dados. Os processos de tratamento e análise do material ocupam o segundo tópico e encerram o capítulo.

O **local da pesquisa**, onde o presente estudo foi realizado, foi em um Caps III da cidade do Recife. A escolha por essa modalidade de Caps contempla o conjunto de experiências que o estudo objetiva explorar, pois é um dispositivo de atenção contínua, diferente de outras modalidades, pois possui funcionamento 24h, estando aberto inclusive nos finais de semana e feriados. A atenção contínua favorece a possibilidade de um maior acompanhamento dos usuários que estão em crise ou daqueles que passaram por este tipo de experiência.

No primeiro momento foi feito um contato prévio com a gerência do Caps para informar sobre a pesquisa e sondar o interesse em participar, condição para emissão da Carta

de Anuência por parte da Prefeitura do Recife (Apêndice B). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE (Apêndice C), dando início ao trabalho de campo. Inicialmente foi retomado o contato com a gerência do Caps com o intuito de detalhar a ideia da pesquisa. A gerência recomendou que a proposta fosse apresentada à equipe de profissionais do serviço, no dia da reunião técnica, no primeiro horário. No dia combinado, o projeto foi apresentado à equipe, o diálogo durou em torno de 45 minutos. As expressões foram distintas entre os presentes, alguns profissionais compreenderam o sentido da pesquisa e reconheceram a sua importância, enquanto outros revelaram suas preocupações e expressaram falas que sinalizavam uma relação de tutela sugerindo que seria preciso uma autorização de terceiros para que o indivíduo pudesse falar sobre suas experiências, por ser um “paciente de saúde mental”. Ao final da apresentação e de esclarecimentos, algumas Técnicas de Referência (TRs) indicaram possíveis participantes que atendiam aos critérios estabelecidos.

Como critérios de inclusão para participação na pesquisa foram considerados: ser maior de 18 anos; ser usuário da RAPS; apresentar uma condição de estabilidade do quadro sintomático. Tal critério foi formulado partindo do pressuposto que estar vivenciando uma crise pode acarretar maior sofrimento e estresse, além da possibilidade de afetar a capacidade de resposta; ter tido ao menos uma *experiência de crise* que demandou atendimento em Urgência Psiquiátrica ou internamento e ter disponibilidade para participar da pesquisa, além de concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). Os critérios de exclusão foram: possuir limitação cognitiva grave; e ser usuário da Raps em Caps ad e Caps infanto-juvenil.

Os contatos com os participantes para fazer o convite de participação na pesquisa e explicar sua finalidade foram realizados presencialmente ou por ligação telefônica. Todos os contatos com os participantes foram feitos com a colaboração da equipe do Caps. De forma voluntária eles ficaram livres para optar pela aceitação ou recusa em colaborar com o estudo. Todos os entrevistados aceitaram prontamente participar da pesquisa, demonstrando disposição e disponibilidade para relatar suas experiências, aprofundar sobre determinadas falas e sanar possíveis dúvidas.

Os **participantes** que integraram essa pesquisa foram cinco pessoas, sendo duas mulheres e três homens, destas pessoas, apenas uma não fazia mais acompanhamento no Caps, as demais estavam admitidas no serviço com frequência regular. A pessoa participante mais jovem tinha 28 anos e a de maior idade, 74 anos. O número de participantes foi definido, ao considerar que este quantitativo, de cinco a seis participantes, tem sido suficiente para

acessar com profundidade os fenômenos investigados, como tem sido feito no Grupo de Estudos Frestas (Sobral, 2019; Nascimento, 2020; Lins, 2021), no qual esta pesquisa foi desenvolvida.

O sigilo e o anonimato dos participantes foram garantidos pelo uso de nomes de pássaros, conhecidos pelos mais belos cantos da natureza (Azulão, Bem-te-vi, Canário, Rouxinol e Sabiá). A escolha por utilizar nomes de pássaros faz alusão à Luta Antimanicomial, que defende o cuidado em liberdade. E em referência à luta, os pássaros almejam a liberdade de voar, de existir e viver sem que a eles lhes sejam impostos o confinamento. Como diz Rubem Alves (2008, p. 29) “Pássaros engaiolados são pássaros sob controle [...] Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o voo”. Esta metáfora é utilizada pelo autor no contexto da educação, mas pode ser facilmente empregada no âmbito da saúde mental, devido ao tipo de cuidado que pode adotar em suas condutas, de abordagens restritivas, controladoras, mas também de respeito às singularidades. Além disso, a essência dos pássaros é o movimento, a independência e o canto, sendo este último a sua forma de se expressar e de se relacionar com o mundo.

Para realização dessa pesquisa, foram considerados **aspectos éticos** essenciais. No momento que antecedeu a coleta de dados, os participantes foram devidamente informados sobre o estudo, seus objetivos, o procedimento adotado, bem como os potenciais riscos e benefícios envolvidos. Foi enfatizado que a participação era voluntária, com total liberdade para decidir sobre sua participação ou não, assim como também lhes foi assegurado o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Foi garantido o sigilo e a privacidade das informações, assegurando que os dados dos participantes não seriam identificados. Todas as precauções necessárias foram tomadas para proteger os sujeitos da pesquisa. Quanto ao armazenamento dos dados coletados, tanto os áudios quanto às transcrições ficarão guardados em uma pasta protegida no computador, de uso pessoal e protegido com senha, pelo período mínimo de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

A ética na pesquisa requer ações necessárias para se garantir a integridade do estudo. Shaughnessy, Zechmeister, e Zechmeister (2012) dizem que “fazer uma pesquisa de uma maneira que não seja ética prejudica todo o processo científico, atrapalha o avanço do conhecimento e erode o respeito do público pelas comunidades científica e acadêmica” (p. 75). Em vista disso, a pesquisa foi realizada obedecendo aos critérios éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 (Brasil, 2012), referente à pesquisa com seres humanos, e pela resolução Nº 510/2016 (Brasil, 2016), que determina as diretrizes éticas para as ciências humanas e sociais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE por meio do parecer favorável sob o CAAE nº 63903922.4.0000.5208.

#### **4.1 Procedimentos de construção de dados**

No momento do encontro com cada participante, o TCLE foi devidamente apresentado e explicado minuciosamente e, após o consentimento e assinatura nas duas vias do TCLE, a pesquisa teve início com a realização da entrevista narrativa (Jovchelovitch; Bauer, 2002). Ao levar em consideração que no primeiro momento poderia haver uma certa inibição dos participantes, o *rappport* foi estabelecido com o intuito de tornar o ambiente mais agradável e acolhedor, assim como construir um clima de segurança e conexão entre o(a) participante e a pesquisadora.

Posteriormente, a seguinte questão gerativa foi disparada “*Como foi para você sua(s) experiência(s) de crise?*”. E assim, as memórias foram evocadas e as narrativas acerca das experiências iniciadas. No decorrer dos relatos sobre a experiência da crise, foram exploradas “Questões referentes à experiência da crise” e “Questões referentes aos serviços que frequentou/frequenta” (Apêndice A) no contexto do que Jovchelovitch e Bauer (2002) nomeiam de Questionamento.

Importante destacar que foi crucial conhecer a linguagem empregada pelos entrevistados, para isso, algumas perguntas foram realizadas durante as entrevistas para esclarecer partes ambíguas, e assim explorar os significados contidos na narrativa.

As entrevistas foram audiogravadas em um gravador de celular e realizadas individualmente, nas próprias dependências do Caps em local reservado, para poder facilitar a livre expressão de cada participante, de forma a preservar o sigilo e o anonimato. Das cinco entrevistas realizadas, três demandaram um segundo momento, em outro dia, para a continuidade do relato da *experiência de crise* dos participantes. Ainda que nossa expectativa tenha sido abordar primeiro conteúdos de identificação e da experiência pessoal da crise, investindo, consecutivamente, na atenção aos serviços de saúde, a trilha da entrevista foi orientada pelo conteúdo que o participante priorizou. As entrevistas aconteceram em horários distintos das atividades em que os entrevistados, os quais estavam em tratamento no Caps, participavam no serviço. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 1 hora e 17 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e volume de todas as transcrições somaram 76 páginas.

O estudo também contou com a observação assistemática (Gil, 1989), que foi iniciada

desde o primeiro momento no campo. Em cada visita e interação, a atenção se fazia presente e constante. Após cada entrevista e saída do campo, as informações acerca das situações, diálogos, expressões de emoções e reações eram registradas em um documento criado para o diário de campo no *Google Drive*, com data registrada. Embora este material não tenha sido submetido a uma análise específica, consideramos sua contribuição significativa para o processo de coleta, construção dos dados e compreensão do fenômeno estudado.

Além dos procedimentos supracitados é importante destacar que houve a consideração e o acatamento de orientações para prevenção da COVID-19, recomendadas pelas autoridades sanitárias, com a devida utilização de máscaras, álcool em gel com concentração de 70% e distanciamento físico.

#### **4.2 Procedimento de tratamento e análise dos dados**

Após a transcrição de todas as entrevistas, foi iniciado o processo analítico pelo método fenomenológico empírico (Giorgi; Sousa, 2010). O primeiro passo consistiu na leitura exaustiva de cada entrevista, sem a tentativa de estabelecer unidades de análise preliminares, visando alcançar uma compreensão abrangente das experiências relatadas e assim, estabelecer o seu *sentido geral*, referido em uma frase que será apresentada no capítulo seguinte.

No segundo momento, releituras foram feitas para que fossem identificadas as *unidades de significado* da experiência de crise para os participantes. Em cada transcrição, separamos trechos correspondentes às unidades de significado. As especificidades da experiência de cada pessoa foram contempladas, consonante aos fundamentos da pesquisa de inspiração fenomenológica. Recursos de ordenar, selecionar, classificar, copiar e colar do editor de texto *Word* (Galindo; Francisco; Rios, 2013) foram utilizados durante esta etapa do processo analítico.

Quatro unidades de significado compõem essa etapa do processo e são apresentadas a seguir com o objetivo de garantir transparência e possibilitar o acompanhamento detalhado do método de análise, conforme orienta Giorgi e Sousa (2010).

A unidade de significado *história de vida até o primeiro episódio de crise* envolve relatos sobre o contexto pessoal com dados sobre sua existência, modo de ser, ambiente em que se desenvolveu e experiências pessoais marcantes até a experiência da crise. Os fragmentos a seguir ilustram essa unidade: “*eu cozinhava, eu que fazia minhas coisas tudo, trabalhava*” (Rouxinol); “*eu era um menino muito inteligente*” (Azulão); “*minha vida sempre foi muito agitada, desde pequena*”, “*nunca tive infância*” (Bem-te-vi); “*fui sempre*

*bem quista por todo mundo, sempre fui uma menina direita”* (Sabiá).

A unidade **sofrimento pessoal no contexto de crise**, abrange os sintomas vivenciados, o estado emocional e psicológico dos participantes, questões relativas a si mesmo, como a maneira de se relacionar consigo e o entendimento de si. Com os seguintes fragmentos dos relatos para ilustrar: *“eu não tinha noção do que eu tava fazendo”* (Canário); *“foi quando começou toda perturbação na minha vida, porque comecei a tentar me suicidar, queria morrer”, “chegou em um ponto que eu não aguentava”, “é um processo doloroso, por mais que você tente se controlar, você não consegue”* (Bem-te-vi); *“eu não ligava pra roupa, pra nada, eu tava ruim, eu tava péssimo, e eu não aceitava ajuda de ninguém”, “Eu tinha consciência, mesmo em crise, que eu tinha que sair dessa, tinha que lutar, mas foi difícil”* (Azulão); *“eu tinha a sensação de que alguém vinha me matar”* (Rouxinol).

A unidade **interações e relações sociais** explora a dinâmica das relações familiares, românticas, de amizade, profissionais e comunitárias, abrangendo diversos contextos da vida dos participantes. Com os seguintes fragmentos dos relatos para ilustrar: *“eu vi muita gente também se afastar de mim, né, amigos de trabalho deixaram de falar comigo”* (Bem-te-vi), *“ali [grupo da academia] a gente é feito se fosse uma família quando um adoecer um sempre tenta ajudar o outro assim, com palavras, com apoio”* (Bem-te-vi), *“eu não tenho amigos não, eu sou sem amigos, os amigos que eu tinha era só por interesse, só por alguma coisa, então isso não me interessa não”* (Canário) e *“Os amigos, teve um bocado, que se afastou, aí eu não considero mais como amigo, né”* (Rouxinol).

Por fim, a unidade **atenção recebida na crise pelos profissionais e serviços de saúde**, que engloba relatos relacionados à forma como as pessoas foram percebidas, reconhecidas e tratadas em diferentes contextos. Com os seguintes fragmentos dos relatos para ilustrar: *“foi no Caps que eu aprendi que eu tinha outros meios, que eu tinha outras saídas”* (Bem-te-vi), *“no Caps a gente é mais acolhido, é bem tratado”* (Canário), *“eu fui internado em lugares horríveis”, “eu não precisava de choque”* (Azulão) e *“já fui muito internada chega dá agonia”, “tratavam a gente feito um bicho”* (Sabiá).

Dentro dessas unidades de significado, a depender de sua extensão e variedade de sentidos encontrada, foram feitas divisões, como subunidades, no sentido de acessar de forma mais profunda a experiência do participante. Por exemplo, na unidade significativa **atenção recebida na crise pelos profissionais e serviços de saúde**, constavam “cuidado satisfatório”, “medicação” e “desrespeito”. Na unidade **sofrimento pessoal no contexto de crise**, as subunidades foram “autoaceitação”, “insegurança e medo”, “depressão” e

“despersonalização”. Em **interações e relações sociais**, “rejeição”, “preconceito, estigma e exclusão social”, “violência e ameaça” e “apoio” constituíram as subunidades.

O terceiro passo do método envolveu a **transformação** dos trechos literais contidos nas unidades **em linguagem psicológica**, com foco no fenômeno em questão. Nesta etapa buscamos compreender não apenas o que foi dito, mas também o sentido das experiências relatadas. Para tanto, suspendemos todo conhecimento prévio sobre o fenômeno e assumimos a atitude de redução fenomenológica, conforme indicado no capítulo 3.

Como um dos produtos do processo de análise até aqui, organizamos a estrutura da *experiência de crise* para cada participante em forma de narrativa. A **linguagem psicológica** impressa em cada texto, por vezes foi ilustrada com trechos literais das entrevistas, com o devido cuidado para preservar a autenticidade dos relatos e aspectos que constituem a experiência. Isso permitiu uma visão detalhada das vivências dos participantes, capturando a diversidade de experiências dentro do contexto da crise. Esse esforço possibilitou discutir sobre a estrutura da *experiência de crise*, em concordância com os pressupostos teóricos da pesquisa.

A quarta etapa consistiu na realização de uma **síntese das unidades de significados psicológicos** identificada no conjunto de experiências de crise. Foi produzido um texto abrangente e interpretativo, que reflete a estrutura geral da experiência dos participantes. Os nossos achados fazem interlocução com a literatura científica sobre o assunto.

## 5 EXPERIÊNCIAS DE CRISE

Cada subtópico neste capítulo apresenta a *experiência de crise* a partir de um participante da pesquisa, na seguinte ordem: Azulão, Bem-te-vi, Canário, Rouxinol e Sabiá.

### 5.1 A experiência de crise me transformou em outra pessoa

Azulão foi uma criança muito inteligente e ativa, sua mãe interpretava essas características como ser criança “*traquina*” e, portanto, devia ser corrigido através da violência física (“*pisa*”) e privações. Azulão não foi compreendido por sua mãe em relação ao desenvolvimento típico de uma criança e suas singularidades. Em casa, Azulão não encontrava apoio ou compreensão, sentindo-se inseguro em um ambiente que recorria à violência para tentar corrigir comportamentos que não se encaixavam nas expectativas da mãe, considerados indesejados ou anormais. Inserido nesse contexto, o seminário surgiu como um espaço seguro e acolhedor, proporcionando um afastamento do conturbado cenário

familiar. As situações vivenciadas por Azulão deixaram marcas emocionais profundas. Ele e os próprios médicos explicam que estas situações contribuíram para o seu processo de adoecimento e sentimento de ter chegado ao "*fundo do poço*" quando nas situações de crise. No contexto da história de Azulão, a hierarquia familiar e o desconhecimento do que se passava no manicômio orientou a decisão da irmã mais velha, que representava a figura de autoridade na família naquele momento, pelo internamento (involuntário) de Azulão.

As crises transformavam Azulão em outra pessoa. Ele experimentou sintomas e comportou-se de modo completamente distinto da pessoa que ele é. Durante esses episódios, ele não apenas apresentou sintomas psicóticos como "*alucinações, vozes*", mas também vivenciou uma realidade distorcida que desafiava a percepção de si mesmo e do mundo ao seu redor. O pensamento de que "*eu ia morrer, que o pessoal queria me matar*", refletia um profundo sentimento de aflição, medo, vulnerabilidade e desamparo. Seu autocuidado estava prejudicado "*cheguei ao ponto de andar descalço, roupa suja, sem tomar banho direito*", indicando uma negligência em atividades básicas, como a higiene pessoal. Além disso, Azulão também apresentou um consumo exacerbado de álcool durante as crises.

Para Azulão, a sua experiência da internação em hospital psiquiátrico foi desagradável, em termos de condições insalubres e degradantes da instituição, modo de atuação dos profissionais, tratamento e situações que se passavam no local como "*agressões físicas, desrespeito sexual*". O tratamento se configurou como invasivo, perturbador e prejudicial para sua saúde mental, deixando Azulão "*psicologicamente abalado*". Ele avalia que o tratamento recebido não resultava em uma melhora efetiva, "*chegava pior e saía mais ou menos, mas saía perturbado*". Segundo ele, os profissionais de saúde não agiram de maneira ética e competente, eram "*pessoas de profissionalismo nenhum*", que agiram de forma insensível e cruel, "*pessoas desumanas*". Esses profissionais mostraram desconsideração pelo momento crítico que ele e outros pacientes estavam enfrentando, tratando-os de forma desumanizada, como "*um animal*", além de sofrerem com o desrespeito e violação de direitos. Azulão descreve essa experiência como "*um crime*" pelo que era feito "*sonoterapia, choque elétrico (...) drogas e mais drogas que dava a gente*". Eles foram negligenciados, sem a atenção e cuidado necessários, sendo "*jogado*" em uma instituição cuja tarefa era cuidar. Azulão esteve sob pressão psicológica exercida pelos psiquiatras, que foram responsáveis por "*apertar minha mente*". Para Azulão, os profissionais estavam plenamente conscientes e capazes de entender as ações que realizavam "*ele(s) não era(m) louco(s)*". Essa concepção associa a loucura à falta de discernimento e a normalidade à presença de consciência e racionalidade.

