









SIGNIFICADOS DOS SENTIMENTOS REVERBERADOS POR TRABALHADORES NO ATENDIMENTO À PESSOA EM CRISE PSÍQUICA: ESTUDO FENOMENOLÓGICO

MEANINGS OF FEELINGS EXPERIENCED BY WORKERS ATTENDING TO PEOPLE IN PSYCHOLOGICAL CRISIS: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

SIGNIFICADOS DE LOS SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS POR LOS TRABAJADORES EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN CRISIS PSÍQUICA: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

-  Savannah Leitzke Carvalho¹
-  Lieni Fredo Herreira²
-  Marciele Ávila¹
-  Cíntia Nasi¹
-  Cláudia Aparecida Tomiello¹
-  Zaira Letícia Tisott¹
-  Nicole Ketzer¹
-  Leandro Barbosa de Pinho¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Escola de Enfermagem - EE. Programa de Pós-Graduação. Porto Alegre, RS - Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Faculdade de Enfermagem - FE. Programa de Pós-Graduação. Pelotas, RS - Brasil.

Autor Correspondente: Savannah Leitzke Carvalho

E-mail: savannahleitzke@gmail.com

Contribuições dos autores:



Coleta de Dados: Savannah L. Carvalho, Cláudia A. Tomiello; **Conceitualização:** Savannah L. Carvalho, Nicole Ketzer, Cláudia A. Tomiello, Cíntia Nasi, Marciele Ávila, Leandro B. Pinho, Lieni F. Herreira, Zaira L. Tisott; **Gerenciamento do Projeto:** Savannah L. Carvalho; Cíntia Nasi; **Investigação:** Savannah L. Carvalho; Cíntia Nasi; **Metodologia:** Cíntia Nasi, Savannah L. Carvalho, Zaira L. Tisott, Leandro B. Pinho, Lieni F. Herreira, Marciele Ávila; **Redação - Preparo do Original:** Savannah L. Carvalho, Marciele Ávila, Cíntia Nasi, Nicole Ketzer, Lieni F. Herreira; **Redação - Revisão e Edição:** Savannah L. Carvalho, Nicole Ketzer, Cláudia A. Tomiello, Cíntia Nasi, Marciele Ávila, Leandro B. Pinho, Lieni F. Herreira, Zaira L. Tisott; **Software:** Savannah L. Carvalho, Cíntia Nasi; **Supervisão:** Cíntia Nasi; **Validação:** Savannah L. Carvalho, Nicole Ketzer, Cláudia A. Tomiello, Cíntia Nasi, Marciele Ávila, Leandro B. Pinho, Lieni F. Herreira, Zaira L. Tisott; **Visualização:** Savannah L. Carvalho, Nicole Ketzer, Cláudia A. Tomiello, Cíntia Nasi, Marciele Ávila, Leandro B. Pinho, Lieni F. Herreira, Zaira L. Tisott.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 20/07/2023

Aprovado em: 01/07/2024

Editores Responsáveis:

-  Assis do Carmo Pereira Jr.
-  Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: compreender os significados dos sentimentos vivenciados por trabalhadores no atendimento a pessoas em crise psíquica em um Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPSad III). **Método:** estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz, no qual foram entrevistados 14 trabalhadores de um CAPSad III na cidade de Porto Alegre/RS, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022. O instrumento utilizado consistiu em um questionário semiestruturado com questões geradoras. As informações coletadas foram transcritas e submetidas a análise fenomenológica, visando reunir informações significativas. **Resultado:** da análise emergiram duas categorias principais, que revelaram os sentimentos e a frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crises. Evidenciou-se que o medo associado à periculosidade relacionada à loucura ainda está presente nos discursos dos trabalhadores. A necessidade de contenção mecânica protetiva produz tristeza e angústia no trabalhador; em contraste com a alegria e alívio gerados quando a crise é resolvida por meio do manejo verbal e do estabelecimento de vínculo. O manejo de crises recorrentes configura um desafio para a equipe, sendo associado ao sentimento de insuficiência e sobrecarga dos trabalhadores. Os principais sentimentos de frustração estão relacionados à baixa adesão dos familiares, problemas sociais que sobrepõem ao cuidado em saúde mental, e quebra de expectativas na relação entre trabalhador e usuário. **Conclusão:** para a compreensão desses sentimentos, é necessário estabelecer relações terapêuticas autênticas entre trabalhador e usuário, visando lidar com a crise mediante o uso do manejo verbal e do vínculo.

