



**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DIANTE DE
PACIENTES EM CRISE COM COMPORTAMENTO CONFLITUOSO:
ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

**LIVED EXPERIENCES OF MENTAL HEALTHCARE PROFESSIONALS
FACING PATIENTS IN CRISIS WITH CHALLENGING BEHAVIORS: A
PHENOMENOLOGICAL STUDY**

Edson André Pereira Hilário¹

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo²

Resumo: Este estudo fenomenológico investigou as vivências de profissionais de saúde mental diante de pacientes em crise com comportamento conflituoso. Utilizando o método de Amedeo Giorgi, foram analisados os relatos de 12 trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial III, revelando seis constituintes essenciais da experiência: ruptura do cotidiano; afeto imediato; palavra como gesto ético; interpelação da humanidade do cuidador; inflexão no vínculo; e tensão entre vocação e exaustão. A análise evidenciou que a crise não é apenas um evento clínico, mas uma vivência afetiva e ética que atravessa profissionais em sua corporeidade, afetividade e identidade. A tradição fenomenológica, especialmente em Husserl, Merleau-Ponty e Levinas, ofereceu fundamentos teóricos para compreender essa exposição radical ao sofrimento do outro. Os resultados reforçam a necessidade de reconhecer e acolher o impacto subjetivo da crise sobre quem cuida, propondo que o cuidado ético só se sustenta quando também inclui o cuidador como sujeito do processo.

Palavras-chave: Coerção; Violência; Psiquiatria; Cuidado em Saúde Mental; Fenomenologia.

Abstract: This study aimed to describe mental healthcare professionals' lived experiences in the face of psychiatric crises marked by challenging or aggressive behaviors. Drawing on Amedeo Giorgi's phenomenological method, 12 professionals from a Psychosocial Care Center III in Brazil were interviewed. The findings reveal six essential constituents of the experience: Disruption of daily life; immediate affect; words as ethical gestures; questioning of a caregiver's humanity; inflection in the bond; and tension between vocation and exhaustion. The analysis revealed that the crisis is not merely a clinical event, but an affective and ethical experience that permeates professionals in their corporeality, affectivity, and identity. The study emphasizes the affective, ethical, and existential dimensions of psychiatric crisis care, reaffirming that mental healthcare is also burdensome for those who provide it, and underscoring the importance of caring for caregivers.

Keywords: Coercion; Violence; Psychiatry; Mental Health Care; Phenomenology.

¹Doutorando em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG). Instituto Raul Soares - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (IRS-FHEMIG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: edson.hilario@fhemig.mg.gov.br

²Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandamsreinaldo@gmail.com



1 Introdução

O cuidado em saúde mental não é um ofício neutro. Tampouco se trata apenas de um fazer técnico. Há algo de mais bruto, mais íntimo — quase visceral — naquilo que se repete silenciosamente no cotidiano dos profissionais. O que está em jogo não é apenas o manejo da crise, mas o impacto lento e cumulativo de estar continuamente diante dela, e isso, por alguma razão, escapa — não das práticas, talvez, mas da narrativa que se conta sobre elas.

A cena da crise, nesse campo, expõe de modo radical a vulnerabilidade de quem cuida. Não se trata apenas de lidar com sintomas ou executar protocolos, mas de sustentar uma presença diante do sofrimento humano em sua forma mais desorganizada e desafiadora. Compreender a saúde mental como modo de estar-no-mundo, e não apenas como ausência de transtornos, implica reconhecer que o sofrimento psíquico reconfigura estruturas existenciais, desorganizando a relação com o tempo, o espaço, o corpo e o outro. A crise, nesse contexto, não é mera intensificação de sintomas, mas ruptura da continuidade da existência, um colapso da linguagem e dos vínculos (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007). Por isso, o cuidado em crise exige mais que técnica: requer escuta, presença e disponibilidade para acolher o inusitado (Dell'Acqua; Mezzina, 2005).

Entretanto, a cena da crise é frequentemente atravessada por comportamentos conflituosos, episódios de agressividade verbal ou física e situações-limite que testam os limites éticos e emocionais dos profissionais (Bowers, 2014). O conflito não é apenas do paciente, pois ele atravessa a relação e alcança o cuidador. A contenção — física, química ou simbólica — surge, às vezes, como último recurso, mas sua execução carrega implicações éticas profundas. Mesmo quando justificada, pode ser vivida como ruptura do vínculo e fonte de sofrimento (Bigwood; Crowe, 2008). Como propõem Drach-Zahavy *et al.* (2011), os encontros entre profissional e paciente em crise oscilam entre disputas de poder, encontros terapêuticos e até dupla vitimização, a depender da percepção de controle e do reconhecimento da humanidade do outro.

É nesse cenário que a Reforma Psiquiátrica brasileira propôs um novo paradigma, deslocando a atenção à crise do hospital para o território e da contenção para a escuta. A crítica ao manicômio não é apenas arquitetônica, mas epistêmica, pois convoca uma clínica centrada no vínculo, na singularidade e na liberdade (Amarante; Nunes, 2018). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) emerge como espaço privilegiado para acolher a



intensidade do sofrimento no território, assumindo a imprevisibilidade da cena clínica e os limites institucionais e humanos de quem cuida.

No entanto, poucos estudos se detêm no que o profissional vive no centro da cena. A literatura costuma focalizar estratégias de contenção, gestão de risco e protocolos de segurança, tornando invisível o impacto emocional, ético e existencial da crise sobre os trabalhadores (Gooding; McSherry; Roper, 2020). Pesquisas como as de Needham *et al.* (2005), Husum *et al.* (2020), e Jalil e Dickens (2018) mostram que os profissionais frequentemente experimentam impotência, medo, raiva, culpa e esgotamento, muitas vezes sem espaços institucionais para elaborar esse sofrimento. Para o trabalhador, a crise não é apenas uma situação a gerir, mas uma vivência que o convoca como sujeito, que fere, transforma e, por vezes, silencia.

Diante dessa lacuna, torna-se necessário acessar a experiência tal como ela se dá — em sua concretude, ambivalência e densidade afetiva. A compreensão da experiência vivida em situações de crise requer um mergulho na tradição fenomenológica enquanto filosofia da consciência e da existência. No centro dessa abordagem, está o conceito de vivência (*Erlebnis*), em Husserl, como o modo pelo qual o sujeito se dá conta de algo, isto é, como a consciência se relaciona intencionalmente com o mundo. Toda vivência é voltada a algo, mesmo quando esse algo é confuso, ameaçador ou ambíguo (Husserl, 2006).

Para Husserl (2006), não basta descrever o que acontece; é preciso investigar como acontece para o sujeito, como a realidade se constitui na e pela experiência consciente. A crise, então, é doação abrupta de sentido que rompe a ordem habitual do vivido, exigindo nova configuração da consciência. O profissional, ao ser atravessado por essa doação, atualiza não apenas uma prática, mas uma posição no mundo, marcada por exposição, risco e interpelação afetiva.

A fenomenologia também reconhece que o vivido não é neutro, pois acontece no corpo próprio (*Leib*), sensível e situado. É pelo corpo que o mundo se mostra, e é nele que a crise reverbera como medo, tensão, compaixão ou angústia (Merleau-Ponty, 1999). O corpo do cuidador não é um instrumento externo, ele é cena, tremendo, protegendo-se, oferecendo-se e colapsando. Essa fenomenologia do corpo é chave para compreender o impacto de agressividade, ameaça e sofrimento extremo sobre quem cuida.

Mais ainda, a crise convoca uma ética da presença. Em contextos de sofrimento extremo, o outro não aparece como objeto de atenção técnica, mas como rosto que exige resposta, uma alteridade radical que antecede qualquer cálculo (Levinas, 1980). O



encontro com o paciente em crise, ainda que marcado pela violência, convoca o profissional a permanecer, reconhecendo no outro um sujeito desorganizado, mas digno de cuidado.

Compreender essas vivências à luz da fenomenologia implica um deslocamento metodológico: suspender explicações causais e operar uma *epoché*. Uma redução dos juízos naturais, permitindo que o fenômeno da crise se revele tal como é vivido, com sua densidade afetiva, ambiguidade e potência de transformação. É esse movimento que orienta a presente investigação, baseada no método fenomenológico de Amedeo Giorgi, que propõe descrever com rigor os significados vividos pelos sujeitos da mesma forma como emergem em seus relatos, sem reduzi-los a esquemas teóricos prévios (Giorgi; Souza, 2010).