Ao contrário do hospital, a experiência no Caps é satisfatória, caracterizada por um ambiente *“limpo, agradável”* e pelo respeito mútuo entre profissionais e usuários. Nessa atmosfera acolhedora e produtora do cuidado, Azulão não se sentiu pressionado ou coagido no seu processo de cuidado. Refere que neste espaço *“ninguém apertou minha mente não”*. A abordagem mais humanizada dos *“bons profissionais”* do Caps desempenharam um papel essencial para o seu bem-estar hoje. Ademais, a força de vontade e a determinação de Azulão, junto ao suporte que recebeu do Caps, também foram importantes para sua saúde mental. A psicoterapia, nesse contexto, foi uma ferramenta utilizada para compreender e lidar com os efeitos emocionais e psicológicos das experiências vividas.

Para Azulão, pessoas *“com problema psicológico”* são alvo de preconceito da sociedade, inclusive, de pessoas próximas e dos próprios profissionais de saúde. Ele observa que pessoas preconceituosas se colocam como superiores e *“não querem demonstrar”*, não assumem serem o que são. O desrespeito à pessoa e ao que passa com ela é marca significativa das relações e interações sociais. Azulão acreditava estar além do estigma da loucura *“pensava que era mais do que isso”*. Azulão rejeita para si o rótulo de *“louco”*, *“doente mental”*, de pessoa *“fora da sociedade”*, tal como a sociedade reconhece pessoas em sofrimento psíquico intenso. Ele rejeita o rótulo de loucura em si e a definição estereotipada e negativa a ele associada, frequentemente vista como inferior, perigosa e incapacitante.

Entretanto, comentando sobre as suas situações de crise, Azulão se identifica que *“parecia um louco mesmo, era outro”*, alienado de sua verdadeira essência, o que carrega um valor negativo sobre si de desvalorização e desqualificação. Esse processo de percepção de si reflete o estigma social da loucura, cuja vida padrão da pessoa, não é adequada às normas sociais e ao funcionamento estabelecido como aceitável. Ele sentia que não estava alinhado a essas expectativas sociais ao avaliar que *“não tinha condições não de tá com ninguém não, a não ser internando mesmo”* como forma de corrigir sua condição e garantir, de certo modo, a sua sobrevivência em meio ao sofrimento.

A *experiência de crise* promoveu uma desconfiguração de si, mas a pessoa que Azulão é ainda emergia em meio aos sintomas e à despersonalização. Essa consciência e retomada de si o impulsionava a querer sair da situação de crise *“Eu tinha consciência, mesmo em crise, que eu tinha que sair dessa, tinha que lutar, mas foi difícil”*. Para Azulão, ele é uma pessoa inteligente e forte, atravessou as situações de crise e retomou sua vida. Pessoas que o conheciam como ele é, sempre o reconheceram assim, mesmo quando em crise, o que indica que sua identidade não foi aniquilada/definida por essa experiência específica.

A sua determinação e força de vontade “*quem luta vence batalhas e até guerras e eu lutei!*” foram fundamentais para passar por esse momento “*difícil*”. Azulão é grato pela ajuda de profissionais, em cuja escala de contribuições para ele voltar a ser ele, “*primeiro deus, depois eu, depois os bons profissionais*”. Além disso, as pessoas comemoram a superação de Azulão, que hoje compartilha sua experiência com os outros, validando sua trajetória e se posicionando como um agente de mudança, em uma espécie de conexão e empatia com aqueles que se encontram em sofrimento psíquico. “*Hoje em dia eu falo com o maior prazer, pra quem quiser ouvir, principalmente pra ajudar os outros (...) são poucos, pra chegar aonde eu cheguei*”.

De forma geral, Azulão se apresenta como solitário, situação que foi mais marcante nos momentos de crise. Ele diz que tem “*casa boa, tudo, tem salário, tem dinheiro, mas me sinto só*”, destacando a satisfatória condição material em contraponto a sua realidade emocional.

Apesar de ter passado por situações marcadas pela dor e pelo sofrimento, buscou perdoar aqueles, inclusive familiares, que, como avalia, contribuíram para suas experiências difíceis, “*hoje eu tenho contato com tudinho, perdoei, deixei pra lá*”. Em relação aos amigos, Azulão selecionou com quem manter relações e se afastar daqueles que não o respeitaram. Essa seleção reflete uma conscientização sobre a qualidade das relações que possuía na sua vida. A filiação religiosa de familiares contribuiu para que hoje, Azulão acredite em Deus, especialmente após tudo que passou e sobreviveu.

## **5.2 A crise é uma experiência de perder-se de si mesma**

Bem-te-vi considera que teve uma infância “*agitada*” e “*pesada*”, permeada por desafios e sofrimentos. Durante esse período de sua vida, passou por situações de violência física por parte dos irmãos e acompanhou os episódios de sofrimento psíquico da sua mãe e ausência emocional da mãe, que se afastava por longos períodos, deixando-a e seus irmãos em situações vulneráveis e com a sensação de abandono. Bem-te-vi “*nunca soube o que foi ter carinho de mãe*”. Essa falta de afeto, proteção e consideração às suas necessidades essenciais enquanto criança impossibilitaram a vivência de experiências comuns da infância. Bem-te-vi se viu privada de um “*direito*” fundamental: viver a infância em sua plenitude. Diante do impedimento, da violação do seu direito e ausência de experiências, Bem-te-vi sente que “*nunca tive uma infância*”, revelando dor e sentimento de injustiça. Além disso, Bem-te-vi, filha de um segundo casamento por parte de mãe, sofreu as marcas da rejeição, por parte dos

irmãos, que a chamavam “*bastarda*” de forma pejorativa. A negação de seu lugar na família gera um sentimento de exclusão e inadequação.

Situações como o sofrimento psíquico da mãe e do irmão, aliadas ao abuso de substâncias psicoativas na família, violência, rejeição e ao desprezo familiar, “*desmantelou toda a minha vida*”, criando um espaço de constante ameaça e instabilidade. Bem-te-vi associa essas experiências à causa de seu adoecimento. A precariedade do local onde morava “*barraco de tábuas*” que “*tremia*” e “*parecia que ia cair*”, junto com a presença da sua família “*muito conturbada*” não ofertavam a segurança, a proteção e o acolhimento necessários para o seu desenvolvimento saudável. Sentindo-se insegura e vulnerável nesse cenário, Bem-te-vi “*não fazia nem questão*” de retornar para casa após o trabalho. As circunstâncias adversas que vivenciou e presenciou “*marcaram muito*” Bem-te-vi, e a dor e o sofrimento experimentados na infância ecoam em sua vida adulta. Seu sonho era ter uma “*família diferente*”, livre de conflitos, diferente daquela que experimentou, onde “*vivia no meio de um bando de bicho*”, o que denota sua insatisfação. Bem-te-vi anseia por um ambiente acolhedor, onde se sinta amada, respeitada e segura.

Durante os “*surtos*”, há uma desconexão entre a pessoa que ela é nesses momentos, com posturas agressivas e comportamentos que não reconhece como seus e que “*não é normal*”, e a pessoa que é “*em mim mesma*”, fora do surto, “*uma pessoa que gosta de fazer bem ao outro*” e é cuidadosa consigo. Ela não se reconhece na pessoa que se transforma durante a crise, identificada como o “*oposto da pessoa que eu sou*”. Essa dicotomia entre o “eu” da crise e o “eu” da sanidade gera confusão, angústia e questionamentos sobre sua própria identidade. A interpretação de Bem-te-vi sobre o que acontece nesses momentos é como se um “*inimigo*” tivesse entrado em seu corpo, revelando a sensação de perda de controle e autonomia. Os seus episódios de crise são marcados pela falta de consciência e memória. Não lembrar do que se passa consigo, nas “*crises*” e “*surtos*” anteriores, “*machuca*” e “*dói*” em Bem-te-vi, pois ela não tem o controle de suas ações ao realizar “*um monte de coisa e não saber o que fez*” nesse momento crítico. Essa falta de lembrança persistia mesmo após o retorno da consciência. Ser gravada durante esse momento crítico, sem a sua permissão, foi algo invasivo, “*doloroso*” e desagradável, uma vez que expôs aspectos íntimos de sua vida sem seu consentimento e a confrontou com um “eu” que ela não reconhece como seu. Após episódios de crise, Bem-te-vi fica à mercê de relatos de terceiros para reconstruir o que se passou. Essa dependência intensifica a sua angústia “*me fere*” e o sentimento de impotência, além de gerar dúvidas. Ao se deparar com essas informações a respeito de si mesma, Bem-te-vi experimenta uma profunda incompreensão, que faz com que

busque respostas para a pergunta “*por que isso comigo?*”, na tentativa de integrar e entender melhor sua própria vida.

No quadro depressivo em que se encontrava, Bem-te-vi considerou o suicídio como “*a única solução*” para escapar do sofrimento insuportável. A dor se tornou tão intensa que a levou ao limite “*chegou em um ponto que eu não aguentava*”. A rejeição, o preconceito, o diagnóstico de transtorno mental, o tratamento e a falta de lembranças dos episódios de crise se acumularam, criando um peso insustentável. Bem-te-vi experimentou sintomas que anunciam a iminência de uma crise, como: alucinações auditivas “*escutar vozes*”, ansiedade, euforia, compulsão por sexo “*fico com vontade de fazer sexo*” e compras “*me endivido*”, além de impulsividade “*meto os pés pelas mãos*”. Passar por esses sintomas é um “*processo doloroso*” e de difícil controle. Os episódios de surto frequentemente resultavam em internações, e após os surtos, o sentimento é de desesperança e desejo de morrer, devido à dificuldade em aceitar sua condição, configurando assim um ciclo vicioso.

Inicialmente, foi difícil para Bem-te-vi aceitar as mudanças que ocorreram em sua vida após uma crise que rompeu com a rotina anterior. Antes da experiência da crise, ela levava uma vida “*normal*” e “*diferente*”. Com a crise, sua vida passa por uma transformação radical, “*virou pelo avesso*”. Ela tinha sua independência financeira e satisfação das necessidades pessoais, o que lhe proporcionava segurança e estabilidade, no entanto, “*de repente tudo aquilo se desfez*” com a perda do emprego. Essa situação (perda do emprego), após experiência de crise, intensificou o que se passava com Bem-te-vi. Ela “*ficava mais perturbada ainda*” com a preocupação pela falta de dinheiro e a dificuldade em atender suas necessidades, lançando-a em um mar de incertezas em relação ao futuro.

Ao ser impedida de trabalhar, mesmo demonstrando “*capacidade pra trabalhar*”, Bem-te-vi começou a se sentir “*uma pessoa inútil*” e que “*não serve pra nada mais*”, refletindo uma crise de identidade. A rejeição que ela enfrentou intensificou o sentimento de inutilidade e desvalia, levando-a a questionar seu valor e seu papel na sociedade. Além do ambiente profissional, ela também enfrentou rejeição em suas relações pessoais. Anteriormente, convivia com outras pessoas e tinha a confiança delas, mas com os episódios de crise, essas relações sofreram impactos, e diante dessa situação, “*ninguém vai confiar mais em você do jeito que confiava*”. As relações que antes proporcionavam suporte se tornaram fontes de dor e exclusão. A rotulação, por familiares e colegas, como “*a louca*”, desencadeavam angústia em Bem-te-vi, devido ao estigma associado à loucura, de periculosidade “*não chegava nem perto de mim*” e à percepção de incapacidade diante de atividades “*tu é doida, tu vai fazer não*”. Tanto o esposo quanto os amigos de trabalho,

distanciaram-se de Bem-te-vi, deixando-a à margem, seja devido à falta de compreensão sobre o assunto, por medo “*quando me viam já ficavam assim, assustada*” ou por desconfiança. Bem-te-vi identifica o preconceito que sofreu como a “*pior doença que existe*”, sendo essa a principal fonte de dor e sofrimento. A família, que deveria ser um espaço de acolhimento, para Bem-te-vi, em alguns casos, torna-se manipuladora ao utilizar o estigma associado ao transtorno mental para controlar situações ou se isentar de responsabilidades “*faz aquilo virar contra você*”. Entre o ser louco e o ser normal, Bem-te-vi reconhece que não há um único padrão de normalidade, pois há comportamentos das pessoas ditas “*normais*” que fogem da definição convencional sobre a normalidade e das expectativas sociais relacionadas.

Bem-te-vi deseja ser vista além do “*problema mental*” que possui, ela busca transcender a visão limitada que as pessoas possuem dela, devido a sua condição de saúde mental. Ela anseia ser reconhecida por sua competência e habilidade para o trabalho por meio do “*talento que eu tenho*” no artesanato. Ao receber sua carteira de artesã, Bem-te-vi “*mostrava a todo mundo*” para que as pessoas não apenas vissem a sua “*conquista*”, mas também como forma de confrontar os estigmas e preconceitos associados a pessoas com transtornos mentais. Bem-te-vi se depara com a constante desqualificação de suas capacidades, ouvindo frase como: “*você não é capaz*”. Nesse contexto, a arte se torna um instrumento de resistência, um meio de desafiar essa narrativa e afirmar sua autonomia “*pra vocês verem que eu não sou doida do jeito que vocês falam*”.

Bem-te-vi passou “*uma vida implorando ser amada*” por seus familiares e enfrenta o desafio de lidar com a realidade de que não pode controlar os sentimentos ou a aceitação dos outros em relação a si mesma “*eu ainda não consegui reconhecer que eu não posso forçar ninguém gostar de mim*”, sentindo-se frustrada em relação às expectativas não correspondidas. Atualmente, Bem-te-vi encontra compensação dessas necessidades emocionais fora do núcleo familiar, evidenciando sua necessidade de pertencimento e conexão. Ela também reconhece a importância do autocuidado e da independência emocional “*eu é que tenho que me preencher*”, pois esperar a aceitação e aprovação dos outros pode levar à decepção. Para Bem-te-vi, essa autoaceitação é fundamental em seu processo de adoecimento e tratamento, pois envolve enfrentar estigmas e sentimentos negativos em relação às opiniões externas “*tem gente que tem vergonha de dizer às pessoas ‘faço tratamento no Caps’*”. Ao se aceitar plenamente, ela se liberta dos rótulos e das expectativas alheias. Bem-te-vi acredita que esconder sua condição de saúde “*prejudica mais*” a situação. Ao se aceitar plenamente e compartilhar suas experiências, isso lhe dá a oportunidade de

discernir quem realmente está ao seu lado, independente das circunstâncias *“uma pessoa que gosta de você não vai se afastar de você porque você toma remédio controlado, não vai se afastar de você porque você faz um tratamento no Caps”*. Essa autoaceitação permite que Bem-te-vi não se deixe definir ou afetar por rótulos, pois o que realmente importa para ela é a percepção de si mesma e o seu sentimento.

Bem-te-vi apresenta uma autoaceitação da sua história e das experiências pelas quais passou, considerando como algo contributivo para seu crescimento pessoal. Apesar das dificuldades enfrentadas, ela acredita que todas as experiências moldaram a pessoa que é hoje. As experiências de crise e do processo de adoecimento, embora dolorosas, proporcionaram insights sobre si mesma e aprendizados significativos. Foi a partir dessas vivências que ela percebeu sua força, mesmo em momentos de dúvida sobre sua capacidade em enfrentar situações adversas *“muita gente não aguentaria passar a metade do que eu passei”*. Essas experiências de Bem-te-vi ajudaram a descobrir *“a força que eu tinha”* e despertaram nela a importância de estabelecer objetivos de vida. Ao superar desafios, ela se permitiu construir sonhos. O trabalho com artesanato se tornou uma expressão de sua superação e um caminho para realizar seus objetivos, sendo associado por ela como um dos fatores que contribuíram para sua melhora. Apesar dos desafios impostos pelos efeitos adversos da medicação como: o corpo como um fardo físico e o risco de se conformar com essa condição, Bem-te-vi recusa a se acomodar *“eu sou mais forte do isso”*, encontrando incentivos para melhorar e sair desse estado de *“moleza”*, desânimo e constante repouso. Diariamente, com sua força e determinação, Bem-te-vi enfrenta uma *“luta”* interna ao lidar com os sintomas e os desafios decorrentes do processo saúde-doença. Neste *“conflito entre eu e eu mesma”* ela busca sua melhora e bem-estar, visando o progresso ao superar, dia após dia, o desafio de *“ser melhor do que eu fui ontem”*.

Durante o tratamento, Bem-te-vi enfrentou momentos difíceis *“sofri demais”* e *“passei por muita necessidade”*, evidenciando sofrimento. Inicialmente, ela teve dificuldade em aceitar o tratamento medicamentoso, por não se considerar *“louca”*. Essa recusa surgiu como uma forma de defesa, refletindo o seu desejo de manter a identidade de pessoa *“normal”* e se afastar do rótulo estigmatizado da loucura. A não aceitação de sua condição iniciou uma fase turbulenta, de *“perturbação”* em sua vida, associando crises recorrentes *“uma crise em cima da outra”* e as tentativas de suicídio como efeito disso. Diante da intensidade e frequência do sofrimento e desespero, Bem-te-vi chegou a pensar na possibilidade de *“fazer uma cirurgia”*, para prevenir futuros surtos, buscando assim tentar recuperar o controle sobre sua vida.

A psicoterapia desempenhou um papel crucial ao ajudar Bem-te-vi a compreender melhor as situações que desencadeiam suas crises e a entender os seus sintomas. Esse processo favoreceu uma compreensão sobre sua história pessoal e seus relacionamentos familiares, que ao revisitar suas vivências ela observa padrões e influências em sua vida. Bem-te-vi considera que, embora a medicação seja necessária para o controle de seus sintomas, visto que através dela ela *“voltava ao normal”*, é o que mais incomoda as pessoas com transtornos mentais. A rigidez dos horários para *“tomar a medicação”* e *“pra dormir”* limita sua autonomia e liberdade de escolha. Sua experiência com medicamentos foi marcada por efeitos colaterais negativos como a sensação de estar *“dopada”*, *“impregnada”* e a dificuldade em *“falar direito”*. Essas experiências despertaram desconfiança em Bem-te-vi, levando-a a questionar a real intenção por trás da prescrição dos medicamentos, a ponto de pensar que queriam prejudicá-la *“vocês querem me matar”*. Apesar das dificuldades e do distanciamento que a crise provocava de si mesma, Bem-te-vi mantém o desejo e a esperança de alcançar um estado de *“cura”* para sua condição de saúde mental, embora que também compreenda que *“muitos dizem que não tem cura”*, refletindo a busca incessante por um sentido de normalidade.