Palavras-chave: Análise de Sentimentos; Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa; Usuários de Drogas; Intervenção na Crise; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias.

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings of feelings experienced by workers attending to people in psychological crisis in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center (CAPSad III). **Method:** a qualitative study based on Alfred Schutz's social phenomenology theoretical framework, in which 14 workers from a CAPSad III in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil, were interviewed during January and February 2022. The used instrument consisted of a semi-structured questionnaire with generating questions. The collected information was transcribed and subjected to phenomenological analysis, aiming to gather significant information. **Results:** two main categories emerged from the analysis, revealing workers' feelings and frustration regarding crisis care. It was evident that fear associated with the perceived dangerousness of mental illness is still present in workers' discourses. The need for protective mechanical restraint produces sadness and distress in the worker, in contrast to the joy and relief generated when the crisis is resolved through verbal management and bond establishment. Managing recurring crises poses a challenge for the team, associated with workers' feelings of inadequacy and overload. The main feelings of frustration are related to low family engagement, social problems that overshadow mental health care, and unmet expectations in the worker-user relationship. **Conclusion:** to understand these feelings, it is necessary to establish authentic therapeutic relationships between worker and user, aiming to address the crisis through verbal management and bonding.

Keywords: Sentiment Analysis; Mental Health; Qualitative Research; Drug Users; Crisis Intervention; Substance Abuse Treatment Centers.

RESUMEN

Objetivo: comprender los significados de los sentimientos experimentados por los trabajadores que atienden a personas en crisis psíquica en un Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas (CAPSad III). **Método:** se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en la fenomenología social de Alfred Schutz. Se entrevistó a 14 trabajadores de un CAPSad III en la ciudad de Porto Alegre, RS, durante los meses de enero y febrero de 2022. Se utilizó un cuestionario semiestructurado con preguntas generadoras como instrumento de recolección de datos. La información recopilada fue transcrita y sometida a análisis fenomenológico para obtener información relevante. **Resultado:** del análisis surgieron dos categorías principales que revelaron los sentimientos y la frustración de los trabajadores frente a la atención de las crisis. Se evidenció que aún persiste el miedo asociado a la peligrosidad relacionada con la locura en los discursos de los trabajadores. La necesidad de recurrir a medidas de contención mecánica genera tristeza y angustia en los trabajadores, a diferencia de la alegría y el alivio experimentados cuando la crisis se resuelve a través de la comunicación verbal y el establecimiento de vínculos. La

Como citar este artigo:

Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzer N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2024[citado em ____ ____];28:e-1552 Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2024.46943>

gestión de crisis recurrentes plantea un desafío para el equipo y se asocia con sentimientos de insuficiencia y sobrecarga en los trabajadores. Los principales sentimientos de frustración están relacionados con la falta de apoyo por parte de los familiares, los problemas sociales que se superponen al cuidado de la salud mental y la ruptura de expectativas en la relación entre el trabajador y el usuario. Conclusión: para comprender estos sentimientos, es necesario establecer relaciones terapéuticas auténticas entre los trabajadores y los usuarios, con el objetivo de gestionar las crisis a través de la comunicación verbal y los vínculos establecidos.

Palabras clave: Análisis de Sentimientos; Salud Mental; Pesquisa Qualitativa; Consumidores de Drogas; Intervención de Crisis; Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias.

INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216, o modelo manicomial foi redirecionado no Brasil para o modelo psicossocial, com a premissa de oferecer cuidado em liberdade e garantir direitos, mediante a criação dos serviços substitutivos⁽¹⁾. Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RASP) com o objetivo de potencializar os diferentes pontos de atenção e arranjos de intervenção em saúde mental. Este novo modelo permite que as pessoas em sofrimento psíquico e que utilizam álcool e outras drogas tenham garantido o atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Atenção Primária à Saúde (APS), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em Pronto Socorros e em Hospitais Gerais, visando a articulação entre os diferentes pontos de atenção, para promover uma atenção qualificada às situações de crise conforme a necessidade do usuário⁽¹⁾.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o principal serviço substitutivo, construído para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, bem como para aquelas que utilizam álcool e outras drogas de forma abusiva⁽¹⁾. Este serviço é constituído por uma equipe de trabalhadores em saúde que oferece cuidado integral, humanizado e em liberdade, considerando a família e a comunidade^(1,2). Os CAPS podem ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS IV, organizados por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional⁽²⁾.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) atualmente é o serviço de referência na atenção a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. A modalidade CAPSad III oferece atendimento 24 horas, com 8 a 12 leitos de acolhimento e observação, em municípios com mais de 150 mil habitantes. No local, são realizados atendimentos individuais, grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades com a comunidade, para estimular a inclusão social⁽³⁾.

Os CAPS representam uma importante transformação no cuidado em saúde mental, mas ainda há desafios significativos para a consolidação do modelo psicossocial, sendo uma das principais barreiras a atenção à pessoa em crise⁽⁴⁾. Observa-se que os discursos construídos no decorrer da história da psiquiatria tradicional, de caráter excludente e biomédico, ainda promovem práticas de violação de direitos e de exclusão social⁽⁴⁾. Além disso, há dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar, como em municípios que não dispõem de CAPS ou onde os serviços são precarizados, com poucos trabalhadores e espaços físicos inadequados, resultando em uma atenção à crise predominantemente hospitalocêntrica⁽⁵⁾.

Dessa forma, torna-se fundamental uma concepção ampliada por parte dos trabalhadores e gestores dos CAPSad sobre a crise, que abarque aspectos além da sintomatologia psiquiátrica aguda, incluindo fatores socioeconômicos, familiares, culturais e comunitários, possibilitando um olhar multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para a situação de sofrimento dos usuários⁽⁴⁾.

Para que este atendimento seja eficaz, é essencial conhecer os trabalhadores além de seu conteúdo técnico sobre cuidado em saúde mental, entendendo também como eles se sentem durante o atendimento em situações de crise. Isso visa identificar sensações que se transformam em barreiras no atendimento, bem como aquelas que potencializam boas práticas de cuidado⁽⁵⁾.

Este estudo tem como questão norteadora: quais os sentimentos experimentados pelos trabalhadores no cuidado à pessoa em crise em um CAPSad? Para esta compreensão, utilizou-se como referencial teórico a fenomenologia social de Alfred Schutz, com foco na teoria do Relacionamento do Nós, também chamada de relação social direta, em que há um encontro entre indivíduos conscientes da existência um do outro, em uma relação face a face que permita acessar as experiências subjetivas constituídas através de diversos intercâmbios e relações, construídas desde o passado até o momento do encontro: o “aqui e agora”⁽⁵⁾. Assim, este artigo tem como objetivo compreender os significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica em um CAPSad III.

MÉTODO

Este manuscrito foi desenvolvido conforme as diretrizes da *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ), que oferece subsídios para a redação de pesquisas qualitativas.

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schutz, resultante de uma

dissertação de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conduzido em um CAPSad III localizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

A sociologia fenomenológica busca compreender o significado das ações, interações e experiências que os indivíduos vivenciam no mundo da vida, aliada à percepção sobre suas vivências⁽⁷⁾.

A coleta das informações foi realizada exclusivamente pela autora principal deste manuscrito, enfermeira de formação, previamente treinada para a realização das entrevistas. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores do CAPSad III que vivenciam situações de crise em seu cotidiano de trabalho, com experiência mínima de três meses de atuação em CAPSad. Foram excluídos trabalhadores que se encontravam em férias ou licença maternidade e/ou saúde. Não houve recusas e todos os critérios de exclusão foram considerados.