Dessa forma, esta análise busca ir além da descrição clínica da crise, apreendendo-a como vivência intersubjetiva carregada de sentido, afeto e implicação existencial, sendo uma experiência que transforma quem a sofre e quem sustenta-a. Portanto, este estudo teve como objetivo descrever os significados vividos por profissionais de saúde mental diante de pacientes com comportamento conflituoso em situação de crise à luz do método fenomenológico de Amedeo Giorgi.

2 Metodologia

Fazer pesquisa qualitativa é, em muitos sentidos, aceitar não saber de antemão o que se procura. Não se trata de aplicar uma fórmula, mas de seguir rastros de sentido deixados por quem viveu algo que resiste à captura conceitual. Foi a partir dessa premissa que este estudo se estruturou como escuta rigorosa, atenta às frestas do vivido, guiada pela fenomenologia como modo de ver, não apenas como método.

Trata-se de investigação qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, orientada pelo método fenomenológico de pesquisa psicológica desenvolvido por Amedeo Giorgi (Giorgi; Souza, 2010). Esse referencial tem como finalidade compreender os significados constitutivos da experiência vivida tal como ela se apresenta à consciência dos sujeitos, evitando enquadramentos pré-estabelecidos por categorias teóricas externas ao vivido. Inspirado na tradição filosófica de Edmund Husserl, o método preserva os fundamentos da intencionalidade da consciência, da *epoché* e da redução eidética. No entanto, ao contrário da fenomenologia husserliana clássica, que busca acessar a experiência do pesquisador enquanto sujeito transcendental, o método de Giorgi foi desenvolvido para



investigar as vivências de outras pessoas em contextos empíricos, especialmente no campo da psicologia e das ciências humanas. Trata-se de deslocamento metodológico importante, pois permite ao pesquisador descrever com rigor os significados vividos pelos participantes, mantendo-se fiel à experiência sem reduzi-la a explicações prévias.

A pesquisa foi realizada em CAPS tipo III, localizado em uma capital do sudeste brasileiro, referência para um território com cerca de 300 mil habitantes e funcionamento ininterrupto. A cidade possui uma rede consolidada de serviços substitutivos em saúde mental, reconhecida nacionalmente por sua trajetória antimanicomial e pela organização descentralizada da Rede de Atenção Psicossocial (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018). Participaram do estudo 12 trabalhadores do CAPS, sendo 11 técnicos de enfermagem e uma psicóloga, selecionados por critério intencional, com base na vivência efetiva do fenômeno investigado: o cuidado a pacientes em situação de crise com comportamento conflituoso. O grupo foi composto por dez mulheres e dois homens com idades entre 27 e 54 anos e tempo de atuação na saúde mental variando de seis meses a 18 anos. Nenhum dos participantes possuía formação especializada na área, o que conferiu às narrativas um caráter prático e experiencial que enriqueceu a compreensão do fenômeno.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em sala reservada no próprio serviço, entre setembro e outubro de 2022. O roteiro contou com duas perguntas abertas: “Descreva, tão detalhadamente quanto possível, sua experiência diante de um paciente agressivo” e “Quais sentimentos esse momento despertou em você?”. As entrevistas foram gravadas, transcritas literalmente e analisadas em sua integralidade. A interrupção da coleta se deu com base na saturação dos sentidos, entendida não como mera repetição de conteúdo, mas como esgotamento das variações significativas na textura do vivido — uma saturação sensível, não apenas técnica.

A análise dos relatos seguiu o percurso fenomenológico proposto por Giorgi e Sousa (2010), composto por quatro movimentos principais: leitura integral do material para apreensão do campo experiencial global; identificação das unidades de significado a partir de mudanças perceptíveis no foco da narrativa; transformação dessas unidades em linguagem psicológica por meio da redução fenomenológica e da variação imaginativa; e, por fim, delineamento da estrutura geral dos significados essenciais, com a descrição das variações empíricas que revelam as múltiplas expressões do fenômeno nos diferentes relatos. Esse processo não foi tratado como um procedimento mecânico, mas como um exercício artesanal de descrição e interpretação, sustentado pela suspensão de pressupostos e pela atenção às inflexões e tensões da linguagem.



A análise foi conduzida por dois pesquisadores de modo independente, com encontros de validação intersubjetiva para discussão e afinação das interpretações emergentes. O objetivo não era chegar a um consenso forçado, mas sustentar um diálogo rigoroso, coerente com a atitude fenomenológica. Os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (P1, P2... P12), garantindo o anonimato e o sigilo ético. O estudo foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa, conforme os Pareceres nº 5.379.817 e nº 5.611.848.

3 Resultados

Estar diante de um paciente em crise, especialmente quando o comportamento rompe as bordas do previsível, não se reduz a um ato técnico, tampouco cabe nos contornos de uma função administrativa. Há ali algo que escapa. Algo que exige mais do que preparo: exige presença. Os profissionais, ao se verem imersos nessa cena, não apenas atuam, mas são atravessados. A rotina se desfaz; os protocolos hesitam; e o campo se torna outro: tenso, ambíguo, movediço.

Independentemente da gravidade objetiva do episódio, o que se impõe é a marca que ele deixa, ou seja, uma reverberação interna, quase indizível, que ultrapassa o crachá e alcança o sujeito em sua totalidade. A experiência toca fundo, pois convoca a ética, desnuda a fragilidade e, não raro, arranha aquilo que se acreditava sólido no ofício de cuidar.

3.1 Estrutura geral de significados da vivência dos profissionais diante de pacientes com comportamento conflituoso

No instante em que a crise se anuncia, há uma suspensão do cotidiano. O tempo parece se dobrar, e o que era turno, escala, procedimento, converte-se em uma cena onde tudo se desloca: a linguagem falha; o corpo reage antes da razão; e o cuidado se confunde com a urgência. Os profissionais descrevem a chegada da crise como uma fratura silenciosa na rotina. Um vazio súbito do previsível que os lança a uma presença sem garantias. Mas não é apenas o paciente que se altera, pois quem cuida também é afetado. Não há como permanecer inteiro quando o outro se fragmenta.

O primeiro gesto costuma ser o da palavra. Tentativa de sustentar o vínculo, de fazer sentido no meio do caos. Esse gesto, embora simples, revela a postura ética fundamental da clínica, apostando na comunicação, mesmo quando o ruído domina.



Contudo, quando o diálogo falha e o risco se impõe, o corpo precisa agir. A contenção, seja física, química ou simbólica, emerge como último recurso, e nenhum profissional a realiza sem custo. A decisão nunca é neutra, mas é vivida como dilema ético em tempo real, com o coração acelerado e a consciência dividida entre preservar e ferir, entre proteger e trair o ideal de cuidado.

A crise, entretanto, não se encerra no instante da contenção. Ela permanece, reverbera no corpo e no pensamento, atravessando o turno seguinte e reconfigurando vínculos. Alguns profissionais relatam gestos inesperados de reconciliação: um agradecimento, um olhar, um retorno ao diálogo. O episódio violento se transforma em ponto de inflexão, em que tanto o paciente quanto o cuidador se reposicionam. A violência deixa rastro, mas o cuidado também. Nesse entrelaçamento tenso, o profissional se pergunta quem foi naquele instante, o que perdeu, o que permaneceu e o que se transformou.

Essas experiências não são apenas técnicas, mas existenciais. Ser tocado pelo sofrimento do outro implica também reconhecer os próprios limites. Muitos profissionais relatam cansaço persistente, insônia, ou um corpo que continua em alerta mesmo fora do trabalho. Outros afirmam permanecer no ofício movidos por fé — fé no cuidado, no outro, ou em algo que talvez nem saibam nomear. Persistem, mesmo exaustos, porque acreditam que a presença faz diferença. Essa permanência, contudo, vem acompanhada de rachaduras: o limite entre continuar e se proteger nunca é nítido. Cada nova crise reabre a pergunta sobre até onde é possível ir.

Em síntese, a vivência dos profissionais diante de pacientes em crise com comportamento conflituoso é uma experiência ética, afetiva e corporal que convoca à presença e à responsabilidade diante do outro. Trata-se de uma forma de estar no mundo em que o cuidado ultrapassa a técnica, tornando-se exposição radical ao sofrimento, ao risco e à própria humanidade.