Em relação ao serviço de saúde mental, o Caps, Bem-te-vi inicialmente sentia *“vergonha”* de admitir que estava em tratamento, devido ao estigma social associado. No entanto, com a autoaceitação e a compreensão e aceitação das pessoas, que passaram a vê-la além de suas crises, Bem-te-vi não sente mais constrangimento com sua condição e não tem *“medo”* de ser julgada. Bem-te-vi encontrou no Caps um espaço de acolhimento e compreensão, considera o suporte ofertado pelo serviço como positivo *“ajuda muito”*. Ela identifica ganhos significativos como o restabelecimento de confiança em si mesma e autoeficácia, além da reinserção social *“me colocaram de novo em contato com o social”*, favorecendo a criação de vínculos sociais. Diante da difícil realidade, Bem-te-vi reconhece que se não buscasse ajuda e não lutasse por sua recuperação, *“eu ia me acabar, ou eu tava internada”*. A necessidade de mudança a motivou a seguir e *“não desistir de lutar”*. A determinação, a motivação e o compromisso com o tratamento foram fundamentais para Bem-te-vi não estar em um estado constante de crise.

Bem-te-vi possui uma referência positiva do Caps, das atividades de grupo variadas e dos profissionais que são *“muito cuidadosos”*. Esse ambiente acolhedor proporciona a ela a *“força”* necessária para continuar vivendo. Para Bem-te-vi, os profissionais do Caps *“não veem só a Bem-te-vi que surta”*, mas veem a pessoa de Bem-te-vi, como um todo, considerando sua subjetividade, história de vida e cotidiano. Isso contrasta com outras pessoas

que a percebem de forma limitada e restrita que “*só quer ver você pelo surto*”, ignorando sua totalidade. O cuidado e o apoio recebidos no Caps estimularam Bem-te-vi a redescobrir a satisfação na vida e a encontrar alternativas para enfrentar suas dificuldades “*aprendi que eu tinha outras saídas*”, além de lhe “*ensinaram*” a lidar com o processo de sofrimento. Após passar por um período de sofrimento intenso, com a presença de pensamentos suicidas, Bem-te-vi encontrou no Caps o apoio necessário para “*sair desse buraco*”. No Caps, as pessoas com transtornos mentais são apoiadas, cuidadas e tratadas com dignidade, sem serem estigmatizadas como “*louco(s)*”. Bem-te-vi se sente confortável e segura para expressar suas emoções graças ao acolhimento que recebe. Em contrapartida, ela percebe que há uma disparidade no tratamento que recebe em casa pelos familiares, onde há desprezo, desrespeito, estigma e falta de compreensão. Em alguns casos, os familiares usam a condição de saúde mental da pessoa em sofrimento para encobrir violências cometidas “*faz (...) aquilo virar contra você, contra o paciente*”. Bem-te-vi considera que existem abordagens durante o momento da crise, que são inadequadas e prejudiciais, pois “*machuca(m)*” o paciente. Ela enfatiza a importância de um tratamento humanizado, que vá além das práticas convencionais de “*segurar e aplicar injeção*”, defendendo que “*um pouquinho de amor*” pode fazer diferença nesses momentos de crise.

Bem-te-vi recebeu apoio significativo de amigos que fez na academia de ginástica, a forma como se relacionam, de ajuda mútua, apoio e afeto, traz uma referência para Bem-te-vi de “*uma família*” que sempre quis ter. A prática religiosa em “*umbanda*” e o “*centro espírita*” ajudou Bem-te-vi a lidar com a “*perturbação*”, acolhendo-a. Ela chegava “*aperreada*” e saía aliviada após participar das atividades religiosas. O apoio de Bem-te-vi veio de Deus e do Caps, “*anjos bons na minha vida*”, a quem expressa profunda gratidão.

Bem-te-vi demonstra um compromisso em evitar que as crises se repitam, “*eu faço de tudo pra não deixar chegar mais a esse ponto*” utilizando a medicação adequadamente e evitando substância psicoativa. Bem-te-vi aprendeu, com a psicoterapia, que existem “*gatilhozinhos*” que anunciam a vinda da crise, sendo o seu primeiro a alucinação auditiva, “*escutar vozes*”. Ao reconhecê-los, Bem-te-vi toma medidas imediatas para evitar a crise ou ainda de atenuar seus efeitos, evitando “*ter um surto mais forte*”, pois sabe que passar por essa situação “*não é legal pra mim*”, em termos do que se passa consigo e dos efeitos pós-crise. A prevenção de crises futuras se torna um ato de autocuidado para Bem-te-vi. O compromisso com o seu tratamento é reforçado pelo sofrimento e desconforto das experiências anteriores “*eu não quero mais ficar do jeito que eu ficava*”.

### 5.3 A soma de experiências ruins me levou à crise

Ao longo de sua vida, as relações interpessoais de Canário envolveram conexões significativas que lhe marcaram profundamente. Seu relacionamento com a mãe era caracterizado por um vínculo afetivo intenso, vê-la em estado de sofrimento psíquico, apresentando nervosismo e quadro de agitação, mobilizava tristeza e impotência em Canário. O falecimento da mãe resultou em uma dupla perda para Canário: “*perda sentimental*” e “*perda financeira*”. Ele esteve devastado e profundamente impactado “*nunca pensei que eu ia sofrer tanto*” diante dessa perda. Canário sofreu outro abalo emocional com o término de um relacionamento amoroso: “*fiquei sem chão*” e com o sentimento de rejeição. A perda de uma referência importante é experimentada como a perda de uma base sólida na qual Canário se sustentava, deixando-o perdido e desorientado, após o fim do relacionamento.

Diante de sofrimento psíquico intenso, Canário respondeu com depressão, tentativas de suicídio e o que nomeia de “*surto*”. Para ele, o quadro depressivo foi desencadeado pela soma dos acontecimentos: o falecimento da mãe, o término do relacionamento amoroso e a falta de emprego, momento em que “*juntou um bucado de coisa*” na sua vida, refletindo em uma sobrecarga emocional. A depressão se manifestou através de sentimentos de tristeza profunda, desamparo, desânimo e falta de propósito. Durante esse período, Canário se sentia sem energia. Neste período, preferiu se isolar do contato com as outras pessoas “*eu não tava bem de receber ninguém*”, sentia-se incapaz de interagir, preferindo ficar sozinho devido à sua condição de saúde mental, “*eu tava doente*”. Na ocasião do falecimento da mãe, em meio ao desespero e a dor, Canário jogou itens de coisas que mais gostava “*botei no lixo, rasguei [discos, posteres, revistas], eu era fã de Gretchen*” com a pretensão de se matar. Na outra tentativa, o término do relacionamento e a “*desilusão da vida*” foram decisivos para a tomada de decisão. Ele se sentia sem esperança e sem perspectiva de futuro. A morte lhe parecia a única saída para o sofrimento que estava vivenciando. No momento do “*surto*”, um acúmulo de eventos estressantes, pensamentos e intensidade emocional “*veio um bocado de coisa na minha cabeça*” precedeu ações como ficar nu, quebrar, rasgar, gritar, chorar e jogar coisas. Canário com o sentimento de desesperança, “*achava que nada tinha valor*”. O surto de Canário envolveu uma ausência da consciência destas ações “*fiz sem saber o que tava fazendo*”. Tanto nos períodos de “*depressão*” quanto no “*surto*”, Canário esteve com seu autocuidado prejudicado, negligenciando sua higiene pessoal.

A experiência de surto de Canário é referida por ele como algo que aconteceu de forma abrupta e inédita. O comportamento agitado e agressivo no “*surto*” não era familiar

para Canário, deixando ele confuso e assustado: *“eu nunca me dei conta disso”*. Estes comportamentos, de estar sem o controle de si, foi considerado um indicador negativo, ao sinalizar para Canário que ele estava *“muito ruim pra fazer isso”*, em relação ao comportamento de *“quebrar”*. Ao retornar a consciência e a memória do momento de surto, Canário ficou *“sem querer sair de casa”*, com o sentimento de *“vergonha”* e desconforto pelo que fez e das pessoas que lhe viram nessa situação de vulnerabilidade e exposição da intimidade. A experiência foi de intensificação do sofrimento vivido.

Diferente dos episódios de depressão, que Canário associa às difíceis perdas de sua mãe e do seu namorado, inquieta Canário não saber o que realmente causou o *“surto”*. Essa incerteza o deixa ainda mais ansioso e angustiado. Para a sua irmã, *“foi espiritual”*, enquanto ele associa ao abuso sexual de que foi vítima, acontecimento esse que marcou negativamente e alterou os seus planos de vida. Canário associa a sua orientação sexual *“homossexual”* como efeito do abuso sexual sofrido. Refere que *“se não fosse isso eu era um homem normal”*.

As experiências de Canário com a internação foram desagradáveis e ruins, inclusive com abordagem policial. O hospital se configura como um espaço hostil e desumano *“não é bom pra ninguém”*. Local onde ele se sentiu *“muito maltratado”*. Ele foi desrespeitado no contato com o psiquiatra que *“foi muito grosso”*, *“estúpido”* e *“agressivo”* para com ele, refletindo um impacto negativo em sua saúde mental e emocional; *“eu me senti mal”*. A experiência que Canário teve com os usuários do hospital foi marcada pela sensação de ameaça devido às situações de violência que se passavam nesse cenário em que *“você pensa que alguém vai fazer alguma coisa com você”*. Sentimentos como o medo, a insegurança, o desconforto e a vulnerabilidade foram experimentados neste ambiente em que ele se sentia exposto a riscos *“porque lá é assim, se você não tomar cuidado, perde as [suas] coisas”*, o que demandava sua atenção. A abordagem policial e a internação indicam para Canário restrição de liberdade, acompanhada do sentimento de *“medo de ficar preso”* e *“de ficar jogado lá naquele hospital”*, ambas situações que remetem à perda de autonomia e à falta de controle sobre sua vida.

Canário passou por duas experiências distintas com a medicação, no hospital esteve *“aéreo”* e *“fora de mim”*, sugerindo uma desorientação, desconexão consigo e com a realidade. Já no Caps, onde a medicação é ajustada pelo psiquiatra, há uma melhora em seu estado, *“posso dizer que eu tô melhor”*, ao considerar o efeito terapêutico da medicação.

Durante as experiências de *“surto”*, a referência de cuidado e acolhimento que Canário possui é da sua tia e do Caps. A tia de Canário desempenhou um papel crucial em sua vida, com paciência, dedicação e presença neste período, que *“vai ficar marcado pra*

*sempre*". O Caps, por sua vez, é uma referência positiva em termos de profissionais e suas posturas "*acolhedoras*" como também pelas atividades ofertadas pelo serviço, o que traz o sentimento de ser "*bem tratado*". Canário acredita que a capacidade de se comunicar de forma clara, a atitude calma e o diálogo são componentes importantes para lidar com uma pessoa em situação de "*surto*".

A relação que mantém com os usuários do Caps é cordial e harmônica. Em contraste, as outras relações de amizade foram desinvestidas. Canário considerava essas amizades como superficiais e oportunistas, "*os amigos que eu tinha era só por interesse, só por alguma coisa*", reconhecendo que tais relações não lhe proporcionavam o apoio e a reciprocidade que ele buscava.

Canário reconhece uma mudança em suas prioridades, passando a focar mais em suas próprias necessidades e desejos. Essa mudança "*eu quero fazer as coisas agora pra mim*" abrange a autoconsciência, a partir de suas experiências, e a vontade de cuidar de si mesmo.

#### **5.4 A crise tirou minha liberdade**

Rouxinol possuía um estado de funcionamento mental "*normal*" antes da primeira crise: "*passsei dez anos sozinho me sustentando, sem pedir nada a ninguém*". Ele possuía relações de amizade e tinha uma boa convivência com as pessoas em geral, entretanto ao passar pelo "*bendito surto*" ocorreu uma ruptura, revelando uma transformação em sua vida social e laboral. As atividades, que constituíam sua rotina diária, foram temporariamente suspensas. Rouxinol não pôde contar com o apoio e cuidado dos amigos "*me abandon(aram)*", restando o sentimento de desamparo e solidão. Neste período, Rouxinol contou apenas com a presença e o cuidado da família, que hoje se configura como uma condição para sua permanência junto a ela e distante de situação de vulnerabilidade, que esteve quando estava em situação de rua no momento do surto.

A experiência de Rouxinol durante sua crise é marcada por uma profunda sensação de insegurança e ameaça. A casa que geralmente é um espaço de segurança, acolhimento e proteção, para Rouxinol se tornou um lugar inseguro, pois acreditava que alguém iria matá-lo. O sentimento de medo e insegurança o impulsionou a sair, considerando essa decisão como "*a solução*" para a sua sobrevivência, apesar do "*outro risco*" que corria ao estar nas ruas. Em busca de um refúgio, Rouxinol se vê diante do dilema entre o perigo e o desconhecido. Rouxinol se sente desamparado e desesperado, inserido em um ciclo de risco de ameaça constante a sua vida. A sensação de estar ameaçado de morte, as vozes e o "*pensamento*

*negativo*” ocuparam sua mente de forma incessante. Experimentar tais sensações consumiu psicologicamente Rouxinol, que ao intensificar o sofrimento considerou o suicídio como uma tentativa de escapar de um estado insuportável. Para Rouxinol, essa experiência foi inédita, abrupta e inesperada, além de estranha “*uma coisa de outro mundo*” em relação a si mesmo e sua realidade cotidiana. Essa experiência fora do comum, apresentou-se de forma desconcertante, deixando Rouxinol confuso quanto à natureza e aos aspectos contidos em sua experiência. Todo processo que envolve o adoecimento, para ele “*às vezes cansa*”, o que reflete uma exaustão emocional, que envolve lidar com as situações vividas, as mudanças e o impacto dos sintomas e sentimentos experimentados. O cansaço e a frustração, nesse contexto, integram a complexidade da experiência de sofrimento.

Rouxinol é uma pessoa que se descreve como “*reservado*”, ele acredita que o “*surto*” teve associação com a sua forma de ser. A característica de reserva contribuiu para a dificuldade em expressar o que continha dentro de si. Para ele, a comunicação com o outro e o desabafo poderiam “*evitar tudo isso*”, sendo entendidos como uma ferramenta de cuidado consigo, no ato de falar e aliviar o acúmulo de coisas. Mas, Rouxinol fez o contrário dessa possibilidade e diz que “*juntei muita coisa*”, que se passava na sua vida. Além disso, ele acredita que esse acúmulo e uma situação de ameaça no ambiente de trabalho, de vendedor ambulante no metrô, em que Rouxinol se sentiu “*constrangido*” e exposto, têm relação com a crise que experienciou.

A referência de Rouxinol sobre o hospital é positiva, em termos de atendimento, alimentação e instalações. Ele sente que o “*trataram bem*”, que se sentiu valorizado como pessoa e seguro. Para Rouxinol, as atividades ofertadas no Caps ajudam a expandir seus horizontes, “*abrir mais a mente*” e adquirir novos conhecimentos. Rouxinol experimentou distintos efeitos da medicação, desde a letargia, “*muito parado*”, dificultando ele a manter um funcionamento e execução de suas atividades. No entanto, a mudança de medicação, realizada pelo médico do Caps, proporcionou uma agilidade. Ele associa essa mudança como um sinal de melhoria ao se perceber mais ativo e com menor comprometimento no seu funcionamento cognitivo, no tocante à capacidade de pensar.

Os familiares, vizinhos e Rouxinol compartilham uma insegurança, preocupação e sentimento de “*medo de dar outro surto*”, o que cria um ambiente de tensão. Rouxinol se sente “*desconfortável*” em conviver com a desconfiança “*acham que eu vou fugir de novo*” das pessoas (familiares e vizinhos) de que outro “*surto*” possa acontecer. Rouxinol tem sua vida monitorada e sua liberdade restringida “*minha família não deixa eu sair como antes*”, configurando sua condição atual como uma sensação de estar “*preso*”. Essa observação

constante reflete uma visão estigmatizada de Rouxinol, sendo visto como imprevisível, incapaz de gerenciar sua própria vida e se manter seguro. Viver à mercê da autorização dos familiares para exercer seu direito de ir e vir e para viver plenamente faz com que ele se sinta impotente, frustrado e passivo em relação a sua própria vida, tornando o processo ainda mais sofrido.

Essa *experiência de crise* trouxe uma mudança na vida de Rouxinol, marcada por sofrimento intenso e desprazer. Antes, ele vivia em um estado de liberdade, indicando se sentir “*leve*”; agora, experimenta um estado de aprisionamento, carregando um “*peso*”, além de voltar a morar com a família. Essa mudança radical afetou sua configuração de viver e sentir. A perda de controle sobre si mesmo, de sua autonomia e funcionalidade, geraram outra perda subsequente: do “*sentido da vida*”. O desejo de Rouxinol é conseguir voltar a ter toda funcionalidade e liberdade que tinha antes do surto. Ele continua com o tratamento com o objetivo de “*voltar ao normal*”, buscando restaurar padrões sociais de normalidade, resgatar o sentido de pertencimento e recuperar a sua identidade que foi abalada.

### **5.5 Alguém pode me explicar o que aconteceu comigo?**

Sabiá teve uma infância estável e segura, sempre se sentiu “*bem quista*” por todos, refletindo sentimento de pertencimento e aceitação social. Ela se sentiu valorizada e cuidada, com suas necessidades físicas e emocionais atendidas. Recebeu uma educação que enfatizava o respeito e a integridade. Sabiá foi uma “*menina direita*”, boa aluna e com boas relações com a vizinhança. No entanto, ao receber o diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), aos 16 anos, ocorreu uma virada significativa em sua vida. Esse diagnóstico marca uma transição importante, de uma fase anterior de tranquilidade e estabilidade, em que “*não tinha problema nenhum*” para uma nova realidade marcada pela presença negativa dos “*sintomas*” do TOC, impactando sua trajetória de vida e suas relações.