A seleção dos participantes seguiu a abordagem direta pela pesquisadora aos trabalhadores do CAPSad III, por meio de um vídeo postado na plataforma *YouTube*, explicando o objetivo da pesquisa e convidando-os a participar da coleta de informações, selecionando um trabalhador de cada turno com semente da amostra - participantes iniciais, os quais indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o ponto de saturação - desrespeito a técnica de análise não probabilística. A técnica utilizada foi a "Bola de Neve", escolhida como estratégia de coleta de informações. O vídeo foi transmitido em uma reunião de equipe e posteriormente apagado da plataforma *YouTube*. Após o vídeo, foi encaminhada uma tabela para o trabalhador descrever o nome, contato telefônico e turno de trabalho, identificando os participantes iniciais, que então indicariam novos participantes até alcançar o ponto de saturação.

O convite para as entrevistas foi feito através do aplicativo *WhatsApp*, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por e-mail em duas vias. As entrevistas foram realizadas de forma virtual, via *Google Meet* (gravadas em áudio e vídeo), ou presencial no CAPSad (gravadas apenas em áudio), conforme a disponibilidade e preferência dos trabalhadores.

A população deste serviço conta com um total de 28 trabalhadores, compondo a equipe multiprofissional (dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um educador físico, cinco enfermeiros, dez técnicos de enfermagem, dois médicos psiquiatras, um médico clínico, um assistente social, três auxiliares administrativos e uma coordenadora de equipe). A amostra deste estudo incluiu 14 participantes: três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem,

dois terapeutas ocupacionais, uma assistente social, dois médicos psiquiatras, dois psicólogos, um educador físico e um auxiliar administrativo. A presença do auxiliar administrativo justifica-se por este profissional ser o primeiro a acolher os usuários do serviço.

Para este artigo, foram selecionadas questões abertas identificadas previamente por meio de um questionário, permitindo o tratamento qualitativo dos dados por meio da entrevista fenomenológica, visando encontrar a essência do fenômeno. As questões norteadoras foram: "O que você compreende por crise?", "Conte-me o que tem em vista ao cuidar de pessoas em crise no CAPSad III?", e "Quais são as suas expectativas em relação ao usuário após o atendimento à crise?"

O período de coleta de informações foi entre janeiro e fevereiro de 2022, com duração aproximada de 40 minutos por entrevista. Não houve necessidade de retornar a alguma entrevista para complementar informações, e não ocorreu mudança de pesquisador até o final da coleta. As entrevistas foram realizadas até a saturação das informações.

As entrevistas e percepções foram transcritas e analisadas pela pesquisadora por meio eletrônico no Microsoft Office 2022, com autorização prévia dos participantes. Os resultados foram submetidos à análise fenomenológica, constituída pelas seguintes etapas: 1) leitura inicial dos discursos transcritos em busca dos significados das ações dos trabalhadores; 2) identificação dos trechos que apresentem esses significados diante do fenômeno crise; 3) identificação das convergências das unidades de significado, reunindo informações significativas encontradas nos discursos para a construção das categorias concretas das ações dos trabalhadores frente à crise no CAPSad⁽⁷⁾.

Os trabalhadores foram identificados com a letra "E" seguida do número referente à ordem de realização da entrevista. A interpretação dos resultados foi feita com base nas concepções teóricas da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz e outros estudiosos da temática em estudo.

Para a realização desta pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, que garantem o engajamento ético no desenvolvimento científico e tecnológico e dispõem sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente dos participantes. Devido à coleta de informações de forma virtual, para aqueles que optaram por essa via, foram garantidos os direitos dos entrevistados, assegurados por procedimentos éticos em pesquisa no ambiente virtual.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Hospital Mãe de Deus/Associação Educadora São Carlos (AESC) via Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Os participantes desta pesquisa foram 14 trabalhadores, dos quais oito (51,14%) eram do sexo masculino. A faixa etária variou de 21 a 40 anos, sendo que nove (64,28%) estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos. O tempo de atuação no serviço variou de 11 meses a oito anos, com a maioria dos entrevistados, aproximadamente oito participantes (57,14%), trabalhando no serviço entre um e três anos. Em relação à formação em saúde mental, nove participantes (64,28%) possuíam formação específica na área.