3.2 Descrição das variações empíricas das experiências

Apresentam-se, a seguir, os seis constituintes essenciais identificados a partir da análise fenomenológica das entrevistas com 12 profissionais de saúde mental. Cada constituinte expressa um núcleo de significado da vivência diante de pacientes em crise com comportamento conflituoso, acompanhado por variações empíricas ilustrativas. As



falas foram codificadas para garantir o anonimato dos participantes e nomes próprios foram suprimidos para preservar a confidencialidade.

3.2.1 Vivência da crise como ruptura do cotidiano e exposição do eu

A irrupção da crise psiquiátrica é vivida pelos profissionais como uma experiência que rompe abruptamente o cotidiano institucional. Não se trata de um evento gradual ou previsível, mas de uma emergência que se impõe e desloca o cuidador para uma posição de exposição total física, emocional e técnica. O espaço habitual de cuidado se transfigura em cenário de risco, exigindo presença imediata e ação urgente. Nessas situações, a técnica cede lugar ao instinto, e o corpo se converte na principal ferramenta de enfrentamento.

Em diversos relatos, essa ruptura aparece com força. Uma profissional recorda:

“Aí depois ele implicou com a roupa de enxugar, e ele começou a bater nos móveis da sala de medicação [...], eu tentei sair da sala de medicação, e o paciente me empurrou em cima das bombas de oxigênio [...], nisso, eu levantei, tentei sair de novo até que ele me pegou pela traqueia e começou a apertar. Nisso, eu tinha que me defender, aí eu o peguei de modo a me defender também [...]. Ele voltou com duas facas e quis entrar no serviço, e falou que era para mim”. (P1)

A intensidade dos episódios transforma o ambiente de trabalho em espaço de conflito, como relata outro participante:

“Ele entrou quebrando o serviço, jogando tudo, ameaçando funcionários. O paciente é muito forte, [...] nesse dia da contenção dele, aconteceram três contenções seguidas na mesma hora, na verdade. Ele em um certo local, e outros pacientes, em outro local [...], o paciente agrediu os funcionários, os funcionários saíram machucados. E teve funcionário que teve que ir embora mais cedo por ter sido machucado [...], contivemos o paciente no chão mesmo. Foi uma contenção até mais grosseira e mais pesada. Vários profissionais em cima dele, ele chutando e lutando contra a equipe que estava presente, e tivemos que levar o paciente já contido para o leito”. (P2)

Mesmo quando a situação se inicia de forma aparentemente branda, a crise pode se instalar de maneira repentina e desorganizar a cena:

“Ela surtou do nada no pátio e queria evadir, aí a hora que eu percebi, eu chamei o (profissional). Aí ela foi com tudo no pescoço do (profissional). Aí eu tentei segurar os braços dela para tentar defender o colega e não deixar ela continuar a agressão. Aí o (profissional) já veio e a gente finalizou a contenção. Mas o (profissional) precisou se jogar no chão para segurar, mesmo porque ela estava enfurecida”. (P7)

A necessidade de mobilização da rede de apoio evidencia o limite da capacidade de contenção interna do serviço:

“[...] não deu tempo de chegar a um acordo. Nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele estava muito



agressivo, ameaçador. Foi onde tivemos que chamar a guarda municipal. Tivemos que chamar a equipe do (outro serviço de saúde mental da rede) para intervir também. Quando a gente viu que a situação já estava incontrollável, a gente buscou ajuda da Guarda Municipal”. (P6)

Situações em que o profissional está só aumentam a sensação de vulnerabilidade e urgência:

“[...] semana passada, teve uma agitação desse paciente. Eu estava no consultório sozinha. Ele entra, estava na mesa cercada, não tinha nem como pular, apesar que eu pensei rápido: ‘Eu vou passar debaixo da mesa ou eu vou pular a mesa’, mas não teve jeito: ele pegou a lixeira e foi me agredindo, mas a lixeira caiu no chão, e ele foi pegar a lixeira rapidamente, eu peguei a cadeira para colocar na frente para me defender. E nisso, gritei para a equipe aparecer na sala, ele entrou e fechou a porta”. (P4)

A escalada da crise e a impotência da mediação verbal também se fazem presentes:

“Ele entrou para a cozinha para jantar, e já começou lá de dentro falando que não ia tomar a medicação. Estava conversando com outro paciente, e aí começou a alterar o humor. Já estava persecutório com a equipe também. Começou a falar que não ia tomar remédio, que não adiantava nem colocar a mão, porque senão ia agredir. E a gente foi abordar para conversar. Mas aí ele se alterou e jogou uma mesa para cima, e a gente foi para evitar [...]. O paciente ficou agitado, surtou e começou a quebrar as coisas na cozinha, e a gente não quis entrar em contato [...] quando chegou, ele já tinha quebrado a cozinha. Foi feito bastante bagunça lá”. (P5)

As falas revelam que a crise, tal como vivida pelos profissionais, rompe com a normalidade do cotidiano e instaura um tempo de exceção. A previsibilidade e a técnica são momentaneamente suspensas, substituídas por respostas corporais e afetivas emergenciais. O serviço, lugar habitualmente dedicado ao cuidado, transforma-se em espaço de ameaça, exigindo decisões rápidas e ações improvisadas. A crise não pertence apenas ao paciente, mas ela atravessa a equipe, instala o caos e redefine, mesmo que temporariamente, o modo de estar do cuidador no mundo. Ao expor o profissional ao risco, convoca-o a agir com tudo o que é: corpo, emoção, intuição e humanidade.

3.2.2 Vivência do afeto como resposta imediata e inevitável

Nas experiências relatadas, a crise mobiliza afetos de forma imediata e incontrollável. Antes mesmo da avaliação técnica, da definição do manejo ou da contenção, o corpo do profissional já foi tocado por emoções intensas. Medo, angústia, susto, pena, tristeza, compaixão ou mesmo cansaço emergem como reações que não dependem da vontade nem do protocolo, sendo modos de presença diante da desorganização do outro.

O medo aparece como afeto inaugural:



“No primeiro momento, a gente assusta. O rapaz fala mais alto, e tem um crescimento, que parece que o homem vira um gigante na sua frente. E a gente fica temeroso, porque a gente não sabe o resultado, o que vai acontecer. Inicialmente, quando a gente tem o contato com essas situações hostis, a gente acostuma [...], normalmente tem medo, que é normal, e começa a pensar se é aquilo mesmo que a gente quer”. (P10)

Esse medo pode crescer até o pânico:

“Num primeiro momento, assim, é de tensão, de medo. Depois vem a reação. Já com a equipe reunida, aí a gente toma mais coragem, mas em um primeiro momento, é de tensão mesmo [...]. Medo, a gente tem medo, porque [...] ainda mais quando é homem. Homem tem mais força do que mulher, então vem o pânico”. (P12)

Há momentos em que o medo impede a iniciativa, exigindo que outro profissional intervenha:

“Foi um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (nome do paciente). Várias [...] contenções dele, eu não tive coragem de chegar e abordar primeiro. Teve que outra pessoa abordar para eu entrar depois, pelo medo que eu tinha dele”. (P12)

Outras vezes, o afeto mobilizado é a necessidade instintiva de defesa:

“Porque, no momento que você é agredido, também você é ser humano, então você fica mais corajoso, você não liga se a pessoa vai entrar, se vai fazer alguma coisa [...] porque, no momento que a pessoa tem essa descarga de raiva, assim, você pensa: ‘Se eu não me defender, ele vai fazer alguma coisa mais grave’”. (P1)

Apesar da dureza da cena, sentimentos de cuidado e compaixão também emergem:

“Na verdade, eu fico com pena dela agir assim dessa forma. Não dela bater no [...], mas implorar por uma atenção, porque, para a pessoa chegar a se mutilar, machucar, é porque o negócio não está bom”. (P7)

“Olha [...] o primeiro sentimento mesmo é de cuidado. Essa atenção que a gente tem que ter para cuidar. Esse cuidado, ele é muito amplo. Ele tanto no sentido de você observar para você prever uma agitação, uma hostilidade, e tentar conduzir a situação da melhor maneira possível”. (P10)

Em outras situações, os sentimentos predominantes são a angústia, a frustração e a exaustão emocional:

“Eu sinto angústia. Tem essa angústia, e fico pensando, me dá uma tristeza. Fico angustiada com essas coisas [...] que vêm. Para quê tanta falta de educação, tanta falta de respeito?” (P9)