Após o início do transtorno, o surgimento repentino de “*gritos*”, “*manias*” e “*pensamentos intrusivos*” lançou Sabiá em um turbilhão de caos e sofrimento. Apesar de períodos de “*trégua*” nos sintomas, eles retornavam com intensidade, momentos que Sabiá identificou como “*crise*”. Para Sabiá, o ciclo angustiante dos pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos era desestabilizador e perturbador, um verdadeiro “*negócio de endoiar*”. Esses “*pensamentos intrusivos*” afetaram emocionalmente Sabiá, causando nervosismo e estresse significativos. A única forma de se livrar deles e liberar a tensão interna

é através da realização dos rituais compulsivos, as “*manias*”. Essa dinâmica reflete a perda de controle, onde a necessidade de realizar os rituais se torna imperativa para alcançar o “*sossego*” momentâneo. Sabiá passou por estados emocionais intensos de “*agonia*”. Sua agitação psicomotora, momento em que esteve “*elétrica*”, nervosa e caminhando longas distâncias “*sem destino*”, revela a intensidade de sua “*perturbação*”. Os ferimentos nos pés de Sabiá, resultantes de um extenso trajeto percorrido, são as marcas físicas da complexa experiência subjetiva do seu sofrimento.

Suas crises envolvem movimentos repetitivos e excessivos como rodopiar, “*a ponto da cabeça ficar pesada*”, pular e gritar. A sensação de compulsão “*eu tenho que fazer*” revela a perda de controle sobre si mesma nesses momentos. Esses comportamentos compulsivos afetaram não apenas Sabiá, mas também seus relacionamentos, gerando conflitos frequentes com familiares e vizinhos devido ao descontrole e à necessidade de realizar as manias, “*fazia mania e brigava*”. Sabiá vivenciou uma distorção da realidade, acreditando que vizinhos, familiares, a polícia e os profissionais do hospital estavam conspirando contra ela, “*fazendo coisa pra mim*”, “*falando de mim*” e “*colocando coisa*” nos alimentos, além de sentir estar sendo “*monitorada*”. Essas experiências de perseguição e ameaça constante, indicam um estado de vulnerabilidade e desconfiança em relação às pessoas ao seu redor. Quando Sabiá refere “*escutar vozes*”, nega que seja “*como o pessoal doente escuta*” destacando que o que escuta são as “*vozes mesmo do povo falando*”. Assim, ela rejeita a possibilidade de ter alucinações auditivas e se distancia da possibilidade de ser classificada em uma categoria de transtorno, que englobaria este sintoma.

Durante as crises Sabiá experimentou uma desconexão com a sua identidade que foi transformada, ao ter comportamentos que não condizem com seus valores, como “*tirar a roupa*”, e verbalizações como “*chama(r) palavrão*” e “*falava coisas*”. Essa fragmentação, distancia Sabiá de sua normalidade, de “*sã consciência*”, levando-a a ações que não refletem quem ela realmente é. Sabiá reconhece, em meio às crises, que “*tava com raciocínio em mim*”, mas tem dificuldade em recordar detalhes específicos de suas ações, evidenciando uma fragmentação e uma alteração da consciência. Nos momentos em que mantinha o raciocínio e a consciência de si, entendendo o que se passa consigo, foi comentado pelo psiquiatra, com a concordância de Sabiá, que “*o sofrimento é mais*”. Isso significa que reconhecer e compreender o que está acontecendo, mesmo que não consiga controlar, eleva o sofrimento a um nível superior daqueles que não possuem clareza do que se passa consigo. Sabiá manifesta uma ambivalência suicida, em suas tentativas de autolesão na frente dos vizinhos, refletindo um conflito interno que caracteriza suas experiências de sofrimento intenso. Embora estivesse

experimentando um impulso autodestrutivo, seu “*gesto de querer mostrar*” tamanho sofrimento, configura-se de maneira implícita um apelo por ajuda. A intensidade destes sintomas foi decisiva para que ela fosse hospitalizada “*fui internada, tudo por conta dessas coisas*”. Durante as crises, Sabiá ficava “*recuada*” e recusava cuidados básicos de higiene. A perda de motivação e interesse no seu autocuidado, revela a sua incapacidade de lidar com a situação sozinha, sendo necessária a intervenção dos profissionais do Caps.

Inicialmente, Sabiá não tinha clareza sobre o que estava acontecendo consigo e o que desencadeou seu processo de sofrimento. Receber um diagnóstico pode trazer um certo alívio, pois nomeia o sofrimento e o coloca em uma categoria conhecida. No entanto, para Sabiá, essa resposta não é suficiente. A pergunta “*tu sabe porque aconteceu isso comigo?*” revela um desejo de ir além do rótulo, buscando compreender as raízes do seu sofrimento. Sabiá se sente insatisfeita e frustrada por não conseguir identificar a origem de seu sofrimento “*ninguém consegue me responder*”. Para ela, a compreensão sobre quem sofre com transtornos mentais está além de uma mera questão médica, Sabiá acredita que o “*problema é na alma*”, algo que envolve uma dimensão mais profunda e subjetiva, que considera outros aspectos que integram a complexidade da vida humana.

Nas experiências de crise, Sabiá foi transportada para o serviço de urgência psiquiátrica pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Ser levada pela ambulância atraiu a atenção pública e, diante da percepção do olhar das pessoas sobre ela, gerou um sentimento de “*vergonha*”, além de preocupação e insegurança sobre o que pensariam a seu respeito. Nesse momento, Sabiá precisou lidar com duas situações que demandavam sua energia: o que se passava consigo (o sofrimento interno) e no ambiente (o julgamento externo manifestado pelos olhares e comentários das pessoas), tornando suas experiências ainda mais “*difíceis*”. Ademais, Sabiá foi rotulada como “*doida*” e “*maluca*” pela vizinhança, com um tom pejorativo e desrespeitoso, em razão do seu estado de crise. O impacto do estigma social e a sensação de ser observada e julgada pelos outros causaram desconforto e angústia em Sabiá.

Sabiá também enfrentou situações de coerção e intimidação por parte de familiares, que a confrontaram verbalmente e ameaçaram violência física. Essas interações de ameaça e coerção violaram a dignidade humana de Sabiá, provocando sentimentos de medo, impotência e insegurança.

Sabiá passou por diversas experiências negativas em hospitais psiquiátricos, definindo-as como “*uma das piores experiências que a pessoa pode ter*”. O ambiente precário e insalubre, oferecia riscos à saúde, com camas inapropriadas para uso. A alimentação do

hospital era de “*péssima*” qualidade. A “*gritaria*” constante de outros pacientes criava um ambiente caótico e perturbador, dificultando o descanso, o tratamento e a sensação de segurança. Essas vivências de Sabiá construíram uma referência do ambiente hospitalar psiquiátrico como “*um hospício ao quadrado*” e um verdadeiro “*inferno*” devido à desorganização, negligência e disfuncionalidade do local. Sua frustração em relação ao tratamento é diante do descuido e da negligência dos profissionais para com os pacientes, eles “*não tratavam bem*” e se mostravam cruéis, frios e desumanos, “*tratavam a gente feito um bicho*”. Para ela, os profissionais estavam ali apenas por interesse financeiro, sem um compromisso real em cuidar, o que reforça sua sensação de ser tratada como um objeto, em vez de uma pessoa com necessidades e sentimentos. A experiência de Sabiá é marcada pelo desrespeito e desconsideração no tratamento, onde ela se sente “*impregnada*” por medicamentos que não deseja, o que a mantém inserida em um ciclo de impotência e angústia.

A falta de um tratamento humanizado impactou negativamente a autoestima de Sabiá, que se sentiu como “*um lixo*” e até “*um nada*”, ao não ser ouvida, vista e respeitada como deveria. Indicando uma desvalorização de si mesma e a negação da sua subjetividade e do seu valor como ser humano, resultante da desumanização e do descaso dos profissionais. Sabiá expressa um intenso sentimento de abandono e isolamento, especialmente na ausência de seus familiares. Ela se sentia desamparada diante da falta de atenção e cuidado adequado por parte dos profissionais, que foram indiferentes às suas necessidades. Sabiá percebia que os profissionais do hospital variavam sua abordagem, quando ela estava na ausência de seus familiares, os profissionais “*não tratavam bem*” e “*não fazia as coisas direito*”. Enquanto que na presença dos familiares, percebia uma mudança para uma atitude mais acolhedora e disposta a prestar o cuidado adequado. Essa experiência revela a condição que Sabiá vivenciou durante o tempo que esteve internada: a necessidade de apoio e presença familiar para ter suas necessidades consideradas e um tratamento digno. A internação é tida como uma restrição de liberdade e sensação de aprisionamento “*tranca a porta, tranca a grade*”. No geral, as experiências adversas de Sabiá com a internação psiquiátrica envolvem sentimentos desagradáveis e “*sofrimento*”, a instituição em si não ofereceu um espaço de acolhimento e cuidado, mas sim um ambiente que agravava o seu sofrimento. Suas vivências levaram a concluir que “*internamento nunca é bom*”, independente do tipo de instituição.

Sabiá valoriza a sensação de conforto e proteção que sua casa, descrita como um “*porto seguro*”, proporciona. Ela ressalta a importância de um ambiente familiar durante momentos críticos da vida. Durante o seu sofrimento mental, Sabiá se sentiu cuidada pela

presença atenciosa da mãe e do namorado, inclusive no período da internação. Recebê-los no hospital psiquiátrico representou um alívio em seu sofrimento, promovendo uma sensação de pertencimento e segurança em meio ao caos da internação. Gestos simples, como trazer “lanche” e “roupa limpinha”, simbolizaram apoio e atenção. A alternância de sentimentos entre felicidade nas visitas e a tristeza nas despedidas da mãe e do namorado revela a importância do apoio emocional e dos vínculos afetivos para seu bem-estar durante o tratamento.

Nas experiências com medicação, Sabiá enfrentou momentos de intensa “agonia” e sofrimento. Ela foi submetida a restrições físicas, ao ser “amarrada”, foi privada da liberdade e da autonomia sobre seu próprio corpo. Sabiá teve que lidar com os efeitos adversos da medicação que a deixavam “impregnada” durante as internações psiquiátricas, sem receber o cuidado individualizado necessário. A impregnação abrangeu sintomas físicos como dores no pescoço e olhos virados para cima e um estado de desorientação e desconexão com a realidade, ficando “fora do ar”. A impregnação foi “uma das piores coisas” que Sabiá já experimentou.

Sabiá se sentiu ameaçada e assediada por outras pacientes, que ficavam “querendo mexer” nela durante sua internação em hospital psiquiátrico. Essas situações não apenas geravam desconforto, mas representavam um ataque à sua integridade e uma invasão ao seu espaço pessoal, deixando-a com “medo”, “nervosa” e “angustiada”. Nesses momentos, Sabiá estava em contenção mecânica, o que a colocava em um estado de vulnerabilidade, tornando-a impotente diante da ameaça e da importunação.

Durante as crises enfrentadas por Sabiá, em situação após a atenção hospitalar recebida, ela foi levada para o Caps, inicialmente contra sua vontade, sentindo-se coagida fisicamente. Apesar da abordagem intensiva dos profissionais do Caps, Sabiá reconhece hoje que essas ações eram motivadas pelo desejo genuíno de ajudá-la “sei que hoje foi tudo isso pra querer meu bem”. Ao longo do tempo e com o suporte contínuo da mãe, Sabiá passou a valorizar o tratamento oferecido pelo Caps e, gradualmente, passou a desejar participar das atividades oferecidas. Sabiá tem o Caps como um espaço de acolhimento e cuidado, ressaltando o tratamento cordial e relações com uma equipe “maravilhosa” permeadas de respeito e empatia. Sabiá sente que a equipe estava sempre disponível para escutá-la e com um “sorriso no rosto”, transmitindo positividade. A organização e higiene do espaço e a qualidade da alimentação oferecida refletiram uma sensação de conforto e satisfação. Sabiá considera que a “cordialidade” no tratamento tem um impacto positivo, ao fortalecer a confiança e a motivação no processo de recuperação “você pensa logo ‘eu vou sair bem, eu

*vou sair daqui boa, eu vou vencer, eu vou dar a volta por cima”*”. A rotina organizada do Caps com atividades e refeições contribuíram para o bem-estar de Sabiá, ela sente que nesse espaço sua dignidade foi restaurada, além de ter tido a oportunidade de exercer sua autonomia. Sabiá se sente muito querida pelas profissionais do Caps *“elas gostam muito de mim”*, refletindo o sentimento de pertença e bem-estar. Refere sua experiência no Caps como *“uma janela que Deus abriu”*. Durante o período que esteve em acolhimento integral no Caps, Sabiá passou por momentos de solidão e isolamento, mesmo em um ambiente acolhedor. A falta de companhia para conversar, nesse momento, revela uma necessidade de conexão social.

No contexto das internações psiquiátricas, Sabiá também *“ia sem querer”*, o que gerava desconforto e resistência. Nesses momentos, serviços de emergência, como a polícia e o Samu, eram acionados, e Sabiá se via submetida a ações coercitivas. Ela sofreu ameaças diretas à sua integridade física e emocional, como a de receber um choque elétrico por não *“ficar direita”*, por um membro da equipe do Samu. Isso evidencia uma dinâmica de poder e controle, onde os profissionais agiram de forma autoritária sobre uma pessoa em um momento crítico de crise.

Sabiá também enfrentou situações de coerção e intimidação por parte de familiares, que a confrontaram verbalmente e ameaçaram violência física. Essas interações de ameaça e coerção violaram a dignidade humana de Sabiá mais uma vez, provocando sentimentos de medo, impotência e insegurança.

Para Sabiá, a interrupção do uso de medicamentos aciona e intensifica os sintomas que anunciam suas crises, indicando uma percepção clara sobre a dinâmica entre seu estado mental e o uso dos medicamentos. Sabiá associa o seu bem-estar hoje devido ao tratamento farmacológico. Atualmente, ela não se encontra em *“crise”*, o que sugere a capacidade de se observar e reconhecer o que se passa consigo.

Sabiá sente uma profunda dor e angústia, que parece difícil de ser aliviada por medicamentos ou pela intervenção de profissionais. A singularidade dessa experiência é frequentemente incompreensível, pois, como ela mesma expressa, *“só a pessoa que tá sentindo pra saber o que tá acontecendo”*. Enfrentar essas situações estressantes e dolorosas foi um grande desafio para ela, uma verdadeira *“prova”*. Sua trajetória é marcada por *“muito sofrimento”*, *“dor”* e *“tristeza”*, resultantes de vivências impactantes. A partir dessas experiências dolorosas, Sabiá carrega consigo um desejo de que ninguém tenha que enfrentar os mesmos desafios e dificuldades que ela enfrentou.

## 6 ESTRUTURA GERAL DA EXPERIÊNCIA

A investigação realizada sobre o fenômeno da *experiência de crise* acolheu as pessoas participantes, suas vivências e singularidades (Costa, 2007). Nesse contexto, a pesquisa de orientação fenomenológica, que considera a experiência como mediadora das relações entre a pessoa e o mundo, possibilita o acesso às experiências a partir da vivência direta dos próprios indivíduos (Leal; Serpa Junior, 2013). Este capítulo apresenta o que o método (Giorgi; Sousa, 2010) prevê como sua 4ª etapa, a *estrutura geral da experiência de crise* dos participantes, que os autores nomeiam como *declaração*. Interloquções com estudos disponíveis da literatura científica compõem o capítulo.

A *experiência de crise é estruturada* pela história de vida da pessoa até o primeiro episódio de crise; pelo sofrimento pessoal envolvido na crise, no episódio em si e nos seus desdobramentos; pelas interações e relações sociais que a pessoa mantém com outros; e pela atenção recebida por profissionais e serviços de saúde. A história de vida de cada pessoa é marcada por uma complexa teia de experiências, desde a tenra idade até a maturidade. Na trajetória das cinco pessoas que participaram da presente pesquisa, algumas estavam inseridas em contextos familiares e sociais onde suas necessidades básicas e emocionais eram atendidas, proporcionando-lhes sentimentos de bem-estar e segurança. Outras, no entanto, enfrentaram e conviveram com situações desafiadoras em seus contextos, como violência física, abuso sexual, negligência emocional, exclusão familiar, perdas significativas e situações estressantes que deixaram cicatrizes profundas.

Estes achados estão em concordância com a pesquisa de Cardoso, Oliveira e Piani (2016) com usuários do Caps, cujo o sofrimento intenso deles estava frequentemente associado a situações conflituosas em diversas áreas da vida, como relacionamentos familiares, conjugais, ambientes de trabalho e a experiência de perda de entes queridos. Acio (2021) encontrou em sua pesquisa que as crises podem ser vistas como o resultado de processos que se desenvolvem ao longo do tempo, originando-se de experiências prolongadas em situações desafiadoras e contextos de sofrimento. Essas experiências destacam como o impacto emocional de eventos adversos e fatores estressores pode ser um fator significativo no desencadeamento de problemas de saúde mental.

A *experiência de crise* irrompe como uma abrupta ruptura na dinâmica da vida dos participantes, até então. Por conseguinte, interrompendo as atividades cotidianas e gerando impacto emocional, psicológico e social devastador, criando uma distinção entre o “antes” e o “depois” da crise na vida da pessoa. Essa ruptura, também identificada por Serpa Junior *et al.*

(2014), refere-se a uma vivência transformadora que altera como a pessoa se sente em relação ao seu próprio corpo, provocando uma sensação de estranhamento. Cada pessoa vivencia a crise de maneira única, com sentimentos intensos de tristeza, medo, vergonha, solidão, desânimo, insegurança, perda do sentido e propósito da vida, além de estados de desconfiança, exclusão e desamparo. Durante uma crise, o autocuidado e a capacidade crítica da pessoa podem ser prejudicados, dificultando a tomada de decisões e o controle sobre si mesma. A sensação de vulnerabilidade é exacerbada pela perda de controle sobre a situação. Agitação psicomotora, impulsividade, alucinações, delírios, agressividade, uso de substância psicoativa e autolesão podem integrar o estado da pessoa que experiencia a crise. Nesse momento crítico, pode ocorrer a despersonalização, na qual a pessoa se sente desconectada de sua identidade e realidade, experimentando o mundo de uma forma completamente diferente do habitual, o que gera desconforto e temor do desconhecido.