Através da análise, compreensão e interpretação sob o referencial da fenomenologia social, as informações foram divididas em duas categorias concretas: Sentimentos reverberados no atendimento à crise e frustração dos trabalhadores frente ao atendimento de crise.

Sentimentos reverberados no atendimento à crise

É perceptível que o sentimento de medo, relacionado à periculosidade da pessoa em crise, ainda está muito presente nos discursos dos trabalhadores, criando uma barreira para o atendimento no momento de crise e potencializando práticas de silenciamento dos sintomas:

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

As pessoas começaram a ter medo do usuário lá no CAPS e ao invés de manejar a crise, as pessoas se afastavam e tentavam silenciar a crise dele com o discurso de “Ah, se tu não parar, se tu não parar!” (E02)

Eu sempre tento pensar que ele vá ter um rompante e vá partir para uma agressão. (E13)

Paciente que tem um perfil mais agressivo, eu já vou orientando a equipe, conversando com o médico pra gente já medicar... eu tento agir de uma forma preventiva. (E8)

Com relação à crise com agitação psicomotora, foi possível evidenciar sentimentos de tristeza e angústia por parte dos trabalhadores quando há necessidade de contenção mecânica protetiva, demonstrando sofrimento quando tal prática se faz necessária:

Uma das maiores tensões é que a gente não precise conter esta pessoa fisicamente. (E01)

De tarde, quando eu vou para o CAPS tem o movimento de uma contenção física de um usuário que era meu referenciado e que eu tinha um vínculo, e participar desta contenção mecânica dele foi muito difícil e doído. (E01)

Eu acho que gera em mim, mas também na equipe, uma angústia da necessidade de intervir mecanicamente (E06).

Todavia, também se percebe o sentimento de alegria e alívio quando o manejo verbal e o vínculo entre trabalhador e usuário são suficientes durante o atendimento da pessoa em crise:

Eu me sinto muito feliz quando eu vejo que a conversa valeu a pena, que aquilo penetrou no paciente, tu vês que aquela conversa ajudou em algum momento. (E12)

Eu espero sempre conduzir a situação de uma forma amigável. (E13)

Que se consiga ter um manejo efetivo verbal, químico, acho que essa é uma das maiores expectativas. (E01)

A crise é também compreendida como um momento agudo de sofrimento intenso do trabalhador que exige ações rápidas, onde não há espaço para sentimentos, construindo uma ideia de um trabalho mecânico e deixando de lado aspectos subjetivos que envolvem o processo de crise, bem como os sentimentos que emergem no trabalhador, como se seu corpo funcionasse como uma máquina, sob comandos pré-programados, sem espaço para o sentir:

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

Evidencia-se que o manejo de crises recorrentes, em que o usuário chega diariamente com o mesmo sofrimento e mobiliza a equipe, contribui para sentimentos de contratransferência negativa e sobrecarga da equipe, principalmente do técnico de referência (TR). Isso ocorre quando o trabalhador não consegue ver progressão no comportamento do usuário, sentindo-se desmotivado

e insuficiente, pois, apesar das estratégias de cuidado desenvolvidas pela equipe, o sujeito mantém comportamentos projetivos e continua no uso abusivo de substâncias psicoativas:

[...] teve um momento em que eu não aguentava mais as crises, pois eram todos os dias e, como eu acabei assumindo sempre a crise dele, que era uma crise que dava medo nos colegas, tinham momentos em que os colegas me avisavam “Vem mais cedo porque o fulano já está aqui!” E aí chegou o meu momento de ter uma crise com a equipe. (E02)

Vou trazer um clássico nosso do CAPS, um alcoolista. E por que que a gente chama de alcoolista? porque ele vai sempre alcoolizado. E aquilo causa uma comoção na equipe, porque ele vai sempre alcoolizado, sempre com demandas. Ele não consegue se colocar muito no processo dele, ele projeta sempre aqui, ou nos outros. Gera uma crise na equipe que fica sem saber como vai lidar com o sujeito toda vez que ele aparecer. (E08)