“Eu, agora, eu já tenho há muito tempo um sentimento de cansaço, de achar, assim: ‘Eu já deveria ter dado um basta’. Porque agora eu estou achando que estou mais cansada, sabe, psicologicamente”. (P8)

O afeto pode ser ambivalente, misturando medo e responsabilidade ética:

“Então, a gente tem aquela sensação de medo, mas, ao mesmo tempo, a sensação de que eu preciso ajudar [...]”. (P2)

Por fim, alguns reconhecem que a raiva pode surgir momentaneamente, sobretudo quando o profissional se sente pessoalmente atingido:



“Às vezes, a princípio, leva para o lado pessoal, e fica irritado, principalmente se existe agressão. Acho que até é uma coisa normal do ser humano mesmo. É difícil, dependendo da situação, a gente ter a frieza de [...] de entender o lado do paciente, entender tudo que está envolvido”. (P5)

As falas revelam o afeto como dimensão estrutural da vivência profissional diante da crise. O medo, quase sempre a primeira reação, é acompanhado por um leque de emoções que desafiam a racionalidade clínica. Confrontado com a desorganização do outro, o cuidador é atravessado por afetos que desestabilizam, mas também o impulsionam a agir. Angústia, compaixão, exaustão e tristeza apontam para a profundidade dessa exposição subjetiva. Mais do que fator secundário, o afeto é o próprio chão da experiência, que antecede a palavra, condiciona a ação e marca a memória da cena. Reconhecer essa dimensão é admitir que o cuidado não é neutro, mas é sempre encontro entre vulnerabilidades.

3.2.3 Vivência da palavra como primeiro gesto ético e seu esgotamento

No olho da crise, o primeiro recurso não é a força nem o grito, mas a palavra. Ainda que trêmula, atravessada pelo medo, é com ela que o profissional se lança — gesto tanto técnico quanto existencial. Falar não é apenas intervir, mas é afirmar, contra o caos iminente, que ali ainda há relação possível e que o outro, por mais desorganizado, ainda é sujeito e pode ser escutado. A escuta, nesse cenário, nasce menos de um protocolo e mais de uma intuição ética: um fio frágil que tenta conter o desmoronamento, sustentar o vínculo e retardar a violência.

“A nossa abordagem geralmente é tentando fazer com que ele fique tranquilo, mas ele não consegue. Nós tentamos abordagem verbal e depois vamos para a abordagem de contenção, tanto medicamentosa quanto física”. (P2)

“A princípio, tentar conversar é um serviço que rola muito a questão psicológica [...] a primeira atitude é tentar abordar de alguma maneira com diálogo, e aí depende da reação do paciente. Dependendo da reação que a gente vai ver os próximos passos”. (P4)

Há quem transforme a tentativa de diálogo em gesto quase terapêutico, inventando abrigos de palavra no meio da tempestade:

“E [...] a gente tenta o máximo possível com a palavra com a escuta. E já teve paciente de eu levar até para o consultório dar uma de plantonista, conversar, começar a escrever, escrever tudo que está falando para dizer que está desabafando [...]. Tem uns que dá para ir conversando [...]. Agora, outros, não, outros infelizmente vai até o ponto final da contenção, e às vezes você precisa da guarda [...]”. (P8)



A aposta no diálogo também aparece como estratégia explícita para evitar a escalada:

“Primeiro, eu vou com carinho. Eles até falam que eu sou meio meiguinha para conversar e tudo, que eu acho que às vezes o diálogo é, assim, a princípio, a melhor forma do que ir direto para uma medicação, ir direto para uma contenção”. (P7)

Nem sempre, porém, a palavra sustenta a cena. Quando o apelo verbal falha, e o risco se impõe, o quadro muda rapidamente, e o cuidado se converte em contenção:

“A gente foi abordar para conversar. Mas aí ele se alterou e jogou uma mesa para cima, e a gente foi para evitar [...]. O paciente ficou agitado, surtou e começou a quebrar as coisas na cozinha [...]”. (P5)

“A minha atitude. Eu, particularmente, tentei abordar à princípio o paciente, e [...] fui tentar conversar, mas ali, no momento, eu acho que não seria possível e talvez fosse chegar ao ponto de ter que ser contido”. (P5)

Diante do esgotamento do diálogo, a contenção surge como medida extrema e, muitas vezes, dolorosa para quem a executa:

“E, particularmente, detesto paciente contido. Eu tenho um sofrimento muito grande de ver eles contidos, e eu faço o máximo para não deixar contido. O que eu posso fazer para poder descontar ao longo do plantão, eu faço, só quando não tem jeito mesmo”. (P8)

Em outras ocasiões, suspende-se o contato para voltar quando houver melhores condições de escuta:

“O meu comportamento diante desse paciente é tentar acalmar o paciente nesse momento. Como puder, do jeito que puder fazer, senão a gente se afasta, dá um tempo, depois volta e tenta saber o porquê, saber o que que levou aquela atitude. Muitas vezes, eles falam até o que que aconteceu”. (P3)

Nos casos-limite, não há margem para sutilezas: a transição é direta e urgente: *“Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo. Não deu tempo de conversar, não deu [...] não deu tempo de chegar a um acordo. Nós tivemos que intervir [...]”. (P6)*

Mesmo assim, muitos esforços buscam preservar alguma dignidade no ato de conter:

“A gente tomou a atitude correta e, no final, ele chegou a ser contido, mas de maneira tranquila. Ele mesmo se deitou na cama, e a gente fez a contenção para terminar de controlar, e foi medicado também”. (P5)

Em síntese, a palavra é o gesto ético inaugural do cuidado na crise, pois, por meio dela, tenta-se sustentar o vínculo, afirmar a dignidade do outro e evitar a violência. Quando a crise se impõe de modo a inviabilizar a escuta, o esgotamento da palavra é vivido como fratura, não só comunicacional, mas do próprio projeto ético do cuidado. A contenção, ainda que necessária, carrega o sofrimento moral de quem a realiza, por expor o limite da razão dialógica diante da desorganização extrema. O silêncio que resta —



depois da palavra que não bastou — pode ser, para muitos, mais angustiante do que o ato de conter.

3.2.4 Vivência da crise como interpelação da humanidade do cuidador

Nem sempre é a pancada que mais fere. Às vezes, é a palavra, e não a que cura, mas a que atravessa como sentença, que desmonta certezas, que desmonta o sujeito. A crise, quando explode, não atinge apenas o paciente em sofrimento. Alcança o cuidador, desestabiliza a segurança institucional e também a identidade que o profissional havia construído de si mesmo — aquela que diz: “Eu dou conta”. Não se trata apenas de aplicar um protocolo ou intervir segundo diretrizes, pois o que se evidencia é que o profissional é atingido em sua própria condição humana, reagindo como alguém que sente, que teme, que sofre e que, mesmo assim, se vê convocado a permanecer diante do outro.

[...] o desfecho da história é que eu fui embora chorando copiosamente. Cheguei em casa chorando; não conseguia parar de chorar. [...] eu me senti muito atacada, estava voltando de licença maternidade, e aí você chega em um lugar, na primeira semana, e te chamam de vagabunda, de piranha e não sei o quê mais. Eu achei muito pesado, foi muito difícil”. (P9)

Não há manual que preveja isso. Nenhuma ficha técnica orienta sobre o que fazer quando o que é agredido não é o corpo, mas a dignidade. A dor que se instala depois não é apenas emocional, mas ética, uma espécie de colapso silencioso da crença no próprio valor.

“Quando a gente é agredido, a gente vai embora para casa com um sentimento de nada. Você pensa: ‘Nó, eu não valho nada, nada’ (choro)”. (P9)

O impacto não é episódico, mas ele se acumula, tornando-se sobrecarga e, com o tempo, em angústia persistente, solidão na função e esgotamento, que não se alivia com descanso.

“Mas até uns anos atrás, não, eu tava assim, segurando normal, sabe? ‘Tá bom negócio assim’, mas agora, já tá me dando um sentimento de angústia, não sei se às vezes solidão, cansaço mesmo, eu tô”. (P8)

Há cenas que não se apagam, permanecendo como cicatriz compartilhada. Não apenas para quem viveu, mas para todos os que estavam por perto, e a equipe é tomada por um mesmo luto. A cena se repete no discurso como se ainda precisasse ser digerida ou simplesmente dividida para não sufocar.