Episódios de crise se configuram na experiência dos participantes como momentos de sofrimento intenso e descontrole, nos quais a pessoa se sente dominada por pensamentos e comportamentos incontroláveis ou assume comportamentos que não reconhece como seus. Além disso, não conseguir controlar a situação é acompanhado por sentimentos de frustração e impotência. Após a sensação de ser invadido pela crise, o comportamento se altera radicalmente, revelando um lado desconhecido e perturbador. Conforme encontrado, a falta de discernimento acerca das próprias ações intensifica a angústia e a vergonha, levando ao isolamento social por medo de julgamentos e à incompreensão, perpetuando o impacto negativo mesmo após a crise.

Sentimentos, pensamentos e comportamentos que constituem a *experiência de crise* dos participantes da nossa investigação também foram identificados em alguma medida, por diversas pesquisas (Miranda; Cabral, 2016; Diaz, 2013; Soares, 2016; Santos *et al.*, 2020; Camargo; Oliveira, 2009; Costa *et al.*, 2016). Albertina Borges d'Rocha em *A história de Beta* (Brasil, 2003b)<sup>9</sup>, em sua autobiografia, explora muitos desses sentimentos, com destaque à solidão experienciada em internação psiquiátrica. Esses dados ressaltam a diversidade e complexidade emocional das experiências de crise, conforme identificado nos participantes desta pesquisa.

---

<sup>9</sup> “A história de Beta” é uma autobiografia de Albertina Borges d'Rocha, uma mulher nascida em 1930, que relata suas experiências de crise e sofrimento mental. Na obra, Albertina compartilha os conteúdos de seus *cadernos* escritos durante sua internação psiquiátrica e os desafios enfrentados devido ao transtorno mental. Ela afirma: “Foi nesses cadernos que, pela primeira vez, pude elaborar os confusos conteúdos de minhas crises” (Brasil, 2003b, p. 39). A escrita permitiu que ela desse forma ao caos que se instalava em sua mente.

A *experiência de crise* é acompanhada pela incompreensão em relação aos motivos que a desencadeou, deixando a pessoa sem entender o que aconteceu consigo mesma e acarretando questionamentos profundos sobre sua identidade. A pesquisa de Aciole e Silva (2021) também destaca a falta de compreensão sobre o sofrimento psíquico, evidenciando que as pessoas não conseguem identificar claramente o que se passa. Em nosso estudo, percebemos que essa situação é agravada pela ausência de informações adequadas e pela presença de estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental, o que dificulta ainda mais a compreensão do processo de adoecimento. Essa falta de compreensão sobre os motivos que desencadearam a crise impulsiona os indivíduos a buscar respostas. Os participantes se engajaram em narrativas reflexivas, questionando e tentando entender as causas de suas crises, na tentativa de estabelecer uma relação de causa e efeito sobre esse fenômeno. Durante esse processo, fatores como a perda de um ente querido, violência física e sexual, negligência, término de relacionamento amoroso e sobrecarga de acontecimentos difíceis são associados, por alguns participantes, às crises e o sofrimento vivido a partir delas. Alguns conseguem encontrar explicações que consideram satisfatórias para justificar o adoecimento, enquanto outros continuam em uma jornada desafiadora, em busca de uma explicação que abarque todos os questionamentos sobre a complexidade desse fenômeno.

Essa concepção multicausal na determinação da *experiência de crise* também foi observada na pesquisa de Souza (2018), que identificou fatores espirituais e relacionados a acontecimentos de vida como influências significativas. Observamos, em nosso estudo, a necessidade de ir além de causas simples e diretas, buscando compreender a complexa teia de fatores interligados à crise.

Nossa pesquisa revelou que a *experiência de crise* frequentemente envolve uma perda de consciência, caracterizada pela dificuldade ou até mesmo impossibilidade de lembrar o que ocorreu durante o episódio. As informações sobre esses momentos muitas vezes são obtidas através dos relatos de terceiros. No entanto, nem sempre as pessoas próximas escolhem compartilhar como a pessoa esteve durante a crise. Assim já acontecia no século passado, como nos relata Albertina Borges d'Roche (Brasil, 2003b, p. 31), “[...] meus familiares não gostavam de comentar, para poupar-me de maiores sofrimentos. Era proibido falar comigo sobre a crise, como se fosse um grande pecado!”. Essa omissão, embora indique boas intenções, pode perpetuar a desinformação e manter a sensação de estranheza. Inclusive parece dificultar a compreensão e o enfrentamento dos eventos vivenciados, impactando o modo como a experiência é integrada em sua trajetória pessoal.

Em decorrência dos episódios de crise, as/os participantes desta pesquisa percebem uma mudança significativa na forma como são vistas e tratadas, passando a conviver com uma atmosfera de desconfiança e receio por parte dos outros. Elas/eles são frequentemente rotuladas/os como imprevisíveis e incapazes de gerenciar suas próprias vidas e responsabilidades. Essa percepção limita sua liberdade pessoal e restringe seu direito fundamental à autonomia e à tomada de decisões, intensificando a sensação de perda de controle sobre si mesmas. A nostalgia pela vida que se levava antes da crise é algo comum entre os sujeitos do presente estudo, pois reflete a saudade e o pesar pela perda de um período de estabilidade, previsibilidade e ausência de sintomas, que é abalado durante os períodos de crise. A experiência de atravessar uma crise pode deixar cicatrizes emocionais profundas nas pessoas, favorecendo uma reavaliação tanto de si mesmas quanto das suas prioridades na vida.

No contexto de crise o sujeito é despojado de uma vida produtiva e colocado em um lugar de incapacidade. Nossos achados indicam que, para alguns dos participantes, essa incapacidade para o trabalho, atribuída ao indivíduo em sofrimento psíquico, constitui uma fonte significativa de sofrimento e perda de sentido da vida, impactando negativamente sua autoestima. A perda do trabalho compromete o senso de utilidade e produtividade, interferindo na autonomia das pessoas e configurando-se como uma forma de exclusão social. Esses resultados estão em consonância com a pesquisa de Ricci (2017), que observou que o rótulo e o preconceito podem ser obstáculos significativos para o desenvolvimento da pessoa em diversas áreas da vida, como o trabalho e relações sociais, limitando drasticamente sua vida. Identificamos que, além da estigmatização, a própria experiência de crise pode interferir na trajetória profissional do indivíduo, devido às sensações e sintomas vividos durante a crise e ao impacto do tratamento, que pode incluir internações ou efeitos colaterais da medicação, aspecto encontrado no estudo de Vilella (2014). Diaz (2013) também identificou a perda do trabalho como um dos fatores que mais afetam a autonomia e liberdade dos indivíduos. A pesquisa de Gasparini *et al.* (2013) tem resultados semelhantes ao referir que pessoas em crise sentem que sua vida cotidiana, identidade social e papel profissional foram destruídos, resultando em um rompimento com a normalidade anteriormente conhecida. Esses estudos ressaltam a necessidade de focar na reintegração social e profissional, além da satisfação das necessidades pessoais, a fim de promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida das pessoas em crise.

No contexto das relações sociais, de forma geral, a experiência é marcada por estigma, preconceito, discriminação, humilhação, desqualificação e falta de reconhecimento. Esses

fatores levam as/os participantes desta pesquisa a vivenciar sentimentos de angústia, solidão e desamparo. A investigação realizada corrobora o debate de Serpa Junior *et al.* (2014) sobre o estigma está intimamente ligado à experiência de adoecimento e aos efeitos desse adoecimento na vida da pessoa, ele pode ser visto como uma das consequências da crise, refletindo como a visão social e a valorização do indivíduo afetam profundamente sua experiência de adoecimento. Com a identidade social estigmatizada, as pessoas são frequentemente colocadas à margem da sociedade, sendo excluídas das oportunidades que lhes permitiriam alcançar seu pleno potencial. Esse ciclo de exclusão mina a autoestima e a dignidade individual.

Os indivíduos frequentemente demonstram recusa, distanciamento e diferenciação em relação ao rótulo de "louco" ou "doido". Nossos achados estão em concordância com o estudo de Grigolo (2000) e Telles (2002) que também constataram a não identificação dos participantes como loucos, mesmo após transcorridos anos. Apesar dos avanços no entendimento e atenção destinada a pessoas em sofrimento psíquico, o estigma persiste e contribui para a permanência de uma barreira significativa para a aceitação social e a inclusão. Sobre isso, Surjus e Campos (2011, p. 127) propõem uma equação “loucura = louco = doente mental = exclusão”, em que ser rotulado como louco é sinônimo de ser excluído de suas atividades e relações sociais.

Posto isto, consideramos que essa atitude de recusa não é uma mera rejeição do termo em si, mas reflete a resistência ao estigma e a marginalização associados a ele. Ao rejeitar ser definido por esse rótulo, que é considerado um “peso” (Brasil, 2003b, p. 29), o indivíduo busca se libertar da invisibilidade e do estigma historicamente impostos às pessoas em sofrimento psíquico. O uso desse termo pode ser visto como uma forma de violência, depreciação ou insulto, conforme apontado por Figueirêdo *et al.* (2021), que identificaram a utilização por parte das pessoas de termos alternativos para se referirem a si próprios como “deficiente”, “trauma”, “doença psicológica”.

Em meio à crise, a presença e o suporte de uma rede de apoio serve como porto seguro, oferecendo refúgio. Diante da insegurança e medo vivido, essa rede, ao oferecer um ambiente acolhedor, compreensivo e familiar, pode favorecer um alívio do sofrimento presente e proporcionar sustentação durante esse momento crítico da vida. No nosso estudo, a família assume status de importante fonte de apoio, produção de cuidado, afeto e sustentação, seja pela presença ou a ausência desses aspectos.

O apoio dos familiares manifestou-se através de uma presença constante, antes, durante e após a internação psiquiátrica, especialmente nos períodos de crise. Os familiares

cuidaram das necessidades básicas e das tarefas cotidianas dos participantes, garantindo que recebessem o suporte necessário para o seu bem-estar. Além disso, ofereceram palavras de encorajamento e incentivaram a adesão ao tratamento medicamentoso e às atividades terapêuticas, ajudando os participantes a se manterem engajados em seu processo de recuperação.

Mas, nem sempre a família ocupa esse papel de maneira contributiva. As relações familiares, em alguns casos, podem se manifestar de forma abusiva, violenta ou indiferente. Esse comportamento pode desencadear sentimentos de desamparo, isolamento e solidão, agravando ainda mais a condição da pessoa em crise. Sobre isso, Camargo e Oliveira (2009) encontraram em sua pesquisa que a falta dessa convivência harmoniosa pode inclusive contribuir para o desencadeamento de novas crises. Alguns dos participantes do nosso estudo relataram ser frequentemente impedidos de gerenciar suas próprias vidas e tomar decisões por si mesmos devido ao julgamento de incapacidade imposto por familiares e amigos. Após experiências de crise e diagnóstico de transtorno mental, alguns familiares adotam uma abordagem de cuidado "infantilizada", tratando o indivíduo como incapaz de gerir suas próprias ações e escolhas. Essa tendência de superproteção por parte dos familiares foi também observada nas pesquisas de Lisboa e Silva (2023) e Pimenta e Romagnoli (2008). Sobre esse fenômeno, Diaz (2013), sugere que, embora as decisões dos familiares sejam frequentemente justificadas como medidas para o bem-estar do indivíduo, na prática, podem funcionar como formas de controle da loucura, buscando contê-la e manter a ordem social.

O aspecto espiritual esteve presente em alguns relatos dos participantes como uma importante fonte de apoio durante momentos de crise. Os participantes expressaram um sentimento de gratidão por esse apoio. Esse achado está em consonância com o estudo de Miranda e Cabral (2016) que identificou o componente religioso como um apoio que ajudou a resgatar o sentido existencial das pessoas. Semelhança também com a pesquisa Cardoso, Oliveira e Piani (2016), que constatou a religião como um recurso para amenizar seus sofrimentos. Souza (2018) observou em sua pesquisa que a religiosidade atua como um suporte protetor para indivíduos que estão enfrentando sofrimento, com Deus sendo mencionado como uma das ajudas nesse processo de enfrentamento do adoecimento. Os achados sobre esse aspecto indicam que participar de práticas religiosas ou acreditar em um poder superior pode proporcionar um sentido de acolhimento, pertença e conforto em tempos de dificuldade para pessoas que vivenciam uma situação desafiadora.

A experiência de saúde e bem-estar, em oposição à situação de sofrimento e sintomas, é um processo que envolve uma combinação de fatores essenciais. Isso inclui a adesão ao

tratamento medicamentoso, o suporte da psicoterapia, o reconhecimento e a atenção às necessidades individuais e desejos pessoais. Esses movimentos de promoção à saúde são experienciados em Caps. O fortalecimento de redes de apoio sociais e espirituais também desempenham um papel significativo, proporcionando um senso de pertencimento e sustento emocional durante momentos difíceis. Além disso, há um sentimento de compreensão e empatia em relação a outras pessoas que passaram pela mesma situação que os participantes.

A pesquisa revelou que passar por uma situação de crise pode motivar um desejo de autocuidado, impulsionado pela expectativa de evitar outras crises. Reconhecer os sinais de alerta que precedem uma crise e adotar medidas preventivas são estratégias utilizadas pelos participantes da nossa pesquisa para minimizar o sofrimento. Além disso, a trajetória deles é marcada também por momentos de força, resiliência, busca por superação e reconstrução. Os participantes anseiam por um tratamento humanizado, que englobe diálogo e cordialidade ao interagir com elas. A paciência das pessoas em geral foi indicada, no nosso estudo, como um fator que contribui significativamente, pois ajuda a criar um ambiente tranquilo e permite que profissionais, dispostos a ouvir, favoreçam a redução da intensidade emocional vivenciada durante uma crise. Esses mesmos aspectos, como o diálogo e a paciência, foram também encontrados na pesquisa de Camargo e Oliveira (2009) como algo positivo no atendimento dispensado.

Ouvir as pessoas nesta pesquisa explicitou que elas esperam ser compreendidas, respeitadas e tratadas com dignidade, em vez de serem definidas pelo diagnóstico médico ou exclusivamente por essa *experiência de crise*, que se constitui parte da sua vida e não a totalidade dela. Elas buscam ser reconhecidas como únicas, com suas próprias vivências e necessidades. Em situações de crise, desejam receber um cuidado que vá além do tratamento médico, valorizando um cuidado mais humano e empático. Os participantes da nossa pesquisa prezam por cordialidade, diálogo, paciência e afeto no trato com eles. Esses aspectos também foram evidenciados no estudo de Miranda (2017, p. 58) que destacou a importância de elementos como “conversa, contato ‘físico’ de amigos, entendimento, calma, carinho, mais cuidado ao tratar, explicando o porquê de tal procedimento, facilitar que a pessoa em crise verbalize, dê um tempo para que ele entenda o que aconteceu, em caso de internação quer que o escutem”. Da mesma forma, o estudo de Gudde *et al.* (2013, p. 5) ressaltou que os aspectos mais valorizados foram “diálogo, colaboração e igualdade”.

O modo como as pessoas são atendidas e acompanhadas nos momentos de crise marca a experiência dos participantes dessa investigação. Em nossa pesquisa, quatro instituições se

destacam na vida dos participantes nessas situações: a polícia, o Samu, o hospital psiquiátrico e o Caps.

É comum que pessoas em situação de crise sejam abordadas por serviços de emergência, como a polícia e o Samu. Para os participantes da nossa pesquisa que passaram por essa experiência, a abordagem é percebida como impositiva, coercitiva ou inadequada. Ainda que seu uso seja justificado como uma medida de segurança, a contenção com a algema, como encontrado em nossa pesquisa, representa uma forma adicional de controle. Quando a pessoa manifesta determinados aspectos que podem abranger uma crise, ela é vista como um perigo, risco e ameaça social, remetendo à noção de periculosidade a respeito da crise. Isso transforma uma situação de sofrimento psíquico em um "caso de polícia", reforçando estigmas historicamente construídos. Nessa condição, a sensação é de ser tratado como um "preso", sendo submetido a um tratamento similar recebido por pessoas que cometem infrações. O emprego deste instrumento e a condução no porta-malas da viatura policial pode se configurar como hostil, em um momento no qual a sensação é de vulnerabilidade e medo, no qual os indivíduos estão enfrentando um momento delicado e crítico em suas vidas. Os achados corroboram com o estudo de Silveira (2013). Essa abordagem policial, de forma indiscriminada, contraria os princípios da reforma psiquiátrica, que busca desinstitucionalizar o tratamento da saúde mental e promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva.

Abordagens policiais a pessoas em crise de saúde mental têm recebido crescente atenção e análise. Em particular, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 958/24 (Brasil, 2024b) que estabelece normas gerais para a realização de abordagens policiais de forma humanizada. Esse projeto visa garantir que tais intervenções sejam seguras, vigorosas e rápidas, com o objetivo de preservar a vida e a integridade física dos indivíduos. Um dos princípios fundamentais propostos é o respeito à condição especial da pessoa em crise, assegurando que suas necessidades e vulnerabilidades sejam devidamente consideradas durante a abordagem.

No tocante à intervenção do Samu, identificamos em nossa pesquisa, que a condução de pessoas em sofrimento psíquico pode resultar em constrangimento adicional para esses indivíduos. A abordagem, muitas vezes pública, pode intensificar o sentimento de vulnerabilidade e expor o sofrimento pessoal de maneira indesejada. Esse processo, embora destinado a proporcionar assistência imediata, pode causar desconforto e a sensação de estigmatização, contribuindo para a experiência negativa e potencialmente traumática durante o atendimento de emergência. Além disso, por vezes, é utilizada a contenção física, o que

pode agravar ainda mais o impacto emocional. Santos *et al.* (2014) identificaram que a falta de formação e o despreparo dos profissionais comprometem a qualidade do atendimento em situações de crise. Quando um profissional não possui o conhecimento técnico necessário para prestar o atendimento, a probabilidade de que tanto ele quanto a pessoa em sofrimento vivenciem um trauma se intensifica.

A atenção à saúde em hospitais psiquiátricos é tida como desumana, coercitiva e violadora dos direitos humanos. Os hospitais são caracterizados por condições precárias e insalubres. Nesse tipo de unidade de saúde as pessoas foram submetidas a contenções químicas, mecânicas, choque elétrico e ao uso excessivo de força para lidar e controlar os comportamentos apresentados. Os resultados da nossa pesquisa indicam que em situações de crise, as/os participantes encontravam-se em um estado de vulnerabilidade, passaram por situações de desamparo, humilhação, desrespeito, ameaça, descaso com suas necessidades individuais, além de uma assistência inadequada. Esses achados são consistentes com as descrições encontradas por Ricci (2017) que enfatiza como a relação de poder sobre os corpos dos usuários ainda persiste nos espaços de tratamento, apesar da evolução das práticas de cuidado em saúde mental.