Frustração dos Trabalhadores Frente ao Atendimento de Crise

Evidencia-se um sentimento de frustração relacionado à impotência dos profissionais no manejo com os usuários, acentuado pela falta de comprometimento dos familiares no tratamento:

[...] a gente fica lidando ali e apagando incêndio desse sintoma final que é crise. Mas, a gente não consegue alcançar as famílias, porque elas também não estão interessadas. Não digo interessadas, acho que é uma palavra muito forte. Eu não responsabilizo as famílias individualmente. Mas a família tem uma resistência à reconhecerem que a crise é também familiar. (E08)

Mas eu vejo como trabalhador um grande desafio, grande dificuldade de trabalhar para além daquele sujeito, mas trabalhar com o eixo da família. (E07)

A baixa adesão dos familiares resulta em um sentimento de insuficiência do trabalhador quanto à resolução de problemas sociais que se sobrepõem às suas funções em saúde, gerando frustração pela incapacidade de resolver a demanda do usuário:

Isso é muito difícil! Isso é um dos impasses: Quando o usuário chega nesses momentos de crise chorando “Porque eu vou cometer um suicídio, vou me matar!” e tem questões muito mais além do que conseguimos fazer, como falei antes: questões financeiras, crise econômica, crise que está tendo no casal, na família. (E05)

O sentimento de frustração e desvalorização torna-se evidente quando o trabalhador em saúde não tem suas expectativas atendidas, ou seja, quando suas orientações e intervenções são ignoradas pelo usuário:

Como profissional, quando o paciente decide ir embora, fico chateada e frustrada. Porque buscamos que o paciente fique de forma colaborativa e queira seguir o tratamento. Sempre fico refletindo sobre o que poderia ser feito de diferente. (E11)

Poxa, a gente conversou e conversou, e entrou por um ouvido e saiu pelo outro! porque acontece! Tem uns que nem dão bola para o que a gente fala! (E12)

Diversos sentimentos afetam o trabalhador em saúde no atendimento à pessoa em situação de crise, como o medo e a insegurança, marcados pela história da loucura na sociedade, que associa o indivíduo com sofrimento psíquico a alguém violento e perigoso. A angústia e a tristeza relacionadas à contenção mecânica protetiva, bem como a alegria e alívio evidenciados quando um manejo verbal é bem-sucedido, demonstram a preocupação da equipe em evitar o uso indiscriminado desse recurso, indicando os avanços na atenção psicossocial.

Os usuários em situações de crises recorrentes são os mais desafiadores para a equipe assistencial, gerando sentimentos de insuficiência e sobrecarga. As principais frustrações evidenciadas pelos trabalhadores estão relacionadas à dificuldade dos familiares em participar do acompanhamento dos usuários, às questões socioeconômicas que dificultam o acompanhamento no CAPSad, e à baixa adesão dos usuários às orientações de cuidados ofertados pelos trabalhadores.

DISCUSSÃO

O processo de trabalho é permeado pela vivência de cada trabalhador, o qual se encontra em uma situação biográfica determinada, abrangendo não apenas o espaço físico, mas também o status e papel social, além da posição moral e ideológica⁽⁸⁾.

Considerar a situação biográfica do trabalhador torna-se fundamental para a humanização deste profissional, reconhecendo-o como um sujeito que possui uma história e desempenha um determinado papel social, dotado de um conhecimento oriundo de suas experiências no mundo da vida, denominado estoque de conhecimento à mão. Este conhecimento é formado por um código de interpretações que inclui suas experiências passadas e presentes, sendo essenciais na antecipação da ação futura^(8,9).

A presunção de que a pessoa em crise é perigosa, requerendo que o trabalhador em saúde se proteja como se houvesse uma ameaça iminente, ainda é frequente no campo psicossocial. Tal visão evidencia o preconceito e a falta de conhecimento dos trabalhadores em saúde para abordar e lidar com atendimentos de crise psíquica⁽¹⁰⁾.