“O que a gente presenciou, né, aqui dentro. Os colegas de serviço, a gente chegou, os colegas, todo mundo tomado, chorando muito, nossa gerente, né, a [...], todo mundo muito tomado com o que tinha acontecido. E até hoje, a gente ainda comenta sobre isso, né. [...] é um serviço que eu gosto muito de fazer.



Gosto muito da saúde mental, aprendi gostar, e essas coisas mexem muito comigo, sabe, mexe muito”. (P11)

Ainda assim, o ressentimento não domina. Em muitos relatos, o que emerge é a compaixão — não como fórmula, mas como recusa em desumanizar. Mesmo ferido, o cuidador reconhece o sofrimento do outro.

[...] eu acho que em momento algum despertou raiva, nada disso. Depois a gente até ficou próximo; ele passou a ter uma referência muito grande comigo. [...] eu tenho pena da pessoa, da gente ver como que o ser humano consegue chegar ao extremo”. (P1)

Essa empatia convive com a dor de perdas irreparáveis. A morte de um paciente não é apenas um evento, mas um acontecimento que abala; o luto está presente mesmo quando o corpo não é visto e a ausência pesa.

“Eu peguei plantão com ela aí ainda, com o corpo dela, sabe, aquilo... eu não cheguei a ver ela, o corpo. Todo mundo viu, mas eu não quis ver, porque eu acho que, se mexeu comigo sem eu ver, se eu visse ela... eu vi a família, sabe, muito chocada, então a gente acaba mesmo ficando, né... uma menina nova, né, muito nova, a família, a mãe aí muito... assim foi muito triste mesmo”. (P11)

Nada é puro: a crise também produz ambivalência. Há momentos em que a agressão fere tanto que o afeto cede lugar à raiva ou, ao menos, à irritação. Mesmo sabendo que o outro sofre, por vezes, a resposta emocional escapa ao controle.

“Às vezes, leva, à princípio, para o lado pessoal, né, e... fica irritado e tal, né, principalmente se existe agressão e tudo, né. Que isso aí acho até uma coisa normal do ser humano mesmo. É difícil, dependendo da situação, a gente ter a frieza de... de entender o lado do paciente”. (P5)

Mesmo assim, eles ficam. Muitos profissionais permanecem não porque ignoram a dor, mas justamente porque não a ignoram. A dor do outro os convoca, apesar da sua própria. Há uma sensação de tarefa, de chamado, de fé silenciosa no valor de estar ali.

“Eu venho muito agradecendo e pedindo muito a Deus, pra que Deus me dê muita força para mim conseguir ajudar eles, sabe. Que eu tô aposentando, então eu quero fazer o meu melhor até eu terminar essa tarefa minha mesmo, sabe? [...] pelo menos eu não venho só para ganhar um dinheiro, mas eu venho para ajudar mesmo”. (P8)

O reconhecimento cotidiano sustenta pequenos gestos, palavras que tocam, laços que permanecem quando o resto desaba.

“Eu sempre comento isso lá na minha casa, com meu marido, com minhas filhas sobre isso, sabe. Que é um sentimento mesmo, que eles sentem pela gente, né. Que a gente vê que é, né! Igual ela mesmo fica me chamando de querida. [...] então, isso aí mexe muito com a gente, né”. (P8)

Neste constituinte, evidencia-se o rompimento da fronteira entre o profissional e o humano. A crise, ao se instalar, não atinge apenas o outro em sofrimento, mas atravessa o cuidador, fragiliza sua identidade e coloca em xeque sua capacidade de seguir cuidando.



A violência simbólica — xingamentos, humilhações, desvalorização — pode ferir mais do que a agressão física, pois corrói o valor de si. Mas é nesse espaço de dor e interpelação que emerge a profundidade do gesto ético. Muitos permanecem não por obrigação técnica, mas por um compromisso afetivo, por fé no cuidado e pelo vínculo construído. A crise revela, assim, o cuidado como exposição radical e a saúde mental como campo que exige não apenas competência, mas coragem e humanidade.

3.2.5 Vivência da crise como ponto de inflexão no vínculo e no *self*

A crise não se despede com a saída do paciente nem respeita o fim do turno, ela permanece como ruído residual, como marca discreta ou como reconfiguração silenciosa. Há algo, no acontecimento crítico, que reorganiza o campo relacional e, em muitos casos, o próprio modo como o cuidador se reconhece no papel de quem cuida. Em alguns percursos, por mais agudo que tenha sido o conflito, instaura-se uma nova forma de proximidade: o cuidado se transforma; o olhar se revê; e a alteridade, antes marcada por desconfiança ou temor, passa a ser atravessada por respeito e, às vezes, por uma estranha ternura.

“Depois a gente até ficou muito próximo; ele passou uma referência muito grande comigo. Todo mundo que entrava no serviço ele falava: ‘Olha, não mexe com ela, porque ela é uma pessoa boa e tudo, mas se ela ficar nervosa, ela demonstrou que ela é igual, ela é igual a gente mesmo, ela é ser humano, então é... essa daí melhor não mexer’”. (P1)

Mesmo a contenção, quando vivida como último recurso, pode abrir espaço para outro tipo de reconhecimento: o paciente percebe que algo foi sustentado, que o vínculo resistiu.

“Hoje, ele não tem medo, mas ele tem um respeito. E por mais que ele esteja ruim, igual hoje, ele tá lá queixando que ele não está bem, aquela coisa toda assim. Ele vai pra perto de mim, ele conversa, ele esvazia. [...] depois dessa época [...] no meu plantão, ele já agitou, já gritou, já falou, mas nunca chegou às vias de fato”. (P8)

A memória da cena não se apaga. Ela incorpora-se ao cotidiano, moldando intervenções futuras e afinando a escuta para sinais precoces.

“Hoje, ele está vendo outro paciente mais exaltado. Ele começa: ‘Não estou bem’, ‘Não estou conseguindo ficar aqui’. Eu sentei com os dois e manejo um, manejo outro”. (P8)

Esse processo, contudo, nem sempre é imediato. Há afastamentos, recuos, tempos internos que não acompanham os ritmos institucionais. Voltar ao trabalho exige, por vezes, a coragem de se rerepresentar ao mesmo lugar — agora ferido.



“Eu lembro que eu fiquei cinco dias e voltei e falei assim: ‘Olha, eu acho que eu tô preparada pra trabalhar’”. (P8)

Para alguns, a crise opera como formação forçada — aprendizagem emocional em campo minado —, na qual se passa do medo paralisante a um saber-fazer mais situado.

“No início, quando eu entrei aqui no [...], aí eu tinha medo. Eu ia conversar com o paciente para falar... é pra falar o que eu sinto? O que eu sentia? Ah tá! Tinha medo, tinha um medo assim, de chegar perto do paciente, de abordar mesmo, de falar qualquer coisa com o paciente. Eu tinha muito medo dele gritar comigo [...]. Aí depois, assim, com o passar do tempo, a gente vai [...] ficando mais esperto, ganhando mais experiência, até o que falar”. (P9)

Em outros percursos, o que resta é o trauma, o esvaziamento e a impotência de quem foi agredido — literal ou simbolicamente — e não encontrou reparação:

“Principalmente aqui, porque a gente é agredido fisicamente. Fica por isso mesmo. Eu falo para as meninas: ‘A gente aqui apanha’. O que resta para a gente? Ir embora para casa chorar. A única coisa que resta para a gente é ir embora para casa chorar”. (P9)

O abalo pode atingir a autopercepção do valor profissional, tocando o núcleo do *self*:

“[...] quando a gente é agredido, a gente vai embora para casa com um sentimento de nada. Você pensa: ‘Nó, eu não valho nada, nada’ (choro)”. (P9)

Retornar após uma ausência prolongada se torna, então, mais do que difícil. Por vezes, é insuportável ignorar o que a experiência abriu como ferida e como lucidez.

“Eu tive essa dificuldade agora, quando eu voltei, que eu fiquei um ano afastada, o que falar em um paciente. Tipo assim, o paciente estava chorando aí [...] eu pensei em ignorar, mas não consegui fingir que não estava vendo”. (P9)

Ainda assim, há narrativas que testemunham reconstruções discretas: reaproximações lentas, fios que se reatam onde parecia haver apenas ruptura.