Os participantes sentem que não foram ouvidos e compreendidos pelos profissionais. Essa sensação pode indicar uma relação desigual de poder, onde os profissionais, por sua posição, historicamente estabelecida, e conhecimento, são os “autorizados a falar”, enquanto a voz dos usuários são silenciadas ou minimizadas. A configuração hospitalar e sua conduta hostil e coercitiva impactaram negativamente essa vivência na vida dos participantes, provocando sentimentos de medo, insegurança e intensificação do sofrimento. Esses sentimentos negativos também foram encontrados na pesquisa de Camargo e Oliveira (2009) com pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica, e na de Bacha *et al.* (2020), com pessoas que tiveram experiência no sistema de saúde mental.

Um dos participantes da nossa pesquisa avaliou positivamente a sua experiência em um hospital psiquiátrico em relação aos cuidados recebidos. Camargo e Oliveira (2009) também encontraram uma relação positiva das pessoas com a internação, em termos dos cuidados recebidos, tempo para reflexão e colaboração para seu fortalecimento para continuidade de vida. Ainda que algumas experiências tenham sido benéficas, nossa pesquisa revelou que, de maneira predominante, esse local é desqualificado como promotor de saúde. São caracterizados por condições físicas precárias e insalubres. A atenção dispensada pelos hospitais psiquiátricos, que marcam a experiência de crise, remete às instituições do passado, que frequentemente apresentavam condições desumanas e estigmatizantes. Estudos como o de

Miranda (2017), o de Cardoso, Oliveira e Piani (2016) e o livro-denúncia de Arbex (2013) explicitaram antes sobre como o tratamento nesses hospitais pode ser desrespeitoso, impositivo e violento. Em nosso estudo, identificamos o uso excessivo de força e a administração abusiva de medicação no tratamento de pessoas em situações de crise.

A ameaça de punição física, como o uso de choque elétrico, e métodos de contenção, como a camisa-de-força, caso o comportamento da pessoa não correspondesse às expectativas foram encontrados na pesquisa de Miranda (2017). Quanto a essas práticas, os nossos achados são semelhantes ao resultado da pesquisa de Vilella (2014) e ao relato autobiográfico de Beta d’Rocha (Brasil, 2003b), que descrevem ameaças de eletrochoque caso não se comportasse de maneira adequada. Tais práticas não apenas funcionam como formas de controle e disciplinamento, mas também atuam como agressões que produzem ainda mais sofrimento e geram a sensação de estar em um local que põe em risco a sua integridade física. Essas experiências colaboram para a formação de uma memória traumática sobre esse contato com o serviço de saúde, no seu período de internação.

Os participantes da nossa pesquisa, ao serem internados, experimentaram uma sensação de confinamento e falta de liberdade. O medo e a insegurança são sentimentos marcantes nas suas experiências de internação. Resultados semelhantes foram encontrados por Grigolo (2000) ao ouvir pessoas internadas em um hospital psiquiátrico, que referiam o lugar como estranho e hostil, semelhante a uma prisão. Essa privação da liberdade e cerceamento da liberdade de escolha também foram experimentadas pelos participantes da pesquisa de Ribeiro (2013), Vilella (2014) e Ricci (2017). Hospitais psiquiátricos são *Instituições Totais* (Goffman, 1961) onde os indivíduos permanecem por longos períodos, separados do mundo exterior e submetidos a um conjunto rígido de regras e normas, sob uma autoridade. A rigidez das regras e a constante vigilância limitam a autonomia dos indivíduos.

Na nossa investigação foram identificados movimentos de despersonalização experimentados pela pessoa em crise, que refere estranheza, como se fosse outra pessoa. Destacamos que a atenção dispensada pelo hospital psiquiátrico, tal como referida pelos participantes da pesquisa, aprofunda a experiência de despersonalização. Trata-se do que Goffman (1961) nomeou como *mortificação do eu*, processo pelo qual os indivíduos internados passam por uma ruptura com sua vida anterior e uma desconstrução de sua identidade. Aciole e Silva (2021) e Ricci (2017) também identificaram mortificação de internados em hospital psiquiátrico.

Constatamos em nossa pesquisa que as pessoas que passaram por internações em hospitais psiquiátricos durante crises, não desejam retornar para este local, devido às

experiências negativas e desumanizantes que vivenciaram. Isso gera uma falta de confiança nesses serviços e em seus métodos de tratamento, por causa da percepção de sua ineficácia, como também apontado por Grigolo (2000). Gudde *et al.* (2013) destacam que a organização desses serviços e a forma como tratam as pessoas não atendem às reais necessidades de cuidado, o que também identificamos, inclusive com relatos de que quando se é internado, entra-se com problemas de saúde mental e sai pior do que entrou. Algo também identificado por Cardoso, Oliveira e Piani (2016, p. 94): “se alguém entrar meio louco, sai louco e meio”. Essa ineficácia também é apontada no estudo de Bacha *et al.* (2020), que constatou que o tratamento recebido que não alcançava o objetivo, de proporcionar alívio dos sintomas do sofrimento psíquico, ou que este ainda agravava a sua condição, intensificando os sintomas existentes ou produzindo novos. Esses achados refletem um conjunto complexo de sentimentos e experiências que caracterizam a experiência da internação como aquela que não leva à melhora, mas sim à deterioração da saúde mental. Além de ser uma crítica contundente ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica e sua forma de operar.

As experiências dos participantes com o tratamento psiquiátrico indicam uma relação ambivalente com a medicação. Embora ela seja um componente importante para reduzir sintomas, aliviar o sofrimento, “prevenir” crises e auxiliar na recuperação de funcionalidade e estabilidade emocional, ela também é indesejada devido aos efeitos colaterais que pode produzir, especialmente quando administrada em excesso. Um dos principais problemas enfrentados pelos participantes da nossa pesquisa são os efeitos colaterais adversos, como letargia, fadiga, mal-estar e dificuldade de concentração e raciocínio, que afetam a capacidade do indivíduo de realizar atividades habituais e manter relacionamentos sociais. Em consonância com nossos achados, o estudo de Diaz (2013) identificou que a interrupção do uso da medicação pode estar associada também ao surgimento de novas crises.

Outra questão significativa identificada na nossa pesquisa é a impregnação, que se refere aos efeitos colaterais do uso excessivo ou dos erros de dosagem de medicamentos psiquiátricos. Durante os episódios de impregnação, os participantes vivenciaram um intenso desconforto físico e uma perda de controle sobre o corpo, caracterizados por sintomas como dor no pescoço, olhos que reviram involuntariamente e sensações físicas de alteração em partes do corpo. Esses sintomas dificultavam a comunicação, a realização de movimentos musculares e a interação com o ambiente. A sensação, apresentada por eles, é de estar “fora de si” e “aéreo”, devido a uma lentidão cognitiva que dificultava o raciocínio e a resposta a estímulos. A impregnação foi vivenciada como uma das piores experiências, trazendo agonia e desespero, já que apesar de estarem cientes do que ocorria, eram incapazes de agir.

Essa prática, adotada muitas vezes com a intenção de controlar a crise, pode ir além desse objetivo e acabar suprimindo a subjetividade e expressividade do indivíduo. A impregnação foi destacada como a principal fonte de incômodo, desconforto e sofrimento de usuários de serviços de saúde mental (Jucá, 2004; Brasil, 2003b; Monnerat, 2020). A administração excessiva de medicação, ameaças de eletrochoque e contenção mecânica pelos profissionais têm o intuito de evitar o “trabalho” com os pacientes (Brasil, 2003b, p. 61). Essas experiências negativas podem levar à frustração e à diminuição da adesão ao tratamento. Em nossa pesquisa, um dos participantes demonstrou resistência inicial para aderir ao tratamento, enquanto outros participantes seguiram com dificuldade devido aos efeitos colaterais. Durante o percurso, o esquema medicamentoso dos participantes passou por ajustes para mitigar o sofrimento causado por essa condição.

O Caps, por sua vez, marca a *experiência de crise* dos participantes como um espaço de esperança onde acolhimento, respeito e escuta ativa constroem um ambiente propício para o cuidado. O lugar é identificado como um ambiente com excelentes condições de higiene e organização, além da qualidade das refeições oferecidas. Somado a esses aspectos físicos e de serviços, destaca-se o componente relacional, em que são constituídas relações horizontais e democráticas, nas quais os participantes se sentem confortáveis para expressar seus sentimentos, pensamentos e experiências. Eles identificam que são respeitados, ouvidos e considerados em suas necessidades, percebendo-se valorizados e vistos como seres humanos integrais, dotados de subjetividade. Essa abordagem integral colabora para que sigam em frente. Cardoso, Oliveira e Piani (2016) também encontraram que o Caps atendeu às expectativas dos usuários, reforçando a importância desse espaço como um lugar de acolhimento e cuidado eficaz.

O processo de cuidado promovido pelo Caps, conforme as experiências dos participantes do nosso estudo, reflete a visão inovadora da psiquiatra libertária Nise da Silveira, que defendia abordagens terapêuticas humanizadas e criativas (Pereira; Nogueira; Lima, 2016; Oliveira; Melo Júnior; Vieira-Silva, 2017). Assim como Nise priorizou métodos não tradicionais, como a arte e o afeto, o Caps oferece atividades que vão além do tratamento medicamentoso, possibilitando oficinas, grupos com diferentes propostas e objetivos, atividades comunitárias e assembleias. No Caps, um exemplo notável é o de uma participante da nossa pesquisa que, já interessada em artesanato, teve a oportunidade de desenvolver essa habilidade no serviço, transformando-a em sua fonte de renda. Essa diversidade de atividades e metodologias de cuidado extrapola o atendimento tradicional, que é limitado ao consultório, ao oferecer experiências personalizadas que respeitam as particularidades dos usuários. Esse

enfoque está em sintonia com a filosofia de valorização das individualidades que Nise da Silveira sempre promoveu.

A referência positiva ao Caps, identificada no nosso estudo difere do encontrado por Machado e Santos (2013), que ouviu de pacientes com histórico de internação psiquiátrica, deficiências no serviço substitutivo. Os problemas envolvem ausência de escuta durante os atendimentos, ofertas restritas de atividades terapêuticas, falta de diálogo e de acolhimento, resultando em insatisfação com a eficácia dos serviços prestados. Embora o Caps tenha sido criado para oferecer um cuidado mais humano e abrangente em relação ao modelo hospitalocêntrico, a sua implementação/manutenção é atividade complexa para a qual pesquisadores, gestores e profissionais de saúde devem dirigir atenção sistemática.

Os resultados da nossa pesquisa revelam que o suporte oferecido pelo Caps, assegurou o direito ao cuidado em liberdade dos participantes, que outrora se sentiram prisioneiros em instituições psiquiátricas. O Caps expandiu os horizontes destes por meio da lógica do cuidado humanizado, que facilitou não só a reintegração social, mas a promoção da saúde e cidadania, além de ter resgatado o que havia sido relegado: a identidade pessoal, potencialidade e desejos, além de proporcionar novos conhecimentos e a (re)construção do seu projeto de vida, contribuindo para transformar a relação que possuem com os outros e consigo mesmo. No Caps, os participantes deixaram de ser vistos apenas por um conjunto de sintomas e passaram a ser reconhecidos por suas potencialidades e novas formas de interagir com o mundo. Convivem com valorização de suas capacidades e com novas possibilidades de ser. Podem ser reconhecidos de modos diversos, ao invés de serem definidos/rotulados por referências depreciativas. Isso é consistente com os resultados de estudos anteriores, como o de Surjus e Campos (2011). O Caps como “sinônimo de liberdade, resgate da cidadania e identidade” é discutido por Ribeiro (2013, p. 177) e por Breda *et al.* (2011), que o indicam como espaço que promove alívio do sofrimento, valoriza a subjetividade e fortalece laços interpessoais.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora as palavras muitas vezes sejam insuficientes, empenhamos esforços para descrever a complexidade de uma experiência que abrange tantos sentidos e significados. Esta pesquisa permitiu uma compreensão mais profunda da *experiência de crise* de usuários de Caps III. A técnica de entrevista narrativa e o método fenomenológico descritivo, conforme

Giorgi e Sousa (2010), possibilitou descrever e compreender a experiência singular de cada participante e a estrutura geral da *experiência de crise*.

Concluimos que a *experiência de crise* é um fenômeno complexo e multifacetado, com profundas implicações para quem a vivencia. Ela não apenas interrompe a continuidade da vida cotidiana, mas também imprime marcas significativas que acompanham a pessoa ao longo de sua trajetória. A crise envolve emoções intensas como tristeza, medo, vergonha e solidão, gerando despersonalização e dúvidas sobre a própria identidade. Contudo, a crise pode ser um ponto de virada para o crescimento pessoal, incentivando o autocuidado e a busca por estratégias para evitar futuros episódios, revelando um potencial para transformação e superação. Em momentos de crise, a presença de pessoas de confiança oferece suporte emocional essencial, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para que a pessoa em crise possa expressar sua vulnerabilidade e ser compreendida em sua totalidade.

Constatamos que os serviços de saúde podem tanto silenciar os pacientes, desconsiderando suas experiências subjetivas, quanto legitimar e amplificar suas vozes ao adotar práticas respeitadas e valorizadoras. Em hospitais psiquiátricos, muitos pacientes relataram tratamento desumano e violador, enquanto nos Caps, receberam cuidados mais humanos e respeitosos. A relação democrática com este serviço promoveu o cuidado em liberdade e também assegurou os seus direitos, como o de expressão, este que pode transformar a estrutura de poder na história da loucura, desafiando a hierarquia tradicional e promovendo uma abordagem mais digna e inclusiva (Delgado, 1991).

A pesquisa revelou que pessoas em crise enfrentam desafios como estigma, preconceito e discriminação, heranças históricas da loucura que perpetuam a exclusão social. A resistência ao rótulo de "louco" reflete o desejo de evitar desqualificação social e marginalização. Mas sabemos que a alteração do termo "louco" e "loucura" por outros que à primeira vista são sugestivos de aceitação social, não resolve o estigma profundamente enraizado. É necessário um conjunto mais amplo de estratégias para avançarmos na desconstrução da ideia de loucura como algo a ser temido e evitado, reconhecendo-a como parte da diversidade humana. A mudança deve desafiar o conceito rígido de "normalidade", considerando a complexidade das experiências individuais, promovendo práticas que respeitem tanto os saberes profissionais quanto às vivências pessoais. Desconstruir o estigma associado à loucura envolve não apenas desafiar a ideia de que pessoas em sofrimento não podem falar de si mesmas, mas também adotar práticas que valorizem experiências e saberes das próprias pessoas em sofrimento, sem aniquilar e silenciar a subjetividade destas.

Ouvir as pessoas e suas histórias permitiu uma aproximação das suas experiências. A expressão "*eu pensei que fosse falar pouco*" dita por uma participante da pesquisa sobre sua experiência de crise em saúde mental, é emblemática e nos deixa questões. Ela acreditava não ter muito a dizer? Ela está marcada por experiências em que não tem quem a escute? Ao narrar sobre si e suas experiências, ela pôde descobrir que suas histórias e sentimentos são significativos e relevantes para outras pessoas.

Entrevistar pessoas, historicamente desrespeitadas em seus modos de ser, sobre suas experiências é uma forma de reconhecer e valorizar as suas histórias. Trata-se de produzir conhecimento sobre elas, com elas e a partir delas, em oposição a estratégias investigativas que silenciam ou ignoram suas vozes. Esse contato direto com as vozes da experiência da loucura (Miranda; Cabral, 2016) enriqueceu a compreensão sobre a profundidade e a singularidade do sofrimento psíquico. Além de destacar a importância de incorporar essas narrativas no campo da saúde mental, valorizando as experiências vividas. Esperamos que nossa pesquisa inspire mais investigações científicas com protagonismo das pessoas que sofrem, estas para quem as disciplinas, os profissionais, as instituições, a sociedade, enfim, supõem que sabem sobre elas.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Danila Cristiny de Araújo Moura; SILVA, Josevânia da. **Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas**. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2021, v. 33. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33229558>>. Acesso em: 2 jun. 2024.

ACUIO, Rafaela Porcari Molena. **“Até que um dia eu surtei”**: um estudo antropológico sobre experiências de crise em saúde mental e itineações de cuidado/Rafaela Porcari Molena Acuió.- João Pessoa, 2021. 127 f. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/24508>>. Acesso em 2 jul. 2024.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira *et al.* **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. *Revista Neurobiologia*. v. 72. n. 1. 2009. Disponível em:< [http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/Microsoft%20Word%20-%2011\\_Ribas\\_Fred\\_et\\_a\\_l\\_Rev\\_OK\\_.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%2011_Ribas_Fred_et_a_l_Rev_OK_.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ALVES, Rubem. **Por uma educação romântica**. 7. ed. Campinas: Papyrus, 2008. 207p.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.

2067-2074, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em: 2 ago. 2023.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde-manguinhos, 1(1), 61–77. 1994. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>>. Acesso em: 12 maio 2024.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

AMATUZZI, Mauro Martins. **Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista**. Estudos de psicologia (Campinas), v. 26, p. 93-100, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010>>. Acesso em: 6 out. 2023.

ANDRADE, Celana Cardoso; HOLANDA, Adriano Furtado. **Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica**. Estudos de Psicologia (Campinas) [online]. 2010, v. 27, n. 2, pp. 259-268. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>>. Acesso em: 4 abr. 2022.

ARAÚJO, Bruno Mesquita Soares de. **Fenomenologia, saúde mental e atenção básica no Brasil: sobre a experiência da pessoa com transtorno psíquico no mundo da vida / Bruno Araújo Soares de Mesquita**. – 2018. 91 f.; 30 cm. Orientador: Prof. Dr. Gabriel Moura Peters. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Recife, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33090>>. Acesso em: 27 ago. 2023.