Os trabalhadores estão imersos no ambiente social e, portanto, são igualmente afetados pelos estigmas socialmente construídos. Identificou-se a existência de um duplo processo de estigmatização para a população que usa álcool e drogas, relacionado ao histórico de percepções sobre a loucura, considerando-o perigoso e necessitado de isolamento social, além de um julgamento moral, associando diretamente o uso de drogas à ilegalidade⁽¹¹⁾.

O preconceito e o estigma são processos sociais vistos como similares, resultando em discriminação, categorização e etiquetagem, estereótipos e rejeição social. Esses rótulos negativos representam barreiras significativas ao atendimento, prejudicando a construção do vínculo entre trabalhador, usuário e família. Como consequência, há abordagens inadequadas e desumanizadas aos usuários, resultando em baixos índices de busca e adesão ao tratamento^(11,12).

É necessário, também, considerar a disputa de narrativas existentes no campo da saúde mental. De um lado, está a psiquiatria tradicional, que entende as crises como desestabilização de um sistema aberto (corpo) perdendo sua funcionalidade (homeostase), devendo ser tratadas com foco na restauração do equilíbrio por meio de fármacos e contenção mecânica e química, além da internação em ambientes fechados, objetivando a normalização desses corpos⁽¹⁰⁾.

Do outro lado, temos o modelo psicossocial de atenção, que considera a crise de forma ampliada, não se limitando à agudização do sintoma psiquiátrico que requer intervenção imediata. Enxerga a crise como um processo de desorganização do sujeito, que pode ser temporário ou contínuo, focando na compreensão subjetiva do sintoma e no desenvolvimento de ações no campo psicossocial, envolvendo família e comunidade. Esse cuidado não deve começar e terminar na crise, mas envolver as relações do usuário⁽⁴⁾. Tais narrativas se entrelaçam no cotidiano dos trabalhadores do CAPSad durante o cuidado ao usuário em crise, sendo crucial recuperar o processo de reforma psiquiátrica e garantir os direitos dessa população^(4,10).

A experiência do encontro, ao permitir a identificação do outro em sua completude em um momento de crise, carrega uma intensidade que pode gerar potência para o cuidado, mas também desafios. A resiliência exigida dessas situações pode levar a momentos de estresse,

conflitos e sentimentos agudos, que precisam ser geridos por toda a equipe de trabalho, evitando a reprodução de práticas manicomiais devido à sobrecarga envolvida nesse cuidado⁽¹³⁾.

Para potencializar o modelo psicossocial e o cuidado em liberdade, é essencial observar as relações sociais dos usuários, com destaque às relações familiares, que devem ser avaliadas pelo trabalhador em saúde como parte fundamental da assistência, de forma singular e participativa, sem negligenciar o familiar, que também necessita de cuidados⁽¹⁴⁾.

Para maior adesão dos familiares nos CAPSad, é fundamental o funcionamento dos serviços em horário expandido e a oferta de horários alternativos de atendimento, facilitando o acesso e promovendo uma maior inserção no serviço e corresponsabilização no processo terapêutico do usuário⁽¹⁵⁾.

Outro fator que dificulta a vinculação dos familiares ao serviço é a estrutura familiar, que muitas vezes recai sobre as mulheres (mães, tias, avós e madrastras), responsáveis pelo sustento financeiro da família, cuidados com higiene, alimentação, organização do lar e educação dos filhos, acumulando funções com uma rede de apoio frágil⁽¹⁶⁾.

O grupo de familiares, quando implementado, demonstra ser uma boa ferramenta para capacitar os familiares a lidar com a crise, desenvolvendo um PTS em conjunto com a família, promovendo espaços de compartilhamento de emoções para redução da sobrecarga e estimulando a corresponsabilização pelo cuidado⁽¹⁷⁾.