“Eu me lembro que ele também evadiu... conseguimos colocá-lo de volta aqui. Com o tempo, ele foi melhorando... até estabilizar [...] hoje, curiosamente, ele veio ao serviço... parecia estar muito bem”. (P10)

O que emerge dessa multiplicidade de trajetórias não é uma síntese apaziguadora, mas uma constatação radical: a crise marca, desorganiza, mas também refunda. É nela que o vínculo pode ganhar espessura ou ruir. É a partir dela que o sujeito clínico pode se recompor ou colapsar. Mais do que um evento, a crise atua como ponto de inflexão existencial, pois rasura a continuidade, exige reelaboração simbólica e convoca o profissional a se repensar como cuidador, como corpo e como sujeito ético. Em última instância, é também no pós-crise que a clínica se revela como campo de subjetivação não apenas para o paciente, mas para aquele que cuida.



3.2.6 Vivência do cuidado como tensão entre vocação e exaustão

Cuidar, no campo da saúde mental, não é apenas executar tarefas técnicas, mas é habitar um território de exposição constante. Em meio ao sofrimento psíquico do outro, o profissional se vê dividido entre dois polos: a entrega que consome e a necessidade de se preservar. A crise, repetida e imprevisível, não apenas desgasta o corpo, mas também corrói o sentido. O que se esgota, muitas vezes, não é a força física, mas o vínculo simbólico com o próprio ofício.

“Quando eu entrei aqui, eu lembro que um colega falou comigo assim: ‘Saúde mental tem prazo de validade, a gente pode trabalhar só dez anos’, [...] é, dez anos no máximo, não passa disso, não, viu, porque senão as coisas piora, e eu já tô com mais de 18, né, talvez seja isso”. (P8)

Esse acúmulo silencioso deixa marcas profundas. Ainda assim, muitos permanecem, sustentados por uma fé quase teimosa na possibilidade de cuidar — uma esperança que ultrapassa o protocolo e resiste ao desencanto.

“Eu venho muito agradecendo e pedindo muito a Deus, pra que Deus me dê muita força para mim conseguir ajudar eles, sabe. Que eu tô aposentando, então eu quero fazer o meu melhor até eu terminar essa tarefa minha mesmo, sabe? [...] porque, eu realmente eu venho pensando neles”. (P8)

O vínculo com o trabalho, para alguns, configura-se como um afeto enraizado, algo que ultrapassa a esfera do dever e se aproxima de uma vocação construída ao longo do tempo.

“É um serviço que eu gosto muito de fazer. Gosto muito da saúde mental, aprendi gostar, e essas coisa mexe muito comigo, sabe, mexe muito”. (P11)

Mas a vocação, longe de ser dom natural, é também um campo de responsabilidade e discernimento. Requer disposição para ser afetado e coragem para reconhecer quando o limite se aproxima.

“Eu acho que um momento que a gente tem que refletir muito, porque eu acho que pra tá trabalhando, seja num [...], num CAPS, seja em um hospital, a gente tem que gostar do público da saúde mental. Então, assim [...] eu sugiro às pessoas que, quem tá chegando, né, ter essa... fazer essa autoanálise mesmo, quem tá começando, para perceber mesmo se gosta de trabalhar com esse público”. (P8)

O gostar, nesse contexto, funciona como linha tênue entre sustentação e colapso. É ele que dá sentido ao cotidiano, mas não garante imunidade à exaustão.

“O gostar de cuidar desse público, o gostar de lidar com esse público é fundamental, faz a diferença toda. Pra gente ter sucesso, conseguir trabalhar e cuidar desse público”. (P8)



Nesse constituinte, evidencia-se que a vocação não é antídoto contra o sofrimento. É um processo ético e afetivo que se renova a cada encontro e que cobra caro de quem o sustenta. O cuidado, aqui, é também uma negociação com o próprio limite entre seguir e parar, entre estar presente e preservar-se. Reconhecer essa tensão é, talvez, o gesto mais ético possível, admitindo que o cuidador também precisa ser cuidado.

A saúde mental, como se escuta nas entrelinhas, é campo de dor e de sentido, e permanecer nele é um ato de coragem, um modo de insistir, mesmo cansado, na possibilidade de seguir humano.

4 Discussão

Os resultados apresentados confirmam que a experiência dos profissionais de saúde mental diante de pacientes com comportamento conflituoso em situações de crise não se restringe ao campo técnico da intervenção clínica. Trata-se de uma vivência fenomenologicamente densa, na qual os sujeitos são afetados em sua corporeidade, em sua percepção do tempo, em seus afetos e na própria constituição do *self*. A crise, nesse contexto, não é apenas um evento objetivo que exige contenção ou protocolos, mas se configura como uma doação de sentido abrupta que irrompe a continuidade intencional da consciência e transforma o modo de ser-no-mundo do cuidador.

4.1 Vivência da crise como ruptura do cotidiano e exposição do eu

A ruptura do cotidiano, frequentemente relatada como desorganização repentina do plantão, revela o impacto da crise sobre a temporalidade vivida. Como indica Husserl (2006), toda experiência se dá em um horizonte temporal contínuo, cuja suspensão gera desconcerto, urgência e exposição. A crise, ao emergir como acontecimento inesperado e ameaçador, rompe a ordem habitual da experiência e instaura um tempo outro, que é imediato, imprevisível e liminar.

Esse colapso da rotina exige uma presença integral do cuidador, que se vê lançado em uma cena de risco e responsabilidade, convocado a agir mesmo sem garantias de eficácia. Richmond *et al.* (2012) e Chang *et al.* (2022) já haviam descrito esse deslocamento como desorganização funcional. Aqui, contudo, ele se revela também como desorganização existencial, vivida no corpo e na consciência do profissional.

A desorganização não é apenas externa. Muitos profissionais relatam confusão interna, paralisia momentânea ou sensação de “não saber o que fazer”. Chang *et al.* (2022)



observam que o impacto emocional imediato da ameaça à integridade desencadeia reações fisiológicas e cognitivas que desafiam a capacidade de ação coordenada. Esse estado de suspensão, vivido entre o susto e a necessidade de resposta rápida, é o núcleo da experiência de crise.

Há ainda uma ruptura simbólica: o espaço terapêutico deixa de ser lugar de escuta, tornando-se campo de contenção. Essa transformação repentina exige do profissional uma presença total e, não raro, expõe-no em sua vulnerabilidade. O cotidiano do cuidado mostra então seu reverso — o da imprevisibilidade, do medo e da nudez subjetiva.

A crise, portanto, não é apenas mais uma demanda clínica, pois inaugura uma nova cena, um acontecimento que retira o profissional do *script* previamente conhecido, convocando-o a responder a algo que não está inteiramente sob seu controle. Nessa ruptura, começa a se delinear uma forma distinta de experiência, marcada pela urgência, pela incerteza e pelo risco.

4.2 Vivência do afeto como resposta imediata e inevitável

Nem sempre dá tempo de pensar. Às vezes, o corpo já sentiu — e reagiu — antes que qualquer nome fosse dado ao que começa a acontecer. A resposta afetiva imediata evidencia que a crise não é apenas um dado externo, mas um fenômeno que atinge diretamente o corpo próprio (*Leib*), tal como descreve Merleau-Ponty (1999). Medo, angústia, compaixão e cansaço irrompem como afetos primários, não deliberados, compondo modos de aparecer do mundo para uma consciência afetada. Em termos levinasianos, trata-se da afetabilidade radical diante do outro (Levinas, 1980). A crise, assim, afeta antes de ser compreendida, mobiliza antes de ser nomeada, e é nessa dimensão pré-reflexiva que começa a se delinear a ética do cuidado: estar ali, mesmo sem saber como.

Haugvaldstad e Husum (2016) mostram que a exposição à agressividade aciona respostas fisiológicas automáticas, como tensão muscular, taquicardia e hipervigilância. Esse desconforto é vivido como aviso e bússola afetiva, orientando decisões imediatas como aproximar, conter ou recuar como forma de cuidado, não como fuga. No entanto, os afetos não seguem roteiro: o medo se mistura à compaixão; a raiva cede lugar à tristeza; e a perplexidade se transforma, por vezes, em impulso de presença. Drach-Zahavy *et al.* (2011) identificam estilos afetivos (autoritário, empático, impotente, simétrico), sugerindo que a leitura do outro (ameaça vs. sofrimento) modula o afeto que prevalece.