ARRAES, Ana Karenina de Melo *et al.* **Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN)**. Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 12, n. 23, p. 71-85, jan. 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4326445>>. Acesso em: 15 set. 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BACHA, Karin *et al.* **‘Like a human being, I was an equal, I wasn’t just a patient’**: Service users’ perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, v. 93, n. 2, p. 367–386, jun. 2020. Disponível em: <<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papt.12218>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BESSA, Sara Letícia; SOUZA, Camila Rosa Santos. **Plano de ação pessoal, cartão de crise/SOS e Recovery: Uma experiência brasileira**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 13, n. 36, p. 143-155, 2021. Disponível

em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79479>>. Acesso em: 15 set. 2023.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, pp. 41-72.

BLOC, Lucas; MOREIRA, Virginia. **Arthur Tatossian: um estudo biográfico**. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 20, n. 2, p. 181-188, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672014000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2024.

BLOC, Lucas; MOREIRA, Virginia. **Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2013. DOI: 10.1590/S1415-47142013000100003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SHPmQQgNHgY4364WVpzWFkC/>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BORGES, Leandro da Rosa. *et al.* **Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2012, v. 33, n. 3. pp. 27-33. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300004>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965 (1. ed. Brasília, 1944). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura1.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.html)>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de Fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 1 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A História de Beta** / Ministério da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003b. 112 p.: il. – (Série J. Cadernos Centro Cultural da Saúde) ISBN 85-334-0533-2. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/cincoartistas/pdf/Beta.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. TabNet Win32 3.2: **CNES - Estabelecimentos por Tipo - Pernambuco**. 2024a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpe.def>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

BRASIL. Portal da Câmara dos Deputados. **PL 958/2024**. Estabelece normas gerais sobre abordagens policiais humanizadas a pessoas em situação de crise de saúde mental. 2024b. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2423278>>. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRÊDA, Mércia Zeviani; RIBEIRO, Mara Cristina; SILVA, Patrícia de Paula Alves da; SILVA, Rita de Cássia Oliveira; COSTA, Therezinha Faria da. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial do Estado de Alagoas: a opinião do usuário.** *Rev Rene*, 12(4), 20. 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682312>>. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARAES, Jacileide. **Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401293&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401293&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BUENO, Rinaldo Conde. **A reforma psiquiátrica italiana como negação do paradigma da loucura: Basaglia e alguns de seus interlocutores.** *Em Tese*, Florianópolis, v. 20, n. 02, 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/95258>>. Acesso em: 8 maio 2024.

CAMARGO, Raquel Mori Pires de; OLIVEIRA, Renata Marques de; **Internação psiquiátrica: Ouvindo quem passou pela experiência.** *Reme – Rev. Min. Enferm.*;13(2):293-302, abr./jun., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/193>>. Acesso em: 31 maio 2024.

CANESQUI, Ana Maria. **Considerações sobre a experiência do adoecimento e do sofrimento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2466–2466. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.15382018>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

CAMPOS, Rosana Onocko. *et al.* **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, mai. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CANOVA, Loiva. **A questão da loucura na historiografia ocidental e nos jornais da cidade de Cuiabá na Primeira República.** *Cordis: Revista Eletrônica De História Social Da Cidade*, (7). 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/view/10383>>. Acesso em 10 mar. 2024.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. **Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará.** *Saúde Em Debate*, 40(109), 86–99. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

CARVALHO, Laura Graças Padilha *et al.* **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações** [Internet]. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):521-5. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/15.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. **A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 04, pp. 1065-1076. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>>. Acesso em: 27 maio 2022.

COELHO, Gilson Gomes; RODRIGUES, Ilana Helen Ferreira de Sousa; SILVA, Karina Murielly Conceição da. **Holocausto brasileiro: da violação de direitos à construção de uma sociedade sem manicômios**. v. 2 n. 24: Composição, Revista de Ciências Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. ISSN: 1983-3784. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/compecs/article/view/13476>>. Acesso em: 25 ago. 2023.

COSTA, Mônica Silva da. **Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, jun. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672007000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 abr. 2023.

COSTA, Ileno Izídio da; RAMOS T. C. C. **Primeiras crises psíquicas graves: O que a Fenomenologia pode dizer?**. ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade, 8 (2), 251-264. 2018. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2837>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

COSTA, Juliana Pessoa *et al.*, A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia E Saber Social*, 5(1), 35–45. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.15855>>. Acesso em: 7 jul. 2024.

CRESWELL, John. **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 2. ed.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DA SILVA TRUJILLO, Diego Henrique, SILVEIRA LEMOS, Flávia Cristina; MACIEL SAMPAIO, Ataulpa. **Psiquiatria, segregação e punições: análises a partir de Michel Foucault**. Revista Psicologia, Diversidade E Saúde, 10(1), 207-220. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.3174>>. Acesso em: 12 out. 2024.

DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?**. Tradução de Maria José J. G. de Almeida. 3ª edição. Editora Moraes, 1992.

DELL' ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, J. A **loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

DELGADO, Jaques. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

DE FREITAS, Claudia. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: Vasconcelos EM, organizador. **Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2, p. 142-70. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/266388383\\_A\\_participacao\\_e\\_preparacao\\_previa\\_do\\_usuario\\_para\\_situacoes\\_de\\_crise\\_mental\\_a\\_experiencia\\_holandesa\\_do\\_planocartao\\_de\\_c](https://www.researchgate.net/publication/266388383_A_participacao_e_preparacao_previa_do_usuario_para_situacoes_de_crise_mental_a_experiencia_holandesa_do_planocartao_de_c)>

rise\_e\_desafios\_para\_a\_sua\_apropriacao\_no\_contexto\_brasileiro>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DIAZ, Alberto Giovanello. **Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão**. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. Disponível em: <[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/tese\\_tato\\_diaz.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/tese_tato_diaz.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2024.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. **Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 2, pp. 595-602. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>>. Acesso em: 1 jun. 2023.

EMERICH, Bruno Ferrari *et al.* **Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 51, p. 685-696, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>>. Acesso em: 13 maio 2023.

FERREIRA, Acylene Maria Cabral. O desafio da fenomenologia frente à crise da filosofia. In: ANDRADE, André Dias de; FURLAN, Reinaldo [Orgs.] **A fenomenologia entretempos**. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora / São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 326p.

FERRO, Luís Felipe. **Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios**. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(4), 752–767. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400008>>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FIALHO, Marcelo Brandt. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3303/1/Modulo2-Crise-2015-2\\_final.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3303/1/Modulo2-Crise-2015-2_final.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2022.

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de *et al.* **Construção de Categorias/Lugares para a Loucura em Relatos de Usuários de CAPS**. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2021, v. 41, n. spe4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003215322>>. Epub 13 Set 2021. ISSN 1982-3703. Acesso em: 25 jun. 2024.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Goés. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. 2014. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS, 2(2), 121–136. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>>. Acesso em: 11 abr. 2023.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France, 1970 -1982**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola (coleção Leituras Filosóficas). 79 p. ISBN 978-85-15- 01359-3. 1996.

Disponível em:

<<https://projctophronesis.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/08/foucault-michel-a-orde-m-do-discurso-aula-inaugural-no-college-de-france.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2024.

GALINDO, Wedna Cristina Marinho; FRANCISCO, Ana Lúcia; RIOS, Luís Felipe. **A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids**. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 989-1004, dez. 2013. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751772014.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. 7 ed<sup>a</sup>. Petrópolis: Vozes, 2008.

GASPARINI, Danieli; COSTA, Henrique Martins; HILDEBRANDT, Leila Mariza; Van der Sand, Isabel Cristina Pacheco; Piovesan, Solange Maria Schmidt; LEITA, Marines Tambara. **A doença mental na voz de indivíduos psicóticos**. Revista Contexto & Saúde, 11(20), 559–564. 2013. Disponível: <<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.559-564>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORGI, Amedeo; SOUSA, Daniel. **Método Fenomenológico da investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE-Revista de Administração de Empresas, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 57–63, 1995. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/38183>>. Acesso em: 7 jun. 2022.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRIGOLO, Tânia Maris. **'Dizem que sou louco'**: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Revista de Ciências Humanas, p. 95-119, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/25765>>. Acesso em: 30 jun. 2024.

GUDDE, Camilla Buch *et al.* **Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis**. Scandinavian Journal of Public Health, 41, 185–190. 2013. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/234084304\\_Experiences\\_and\\_preferences\\_of\\_users\\_with\\_major\\_mental\\_disorders\\_regarding\\_helpful\\_care\\_in\\_situations\\_of\\_mental\\_crisis](https://www.researchgate.net/publication/234084304_Experiences_and_preferences_of_users_with_major_mental_disorders_regarding_helpful_care_in_situations_of_mental_crisis)>. Acesso em: 15 maio 2024.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO, Jr. Kenneth R. **A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo**

**biomédico.** Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 2006; 11:1093-103. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/9DcCx8JrNRGpSvgNytStPsz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 abr. 2023.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Campinas; Editora da Unicamp; Petrópolis: Vozes, 2012.

HOLANDA, Adriano F. **Psicoterapia e Brasilidade: Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica.** p. 115-160, Brasília: Editora Cortez, 2011.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. **Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica.** Psicologia em Revista, v. 13, n. 1, p. 21, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267>>. Acesso em: 9 jul. 2023.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 90-113.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos. **O phármakon na saúde mental: uma relação ambígua.** Revista de Psicologia, Fortaleza, v.22, n.2, p 45-53, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12898>>. Acesso em: 10 jul. 2024.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva** (pp. 615-633). São Paulo, SP/Rio de Janeiro, RJ: Hucitec, Fiocruz. 2006.

LEAL, Erotildes Maria; SERPA JR, Octavio Domont de. **Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 10, pp. 2939-2948. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000018>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

LIMA, Marcos E. P. de *et al.* **O ato de cuidar em saúde mental: aspectos alinhados à cultura de segurança do paciente.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 92-103, jun. 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/168515>>. Acesso em: 10 maio 2023.

LINS, Raiza Cicera Soares. **Práticas profissionais de psicólogas em CREAS no âmbito do abuso sexual infantil** / Raiza Cicera Soares Lins. – 2021. 96 f.;30 cm. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/46190>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método.** RBPS 2003: 16 (1/2): 59-66. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>>. Acesso em: 4 maio 2023.

LISBOA, Leiza Nazareth Torres; SILVA, Rudval Souza da. **Tipologias de cuidados às pessoas com transtorno de saúde mental na perspectiva dos familiares.** Enfermería (Montevideo), Montevideo, v. 12, n. 1, e3018, 2023. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062023000101202&l](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062023000101202&l)>

ng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2024.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCENA, M. A. da S. **Construindo-se: entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/38751>. Acesso em: 3 jul. 2024.

MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado**. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 4, p. 701–712, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/tpPwGVZWDqz3yJRJxFtSQ3j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 jun. 2023.

MACHADO, Vanessa Cristina.; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2012, v. 16, n. 42. pp. 793-806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000036>. Acesso em: 14 maio 2023.

MARTINS, Joel; BOEMER, Magali Roseira; FERRAZ, Clarice Aparecida. **A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa algumas considerações**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 1990, v. 24, n. 1. pp. 139-147. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199002400100139>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MARTINS, Aline Gomes. **A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial**. *Mental, Barbacena*, v. 11, n. 20, p. 226-242, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. In: \_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 16-18.

MIRANDA, Ana Clara de Azevedo. **Implementação do cartão de crise em um centro de convivência: cogestão e empoderamento**. 2017. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11094>. Acesso em: 1 jul. 2024.

MIRANDA, Anne Crystie da Silva; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. **Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(19), 42-66. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69056>. Acesso em: 15 jun. 2024.

MONNERAT, Silvia. **Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des) controle dos sintomas**. *Teoria e Cultura*, v. 15, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/27146>. Acesso em: 8 jul. 2024.

MUYLAERT, Camila Junqueira *et al.* **Entrevistas Narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, p. 193-199, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NyXVhmXbg96xZNPWt9vQYct/?lang=pt>>. Acesso em: 29 mai. 2022.

NASCIMENTO, Thays Maria do. **O sujeito que usa droga e a judicialização do “tratamento” em Caps AD.** 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/37877>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. **Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários.** História, Ciências, Saúde-manguinhos, 26(1), 103–121. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>>. Acesso em: 17 mar. 2023.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. **A Loucura entre Três Fontes Históricas:** Phillipe Pinel, Francisco Montezuma e Gustavo Barroso. História e Culturas, v. 2, p. 61-91, 2014. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/revistahistoriaculturas/article/view/379/295>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

OLIVEIRA, Patrícia Fonseca de; MELO JUNIOR, Walter; VIEIRA-SILVA, Marcos. **Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados.** Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 12, n. 1, p. 23-35, abr. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2024.

PEREIRA, Letícia Passos *et al.* **Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais:** relato de experiência. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0017>>. Acesso em: 29 maio 2022.

PEREIRA, Kelcy Mary Ferreira; NOGUEIRA, Luiz Roberto; LIMA, Thalita Carla Melo. **Nise da Silveira: uma metodologia na contramão.** ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 6, n. 2, p. 211-222, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1853>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

PESSOTTI, Isaiás. Conceito de loucura na Antiguidade. In I. Pessotti. **A loucura e as épocas** (pp. 12-51). 1994. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

PIMENTA, Eliane de Souza; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial.** Pesqui. prá. psicossociais ; 3(1): 75-84, ago. 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600222>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. **O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média.** Physis: Revista De Saúde Coletiva, 5(1), 131–144. 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311995000100007>>. Acesso em: 10 abr. 2024.

RECIFE, Prefeitura Municipal de. **Serviços de Saúde Mental CAPS**. Disponível em: <<https://www2.recife.pe.gov.br/servico/servicos-de-saude-mental-caps?op=MTMz>>. 2020. Acesso em: 1 jun. 2024.

RIBEIRO, Mara Cristina. **Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 24, n. 3, p. 174-182, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900>>. Acesso em: 6 jul. 2024.

RICCI, Ellen Cristina. **Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 9, n. 21, p. 212-228, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69547>>. Acesso em: 1 jul. 2024.

ROQUETTE, Rebecca Dorneles. **A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise**. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39668>>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SÁ, Samantha D.; WERLANG, Blanca S. G.; PARANHOS, Mariana E. **Intervenção em crise**. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SANTOS, Cláudio Luís de Souza. *et al.* **Percepções de pessoas em sofrimento psíquico acerca do restabelecimento da trajetória de vida**. Nursing (São Paulo), 23(270), 4919–4932. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4919-4932>>. Acesso em: 18 maio 2024.

SANTOS, Ana Cristina Teixeira *et al.* **Serviço atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas**. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 8, n. 6, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9849/10061>>. Acesso em: 26 jul. 2024.

SERPA JUNIOR, Octavio. *et al.* **Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 24, n. 4, pp. 1053-1077. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400005>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SHAUGHNESSY, John. J. *et al.* Questões éticas na pesquisa psicológica. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia de pesquisa em psicologia**. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa; Revisão técnica: Maria Lucia Tiellet Nunes. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SILVA, Lorena Galvão Barreto da. **A crise na perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial II do Recife e as implicações práticas no atendimento**. 2021.

SILVA, Magali Milene. **A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem**. Interação em

Psicologia, Curitiba, jun. 2008. ISSN 1981-8076. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/8322>>. Acesso em: 5 jun. 2024.

SILVEIRA, Luana da. **Fazer falar a loucura**. Mnemosine, 5(2). 2009. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41431>>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SILVEIRA, Belisa Vieira da. **Admissão e envolvimento terapêutico em saúde mental: mão ou contramão de um mesmo processo?**. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-97WHUB>>. Acesso em: 13 jul. 2024.

SOARES, Camila Alves. **Experiências de crise: narrativas autobiográficas de sujeitos em sofrimento psíquico**/Camila Alves Soares – 2016. 187 f. il. Color. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016. Disponível em:

<<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22072>>. Acesso em: 14 maio 2024.

SOBRAL, Mariana Oliveira. **Rede de significados sobre sofrimento psíquico no contexto da atenção psicossocial**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em:

<<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35233>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOUZA, Políbio José Campos. **Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte**. Nilo K, Morais MAB, Guimarães MBL, *et al.*, organizadores. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 111-127, 2008.

SOUZA, Adriano Rodrigues de. **Experiências em situação de crise de sujeitos em sofrimento psíquico: análise de narrativas** [recurso eletrônico]/Adriano Rodrigues de Souza, José Ricardo Soares, Maria Salete Besse Jorge. Fortaleza:EdUECE, 2018.

SPINDOLA, Thelma. **A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], v.31, n.3, p. 403-409, dez. 1997. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/j74QLg4PRpngCXT7vZRpnZt/?lang=pt#>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; CAMPOS, Rosana Onocko. **A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP**. Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2011Mar;14(1):122–33. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000100009>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

TATOSSIAN, Arthur. **A fenomenologia das psicoses**/Arthur Tatossian; tradução de Célio Freire; revisão técnica de Virginia Moreira. São Paulo: Escuta, 2006.

TELLES, Eleny Alves de Brito. **O doente mental e a instituição psiquiátrica: a voz do silenciado**. Revista Brasileira De Enfermagem, 55(1), 13–18. 2002. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0034-71672002000100003>>. Acesso em: 3 jul. 2024.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Hist cienc saude-Manguinhos [Internet]. Jan;9(1):25–59. 2002.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>>. Acesso em: 7 maio 2024.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão *et al.*, **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; ilustração de Henrique Monteiro da Silva. – Rio de Janeiro : Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/saudemental/wp-content/uploads/2020/01/Manual-ajuda-e-suporte-m%C3%BAtuos-em-sa%C3%BAde-mental-para-facilitadores-trabalhadores-e-profissionais-de-sa%C3%BAde-e-sa%C3%BAde-mental.pdf>> . Acesso em: 19 jun. 2024.

VIDAL, Fernanda Blanco; BRAGA, Ana Claudia Silva; SODRÉ, Adelly R. Orselli Moraes. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O.(Org.). **IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses**. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007. p.151-168.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. **Organização e saber psiquiátrico**. Revista de Administração de Empresas [online]. 1981, v. 21, n. 4. pp. 49-58. ISSN 2178-938X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-75901981000400005>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

VILELLA, Juliana de Carvalho Ribeiro. **“A vida não é de brincadeira”**: narrativas de um sujeito sobre sua experiência em internações psiquiátricas. Centro Universitário de Brasília - UNICEUB Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/5479>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

WILLRICH, Janaína Quinzen *et al.* **Da violência ao vínculo**: construindo novos sentidos para a atenção à crise. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2014, v. 67, n. 1, pp. 97-103. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140013>>. Acesso em: 26 jul. 2023.