Esse terreno já aparece na formação. Avanci, Malaguti e Pedrão (2002) observam oscilações entre atitudes autoritárias e paternalistas, reflexo de emoções contraditórias mal elaboradas que, na crise, reaparecem com maior intensidade. Em síntese, o afeto governa a cena: não vem depois — vem antes da palavra e da técnica. A contenção, quando necessária, já nasce marcada por esse turbilhão. Reconhecer essa inevitabilidade implica a compreensão de que cuidar é, igualmente, conter-se, ou seja, moderar o próprio afeto de modo a sustentar o encontro com o outro, e não neutralizá-lo, diante de um sujeito que, simultaneamente, nos espelha e nos fragiliza.

4.3 Vivência da palavra como primeiro gesto ético e seu esgotamento

Nesse campo, a palavra emerge como primeiro gesto de reconhecimento do outro como sujeito — gesto ético inaugural (Levinas, 1980) que busca sustentar o vínculo por meio da escuta e do diálogo. Fala-se para conter, mas também para alcançar, para manter viva a relação quando o chão vacila. Richmond *et al.* (2012) indicam que a desescalada verbal pode restaurar no paciente algo do que o surto desorganiza, como senso de controle e pertença ao mundo compartilhado. É por isso que, antes do protocolo, a equipe lança a palavra — insistência que é técnica e convicção.

Contudo, há cenas em que a palavra tropeça no excesso: o ruído domina; não há interlocutor possível; e o que se instala não é só silêncio, um luto ético, um lamento por um encontro que não pôde se cumprir. Nesses casos, a contenção surge como paradoxo, sendo necessária para preservar vidas e vínculos, mas amarga. Bowers *et al.* (2014) a descrevem como marco de ruptura no campo do cuidado; e Bigwood e Crowe (2008) a nomeiam como ferida ética, mesmo quando legitimada por protocolos. Conter é, por vezes, calar, e calar pode soar como traição involuntária a um projeto de escuta. Em chave psicopatológica, Messas e Fukuda (2018) lembram que a crise reconfigura a existência nas suas proporções fundamentais, impondo limites reais à intersubjetividade que não anulam a ética, mas apenas a submetem à prova.

Ainda assim, a palavra não se extingue. Mesmo após a contenção, falar para reatar e falar para costurar o que a contenção rasgou recoloca o vínculo em movimento. Bowers *et al.* (2015) mostram que intervenções verbais empáticas e consistentes reduzem a incidência de novas contenções. A lição é simples e exigente: a falência momentânea da palavra não elimina sua potência simbólica, mas revela sua centralidade — a contenção é vivida como fracasso justamente porque a escuta importa. Assim, a palavra aqui não é



instrumento, mas é posicionamento ético, horizonte ao qual se retorna sempre, mesmo quando a cena exigiu, por instantes, o cuidado pela força.

4.4 Vivência da crise como interpelação da humanidade do cuidador

Há momentos em que o que rui não é só o protocolo, mas a crença de que a técnica basta. Quando a crise se instala, desorganiza não apenas a cena, mas a condição de quem cuida. Os relatos mostram que, no instante do abalo, o profissional é interpelado em sua própria humanidade, com choro, medo, raiva, culpa e uma solidão difícil de nomear. A técnica, sozinha, não sustenta a presença, e o que resta é a exposição — pele, lágrima, cansaço — de alguém que permanece diante do excesso de dor.

Essa exposição não é fragilidade a corrigir, mas elemento constitutivo da prática em saúde mental. Bigwood e Crowe (2008) descrevem-na como ruptura no projeto de cuidado. A contenção, mesmo necessária, é vivida como derrota ética, pois “é parte do trabalho, mas estraga o trabalho”. Husum *et al.* (2020) mostram como humilhações e desprezos, naturalizados no cotidiano, silenciam o sofrimento do trabalhador e, com o tempo, esvaziam o cuidado. Não se trata apenas do impacto do paciente, mas do desamparo institucional que não acolhe quem acolhe.

As marcas não surgem de um único episódio, mas acumulam-se. Needham *et al.* (2005) descrevem retração afetiva, insegurança, perda de empatia e dúvida vocacional após crises sucessivas. Nesse contexto, a pergunta prática é: como continuar? Os dados indicam que experiências anteriores bem-sucedidas, vínculos reais com os pacientes e a percepção de apoio da equipe ajudam a sustentar o gesto de permanecer (Bowers *et al.* 2014). Bowers (2014) observa que, diante da agressividade, muitas pessoas recorrem a autoafirmações, como “já enfrentei isso antes”, “estou treinado” e “não estou sozinho”.

A sustentação emocional, portanto, não nasce apenas de dentro, mas é construída em rede. Confiança entre colegas, coerência de procedimentos e suporte durante e após a crise fazem diferença. Mais que técnica, o cuidado exige coragem moral, inclusive para ficar quando o vínculo rompe e recomeçar quando possível (Bowers, 2014). Nesses momentos, o profissional deixa de se perceber como mero executor, tornando-se alguém implicado, inteiro, diante da dor e da dignidade do outro.



4.5 Vivência da crise como ponto de inflexão no vínculo e no *self*

A crise não termina no episódio, mas reconfigura vínculos e altera a autoimagem profissional. Paradoxalmente, muitos relatos apontam aproximações posteriores à contenção, como gestos de respeito, gratidão e conversas que voltam a acontecer. Não é cálculo, mas resposta que se impõe antes da decisão. Nessa direção, Marion (apud Korelc, 2016) fala em doação, uma saturação de sentido que antecede o sujeito e o convoca, e o cuidado é recebido antes de ser escolhido. Assim, o vínculo pode refazer-se pela própria crise, não apesar dela. Jalil *et al.* (2017) observam que o modo de atravessar a agressão pode melhorar a percepção do paciente sobre a equipe, fortalecendo laços.

No entanto, o ponto de inflexão nem sempre é positivo. Para outros profissionais, resta a rachadura: descrença no próprio gesto, vontade de afastar-se e abalo identitário. Bigwood e Crowe (2008) mostram que conter pode significar mais do que interromper um ato violento, pois pode romper um ideal de cuidado, tocando o núcleo do *self* profissional. Essas marcas não desaparecem sozinhas. Needham *et al.* (2005) alertam que a repetição da violência altera o modo de estar com o outro, surgindo retração, cautela excessiva e evitação. A crise, então, não muda apenas a relação com um paciente, mas muda a própria prática, estreitando bordas da escuta e deslocando limites da empatia.

Este constituinte essencial indica, portanto, a crise como acontecimento existencial: ela reorganiza o campo relacional e reconfigura o *self* de quem cuida. O modo como o vínculo se recompõe ou se fragiliza após o episódio se torna índice de quem o profissional se reconhece sendo. Há reconstruções discretas, reaproximações depois do abismo, afastamentos que protegem e renascimentos parciais. Cuidar, nesse sentido, não é repetir técnica, mas refazer-se como cuidador a cada encontro com o limite.

4.6 Vivência do cuidado como tensão entre vocação e exaustão

Por fim, a tensão entre vocação e exaustão aparece como eixo existencial estruturante da experiência de quem cuida. O cuidado, ao mesmo tempo que dá sentido à prática, cobra caro — não só do corpo e da mente, mas também do próprio modo de ser cuidador. Segundo Schablon (2018), trata-se de esgotamento ontológico: momentos em que o sujeito já não se reconhece no que faz ou no que tenta fazer. Jalil e Dickens (2018) mostram que a exigência de controle emocional permanente favorece o uso defensivo de



máscaras (*surface acting*), que, embora protejam, também asfixiam, permitindo funcionar, mas, ao esconder os afetos, multiplicam a dor.

A leitura fenomenológica ajuda a dar espessura a esse conflito: não é apenas conter ou confortar, mas é renegociar, a cada crise, o próprio estar-no-mundo. Os relatos indicam persistência por compromisso ético, laços afetivos e uma compreensão viva do sofrimento. Ainda assim, emergem sinais de desgaste, como insônia, irritabilidade, cansaço acumulado, sensação de esvaziamento e, por vezes, uma perda progressiva de sensibilidade diante da dor alheia. Husum *et al.* (2020) descrevem esse campo instável entre endurecer e dissolver-se, em que o cuidado perde consistência e abre pontos cegos difíceis de perceber.

Esse dilema se agrava onde faltam espaços institucionais para elaborar o sofrimento do trabalhador. Bowers (2014) é claro: o suporte da equipe mitiga, mas não se pode esperar que a retaguarda emocional venha apenas da resiliência individual. Sem sustentação coletiva, a escolha que se impõe é cruel: seguir e adoecer ou afastar-se para preservar a inteireza psíquica. A literatura converge ao indicar que apoio mútuo, compartilhamento de experiências difíceis e prática reflexiva são decisivos para evitar que a dor se converta em cinismo, apatia ou abandono. Em linha com Jalil e Dickens (2018), o *surface acting* contínuo drena a vitalidade do gesto e desumaniza o cuidado. O distanciamento afetivo, então, deixa de ser escolha, tornando-se defesa.

Os achados deste estudo indicam que reconhecimento mútuo na equipe, legitimação do sofrimento do cuidador e construção compartilhada de sentido são condições de possibilidade para permanecer no cuidado sem se perder de si. Como reforçam Bowers (2014) e Chang *et al.* (2022), não basta atravessar a crise, pois é preciso ter com quem sustentá-la quando ela passa. Em última análise, o cuidado em saúde mental se configura como um campo de decisões internas permanentes: acolher o outro sem se apagar; insistir no vínculo reconhecendo limites; estar presente e também saber recuar. A exaustão aqui não é falha moral, mas experiência vivida. Dar voz a essa tensão, mesmo trêmula, mesmo tardia, é o que torna possível seguir cuidando de modo ético, sensível e verdadeiro.

5 Considerações finais

Este estudo, orientado pela fenomenologia de Amedeo Giorgi, buscou descrever e compreender os significados vividos por profissionais de saúde mental diante de



situações de crise com comportamentos conflituosos. Longe de eventos meramente técnicos, tais episódios se mostram como vivências intencionais intensas que atingem a subjetividade de quem cuida em múltiplas dimensões: corporal, afetiva, relacional e existencial.

A análise permitiu identificar seis constituintes essenciais da experiência: (1) a crise como ruptura do cotidiano e exposição do eu; (2) o afeto como resposta imediata e inevitável; (3) a palavra como gesto ético inaugural e seus limites; (4) a crise como interpelação da humanidade do cuidador; (5) o episódio crítico como ponto de inflexão no vínculo e no *self*; e (6) o cuidado como tensão entre vocação e exaustão. Em conjunto, esses eixos mostram que o cuidado não é um somatório de técnicas, mas um modo de ser-no-mundo afetado pela presença de um outro em sofrimento.

Ao irromper, a crise rompe a ordem habitual da experiência, convocando o profissional a um reposicionamento ético. Como propõe Husserl (2006), toda consciência é intencional, sempre voltada a algo. Aqui, o “algo” é um outro em desorganização que se impõe como alteridade incontornável. Esse encontro exige mais que protocolo, requerendo presença ética, disponibilidade afetiva e sustentação simbólica. Nessa exposição, o profissional reconhece limites, revisita sua função e (re)configura sua identidade cuidadora.

Contudo, a realidade institucional frequentemente silencia essa dimensão. A ausência de espaços de acolhimento e reflexão converte a crise em fator crônico de sofrimento, favorecendo dessensibilização, retração empática e abandono. Impõe-se, portanto, uma agenda clínica e política que reconheça a intersubjetividade da crise. Cuidar da saúde mental implica cuidar de quem cuida, com políticas, rotinas e dispositivos que legitimem o sofrimento do trabalhador e sustentem sua elaboração.

A experiência do profissional não é periférica à cena da crise, mas ela participa do seu desfecho e da sua potência terapêutica. A crise transforma não apenas o paciente, mas também quem a atravessa ao seu lado. Quando escutada e compreendida em sua profundidade fenomenológica, essa transformação pode se tornar reelaboração subjetiva, fortalecimento ético e invenção de práticas mais humanas.

Em suma, os achados corroboram uma verdade pouco enunciada nos discursos técnicos: “a saúde mental é penosa também para quem nela atua”. Por isso, o cuidado só se sustenta — ética e politicamente — quando reconhece que o sofrimento é compartilhado, que a cura é construída em conjunto e que a dignidade do cuidado passa, inegociavelmente, pela dignidade do cuidador.



Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

AVANCI, R. de C.; MALAGUTI, S. E.; PEDRÃO, L. J. Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 509–515, jul. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400007>

BIGWOOD, S.; CROWE, M. ‘It’s part of the job, but it spoils the job’: a phenomenological study of physical restraint. **International Journal of Mental Health Nursing**, Hoboken, NJ, v. 17, n. 3, p. 215–222, maio. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>

BOWERS, L.; ALEXANDER, J.; BILGIN, H.; BOTHA, M.; DACK, C.; JAMES, K.; JARRETT, M.; JEFFERY, D.; NIJMAN, H.; OWITI, J. A.; PAPADOPOULOS, C.; ROSS, J.; WRIGHT, S.; STEWART, D. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Hoboken, NJ, v. 21, n. 4, p. 354–364, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>.

BOWERS, L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Hoboken, NJ, v. 21, n. 6, p. 499–508, fev. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>

BOWERS, Len; JAMES, Karen; QUIRK, Alan; SIMPSON, Alan; SUGAR; STEWART, Duncan; HODSOLL, John. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 9, p. 1412–1422, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

CHANG, Y. C.; HSU, M. C.; OUYANG, W. C. Effects of integrated workplace violence management intervention on occupational coping self-efficacy, goal commitment, attitudes, and confidence in emergency department nurses: a cluster-randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 5, p. 2835, fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>

DELL’ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: AMARANTE, P. (org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161–194.

DRACH-ZAHAVY, A.; GOLDBLATT, H.; GRANOT, M.; HIRSCHMANN, S.; KOSTINTSKI, H. Control: patients’ perspectives on mental health nurses’ responses to challenging behaviours. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 22, n. 1, p. 43–53, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732311414730>. Acesso em: 17 maio 2025.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 31–44, mar. 2007. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/37>. Acesso em: 16 jun. 2022.

GIORGI, A.; SOUSA, D. A. **Método fenomenológico em psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.



GOODING, P.; MCSHERRY, B.; ROPER, C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Hoboken, NJ, v. 142, n. 1, p. 27–39, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13152>

HAUGVALDSTAD, M. J.; HUSUM, T. L. Influence of staff’s emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. **International Journal of Law and Psychiatry**, Oxford, v. 49, pt. A, p. 130–137, dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**: introdução geral à fenomenologia pura. Tradução de Marcio Suzuki. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Ideias & Letras, 2006.

HUSUM, T. L.; THORVARSDOTTIR, V.; AASLAND, O.; PEDERSEN, R. “It comes with the territory”: staff experience with violation and humiliation in mental health care – a mixed method study. **International Journal of Law and Psychiatry**, Oxford, v. 71, p. 101610, jul.-ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101610>

JALIL, R.; DICKENS, G. L. Systematic review of studies of mental health nurses’ experience of anger and of its relationships with their attitudes and practice. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Cidade da revista, v. 25, n. 3, p. 201–213, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12450>

JALIL, R.; HUBER, J. W.; SIXSMITH, J.; DICKENS, G. L. Mental health nurses’ emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: cross sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 75, p. 130–138, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>

KORELC, M. Doação e ser. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 30, n. esp., p. 63–86, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v30nEspeciala2016-p62a86>

LEVINAS, E. **Totalidade e infinito**: ensaio sobre a exterioridade. Tradução de José Pinto Ribeiro. Revisão de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1980.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MESSAS, G.; FUKUDA, L. O diagnóstico psicopatológico fenomenológico da perspectiva dialético-essencialista. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 160–191, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.11.189>

NEEDHAM, I.; ABDERHALDEN, C.; HALFENS, R. J. G.; FISCHER, J. E.; DASSEN, T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, Hoboken, NJ, v. 49, n. 3, p. 283–296, jan. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH)**: política de saúde mental em BH. Belo Horizonte: PBH, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RICHMOND, J. S.; BERLIN, J. S.; FISHKIND, A. B.; HOLLOMAN JUNIOR, G. H.; ZELLER, S. L.; WILSON, M. P.; RIFAI, M. A.; NG, A. T. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project



BETA De-escalation Workgroup. **Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, CA, v. 13, n. 1, p. 17–25, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

SCHABLON, A.; WENDELER, D.; KOZAK, A.; NIENHAUS, A.; STEINKE, S. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany: a survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 15, n. 6, p. 1274, mai. 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>

Recebido em: 20 de maio de 2025.

Aceito em: 26 de novembro de 2025.