WILLRICH, Janaína Quinzen *et al.* **Periculosidade versus cidadania**: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 21, n. 1, pp. 47-64. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100004>>. Acesso em: 25 set. 2023.

WILLRICH, Janaína Quinzen. **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial**: um acontecimento de saber, poder e subjetivação [Tese] [Internet]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2016. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2017/03/TESE-Jana%C3%ADna-Quinzen-Willrich.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575413623>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ZANETTI, Eloísa Serpa; PERES, Rodrigo Sanches. **Pânico, personalidade fóbica, desamparo e masoquismo**: articulações psicanalíticas. Psicologia Clínica [online]. 2011, v. 23, n. 1, pp. 89-102. Epub 27 Set 2011. ISSN 1980-5438. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000100006>>. Acesso em: 13 abr. 2023.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Tópicos para a Entrevista

**Acolhimento Inicial:** *Fulano(a), muito obrigada por concordar em participar da minha pesquisa. Isso é muito importante para mim. Podemos sentar aqui? Vou explicar para você tudo direitinho. Espero que a gente tenha uma conversa agradável.*

1. **Iniciação:** *Estamos aqui porque estou conversando com pessoas que estão em acompanhamento no Caps e já tiveram alguma experiência de crise; quer dizer, em algum momento já foram para emergência psiquiátrica, ou precisaram de internamento. Entendes? E isso aconteceu com você, né? Estou interessada em saber como foi esse momento para você. A minha pesquisa acontece na Universidade Federal de Pernambuco. E em toda pesquisa quem participa precisa assinar um Termo dizendo que concorda. Vamos ler ele agora e qualquer dúvida você pode me perguntar [a pesquisadora lê o Termo junto com o participante, que caso concorde, assinará]*
2. **Narração:** [a pesquisadora apresentará a questão gerativa e terá o apoio da lista abaixo de “Conteúdos importantes para a pesquisa” que auxiliará o acompanhamento da narrativa. Os tópicos da lista receberão marcas específicas que orientarão nas outras etapas da Entrevista]

**Questão geradora:** Como foi para você sua/suas experiência/experiências de crise? [a pesquisadora poderá ajustar os termos da questão a depender dos termos que o participante vem utilizando desde Acolhimento Inicial]

#### Conteúdos importantes para a Pesquisa:

- a. **Identificação do participante**  
Nome; idade; raça; identidade de gênero; estado civil; escolaridade; religião; ocupação; naturalidade; com quem reside; hipótese diagnóstica
- b. **Questões referentes à experiência da crise**  
Definição de crise  
Sinais, sintomas [*como você estava que te levou à/ao...; o que as pessoas (acompanhantes, profissionais) diziam sobre como você estava...*]  
da ida à emergência  
de internamento  
da ida ao Caps  
Motivos, causas da crise  
onde estão os motivos, causas? (em si, nos outros, no ambiente)  
como acontece a crise (processo, o que se passa)  
Sensações na crise  
como se sente  
como refere (entende/explica/nomeia) *o que se passa* consigo
- c. **Questões referentes aos serviços que frequentou/frequenta**  
Serviços que cuidaram do participante em crise  
quais  
caracterização

procedimentos  
 Experiência no serviço  
 com profissionais  
 com procedimentos/ tecnologias adotadas  
 com outros usuários do serviço  
 com acompanhantes (familiares, amigos, curadores...)  
 O que avalia/sugere dos/aos serviços sobre  
 procedimentos realizados pelo serviço  
 relação de profissionais com usuários  
 relação com acompanhantes de usuários

3. **Questionamento:** [esclarecimentos serão solicitados a partir do acompanhamento da fase 2 (Narração) e as marcas na Lista de “Conteúdos...”]
  4. **Fala Conclusiva:** *É isso, Fulano... vou desligar o gravador. Tem algo mais que você queira dizer? [acolher possíveis novos conteúdos]Eu fiquei com umas dúvidas ainda e preciso da tua ajuda para entender [inserir questões que envolvem explicações, como ‘por que você...’?]*
- Encerramento:** *Muito obrigada pela sua participação na minha pesquisa. Escutar você é realmente significativo para mim, a sua colaboração enriquece a minha pesquisa.*  
 [pesquisadora sonda interesse do participante em saber o resultado da pesquisa]

## APÊNDICE B – Carta de Anuência

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 22 de setembro de 2022

Autorizo **Lorena Galvão Barreto da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco., a desenvolver pesquisa no Caps Prof. Galdino Loreto, Caps Espaço Azul, Caps Espaço Livrementemente e Caps José Carlos Souto, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“A experiência de crise de usuários de Caps III na cidade do Recife”**, sob orientação da Profª. Drª. Wedna Cristina Marinho Galindo.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

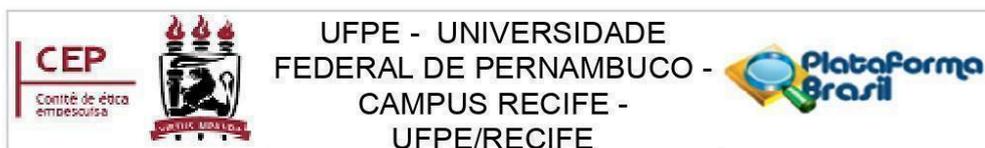
Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

  
**Túlio Romério Lopes Quirino**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

**Túlio Romério Lopes Quirino**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde  
SEGTES/SESAU  
Matricula: 100.473-5

Prefeitura do Recife  
Av. Cais do Apolo, 925, Bairro do Recife/Recife-PE | CEP: 50.030-230  
www.recife.pe.gov.br

## APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A experiência de crise de usuários de Caps III na cidade do Recife

**Pesquisador:** Lorena Galvão Barreto da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63903922.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.762.759

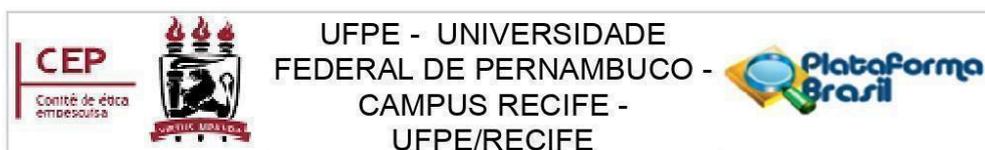
#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado “A experiência de crise de usuários de CAPS III na cidade do Recife”, apresentado pela estudante de Mestrado Lorena Galvão Barreto da Silva, orientanda da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Wedna Cristina Marinho Galindo do Programa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia da Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. O contato direto do pesquisador com o sujeito, o ambiente de pesquisa e o fenômeno é valorizado neste tipo de estudo e a qualidade e a robustez das informações são o cerne da questão. Trata-se de uma pesquisa exploratória na qual será realizada uma entrevista narrativa com indivíduos que tiveram experiências com o problema e possuem uma maior familiarização com o tema de pesquisa. A pesquisa acontecerá no Caps III da cidade do Recife, para onde as pessoas com processos de saúde-doença mental comumente são encaminhadas. Considera-se que o quantitativo de cinco a seis participantes sejam suficiente para acessar com profundidade os fenômenos investigados no Grupo de Estudos Frestas (SOBRAL, 2019; NASCIMENTO, 2020), liderado pela orientadora deste projeto de pesquisa. A entrevista narrativa favorece a expressão da dimensão subjetiva e pessoal do sujeito que teve uma experiência de crise, por valorizar o que ele tem a comunicar sobre esta situação, parte de sua vida...

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.762.759

Compreender a experiência de crise de usuários de Caps III em Recife

b. Objetivos específicos

1. Identificar os sentidos da experiência de crise para os participantes da pesquisa.
2. Identificar práticas de cuidado durante a experiência recebida pelos participantes da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

a. Riscos

a pesquisa poderá causar inibição nos primeiros minutos, em decorrência da gravação de voz, para que esse estado seja diminuído, será conversado com o participante que a gravação é confidencial e que ele pode ser ele mesmo nas respostas, levando o indivíduo a se expressar com naturalidade sobre o tema proposto. Poderá suscitar também desconforto, por se tratar de uma temática referente a um momento complexo e produtor de tensão por falar da sua experiência de crise. Nesse caso, o participante poderá recusar-se a dar continuidade na pesquisa, sem sofrer nenhuma penalidade ou prejuízo. A entrevista poderá ser encerrada e os devidos cuidados serão tomados como, por exemplo, a disponibilização gratuita de uma escuta psicológica pela pesquisadora, para minorar os possíveis danos. Além disso, o participante será encaminhado ao TR que o acompanha no serviço de saúde mental para acolher questões que possam surgir.

b. Benefícios:

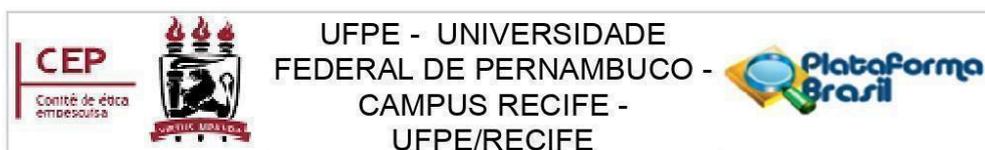
O benefício indireto será a construção de conhecimento científico. Trazer à tona a sua narrativa sobre a experiência de crise pode possibilitar reflexões e adoção de práticas que considerem os aspectos subjetivos do indivíduo. Dessa forma, espera-se que este estudo colabore com a comunidade acadêmica e fomento de produções científicas que visem o usuário do serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, de forma imediata, participantes da pesquisa podem se beneficiar de um espaço de escuta atenta e empática, no qual sua expressão é acolhida como importante, o que pode se configurar como experiência positiva de compreensão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com a carta resposta, as pendências foram atendidas conforme elencado a seguir:

Em relação a pendência Nº1: "Acrescentar ao documento no item CUSTOS o seguinte texto: 'Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação)'."

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.762.759

Resposta: O texto sugerido foi adicionado (no projeto detalhado, página 43, e no TCLE, página 2)

2. Em relação a pendência e inadequação Nº 2: "Explicar ou substituir palavras que dificultem a compreensão do participante como: entrevista narrativa; questão gerativa; comunidade acadêmica; fomento de produções científicas, entre outras."

Resposta: Foram devidamente alteradas.

Redação anterior: "Sua participação consistirá em responder uma entrevista narrativa, que conterà uma questão gerativa." Redação atual: "Sua participação consistirá em contar sobre a sua experiência de crise. A pesquisadora fará uma pergunta inicial que motivará sua fala sobre o acontecimento vivido, você poderá falar de forma livre, sem ser interrompido (a) pela pesquisadora" (projeto detalhado, página 42, e no TCLE, página 1) Redação anterior: "Trazer à tona a sua narrativa sobre a experiência de crise pode possibilitar reflexões e adoção de práticas que considerem os aspectos subjetivos do indivíduo. Dessa forma, espera-se que este estudo colabore com a comunidade acadêmica e fomento de produções científicas, que visem o usuário do serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS)."

Redação atual:

"Trazer à tona a sua narrativa sobre a experiência de crise pode possibilitar reflexões e adoção de práticas que considerem suas características, perspectivas, necessidades e desejos. Dessa forma, espera-se que este estudo colabore com as universidades na produção do conhecimento, assim como incentive a realização de pesquisas científicas, que visem o usuário do serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS)." (no projeto detalhado, página 43, no TCLE, página 1). Redação anterior: "Quanto aos riscos, a pesquisa poderá causar inibição nos primeiros minutos [...]". Redação atual: "Quanto aos riscos, a pesquisa poderá causar timidez nos primeiros minutos [...]" (no projeto detalhado, página 43, e no TCLE, página 2)

3. Em relação a inadequação Nº 3: "No item RISCOS no TCLE eliminar a frase "sem sofrer nenhuma penalidade ou prejuízo"

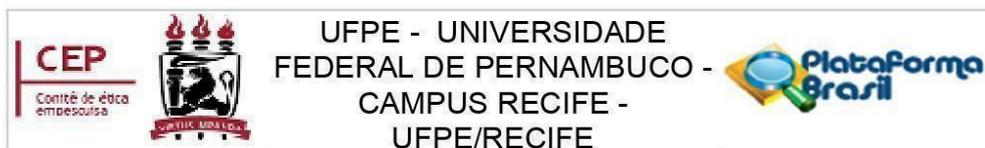
Resposta:

A frase foi eliminada, ela não consta mais no projeto detalhado e nem no TCLE

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de rosto – foi apresentada assinada pelo Coordenador do Programa de Pós-Graduação.
2. Termo de Confidencialidade – foi apresentado.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.762.759

3. Orçamento – o projeto demanda custos que estão discriminados no valor total de R\$ 923,00.
4. TCLE - devidamente corrigido
5. Currículos – apresentados.
6. Carta de Anuência – apresentada. Assinada pelo Chefe de Divisão de Educação na Saúde

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

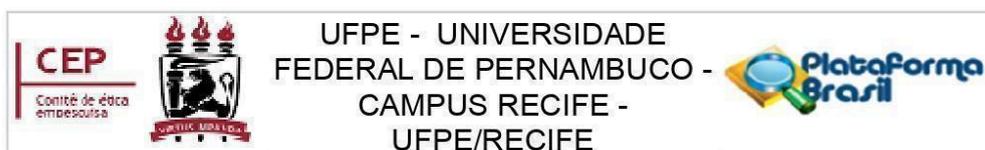
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2020233.pdf	13/11/2022 17:00:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mestrado_LorenaGalvaoBarreto daSilva.pdf	13/11/2022 17:00:04	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)



Continuação do Parecer: 5.762.759

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_LorenaGalvaoBarreto daSilva.pdf	13/11/2022 16:55:10	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	13/11/2022 16:53:59	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Declaracao_Vinculo_LorenaGalvaoBarretodaSilva.pdf	03/10/2022 18:17:42	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_LorenaGalvaoBarretodaSilva.pdf	03/10/2022 18:16:40	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_Mestrado_LorenaGalvaoBarretodaSilva.pdf	03/10/2022 18:14:52	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_assinada_Lorena.pdf	30/09/2022 19:57:20	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Lattes_Orientadora_WednaCristinaMarinhoGalindo.pdf	28/09/2022 11:53:28	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Lattes_Pesquisadora_LorenaGalvaoBarretodaSilva.pdf	28/09/2022 11:52:58	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento_Mestrado_LorenaGalvaoBarretodaSilva.pdf	28/09/2022 11:52:04	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_LorenaGalvaoBarretodaSilva.PDF	28/09/2022 11:40:31	Lorena Galvão Barreto da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 18 de Novembro de 2022

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)** (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **A experiência de crise de usuários de Caps III na cidade do Recife**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Lorena Galvão Barreto da Silva, com endereço na Rua Belo Jardim, nº 195 no bairro de Água Fria, CEP 52111-330, Recife/PE. Telefone: (81)996493639, e-mail: [lorena.galvao@ufpe.br](mailto:lorena.galvao@ufpe.br) Esta pesquisa está sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Wedna Cristina Marinho Galindo. E-mail: [wedna.galindo@ufpe.br](mailto:wedna.galindo@ufpe.br)

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### **1. PROPÓSITO DA PESQUISA**

Compreender a experiência de crise de usuários de Caps III em Recife.

#### **2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Sua participação consistirá em responder uma entrevista narrativa, que conterà uma questão gerativa. As entrevistas serão gravadas em áudio para que os dados sejam transcritos em sua fala original e devidamente analisados.

#### **3. BENEFÍCIOS**

O benefício indireto a partir de sua colaboração é de construir conhecimento científico do seu ponto de vista. Trazer à tona a sua narrativa sobre a experiência de crise pode possibilitar reflexões e adoção de práticas que considerem os aspectos subjetivos do indivíduo. Dessa forma, espera-se que este estudo colabore com a comunidade acadêmica e fomento de produções científicas, que visem o usuário do serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, de forma imediata, participantes da pesquisa podem se beneficiar de

um espaço de escuta atenta e empática no qual sua expressão é acolhida como importante, o que pode se configurar como experiência positiva de compreensão.

#### **4. RISCOS**

Quanto aos riscos, a pesquisa poderá causar inibição nos primeiros minutos, em decorrência da gravação de voz, para que esse estado seja diminuído, será conversado com o participante que a gravação é confidencial e que ele pode ser ele mesmo nas respostas, levando o indivíduo a se expressar com naturalidade sobre o tema proposto. Poderá suscitar também desconforto, por se tratar de uma temática referente a um momento complexo e produtor de tensão por falar da sua experiência de crise. Nesse caso, você poderá se recusar a dar continuidade na pesquisa ao menor sinal de desconforto, sem sofrer nenhuma penalidade ou prejuízo. A entrevista poderá ser encerrada e os devidos cuidados serão tomados como, por exemplo, a disponibilização gratuita de uma escuta psicológica pela pesquisadora, para minorar os possíveis danos. Além disso, você será encaminhado ao TR que o acompanha no serviço de saúde mental para acolher questões que possam surgir.

#### **5. CUSTOS**

A participação nesta pesquisa não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

#### **6. CONFIDENCIALIDADE**

Caso você opte por participar desta pesquisa, os seus dados pessoais e informações serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa, mesmo que seja utilizado para propósitos de divulgação e/ou publicação científica. Seus dados somente serão utilizados depois que forem anonimizados, ou seja, quando estiverem sem a sua identificação. Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar sua privacidade: 1. Apenas a pesquisadora e a orientadora terão acesso aos dados e as mesmas não farão uso para outras finalidades a não ser de publicação científica; 2. O material coletado será armazenado em um local seguro de uso pessoal e protegido por senha, com antivírus ativado para a segurança dos dados. A qualquer momento, durante ou após a pesquisa, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou pesquisa através dos contatos disponibilizados no final deste termo. Os dados coletados serão guardados pelo período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, e após esse período, poderão ser eliminados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012.

#### **7. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora responsável deverá ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

#### **8. GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar

conhecimento dos resultados desta pesquisa.

## 9. CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendo o propósito do estudo. Fui informado(a) dos procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Estou ciente também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que minhas informações serão resguardadas, de modo a assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

---

Lorena Galvão Barreto da Silva

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **A experiência de crise de usuários de Caps III na cidade do Recife**, como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Impressão digital
----------------------

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

<b>Nome:</b>	<b>Assinatura:</b>
<b>Nome:</b>	<b>Assinatura:</b>