Para a construção de uma relação de cuidado e corresponsabilidade com os familiares, as ações dos trabalhadores em saúde não devem se restringir a um mecanismo de oferta-demanda, mas devem estar diluídas na micropolítica do cotidiano, promovendo encontros com os familiares além de relações de necessidade, com uma abordagem interdisciplinar focada no cuidado e não na cobrança⁽¹⁸⁾.

Valorizar aspectos para além da crise, reconhecendo o usuário como sujeito em um mundo de relações sociais, é imprescindível no cuidado. No entanto, deve-se considerar momentos em que há um risco iminente à vida do usuário ou de terceiros, sendo necessário o uso de contenção mecânica e química quando outras abordagens se mostram ineficazes⁽¹⁹⁾. A utilização da contenção mecânica protetiva não define uma prática manicomial, mas sim sua finalidade e o contexto de aplicação, focando na proteção do usuário e dos demais, não como forma de controle e tutela⁽²⁰⁾.

Quando há possibilidade de cuidado a partir do verbal, a escuta terapêutica se evidencia como um excelente instrumento na atenção a situações de crise, promovendo maior organização e compreensão diante do sentimento de angústia vivenciado pelo usuário. Dessa forma, abre-se espaço para a construção de novos significados para a crise, criando possibilidades conjuntas, decorrentes da relação entre trabalhador e usuário, sem a necessidade de uma abordagem ativa de ruptura do sintoma – como na contenção mecânica – por parte da equipe de saúde⁽⁵⁾.

Ainda se percebem ações de contenção mecânica e química como forma de controle, com foco único em cessar o sintoma da crise. Essas práticas relacionam-se não apenas à redução do sofrimento do usuário, mas também aos sentimentos de angústia do trabalhador em saúde. Tenta-se transformar um problema complexo e multifatorial em algo simples de ser resolvido, devido à dificuldade de suportar a própria angústia relacionada ao contato com o outro, que vive um momento extremo de sofrimento⁽²¹⁾.

Esse sentimento também pode ser vivido no manejo de crises recorrentes por usuários que utilizam o serviço com frequência, o que pode ser traduzido pelo trabalhador como algo estressante e cansativo. Essa situação está mais relacionada à sensação de incapacidade, na qual o trabalhador se confronta com seu próprio ego, tendo a impressão de que o que está fazendo não está dando certo⁽²²⁾.

Em geral, esses usuários, na busca de sua identificação, infringem normas e desafiam a equipe. O espaço institucional do serviço de saúde, que opera dentro de normas estabelecidas, se vê ameaçado, provocando uma cisão e sendo considerado um problema para a equipe. Essa equipe, muitas vezes, apresenta pouca reflexão acerca de outros modos de existência das pessoas, gerando necessidades para além de medidas relacionadas à prescrição, diagnóstico e encaminhamentos, conforme estabelecido pelo modelo biomédico⁽²²⁾.

O trabalho em saúde mental é complexo e exige plasticidade por parte do trabalhador no relacionamento do "nós", em que ele reconhece o usuário para além de um objeto de intervenção, mas como um sujeito que tem uma história, desejos e crenças⁽⁷⁾.

A experiência social perpassa relações vivenciadas com seres semelhantes a mim. A relação com o outro é construída a partir de diferentes aspectos e níveis de proximidade, profundidade e anonimato. Em outras palavras, os sujeitos com quem me relaciono podem ser meus parentes, amigos ou até mesmo meros desconhecidos⁽⁸⁾.

Na relação de anonimato, o outro é destituído de significado para mim, ou seja, neste tipo de relacionamento

social, o outro não é percebido em sua singularidade, ele é apenas "um alguém", "mais um entre tantos", havendo uma despersonalização do sujeito. Quanto mais anônimas forem as relações entre trabalhadores e usuários, menores serão as possibilidades de compreender as subjetividades do outro e menores serão as informações retidas como importantes nessa relação⁽⁸⁾.

Relações de anonimato estabelecidas por trabalhadores em saúde, conhecidas também pelo trabalho exclusivamente mecânico, ainda são frequentes nos serviços, sendo muitas vezes responsáveis por gerar "encontros ruins". Os chamados "encontros ruins" estão relacionados à quebra da expectativa do trabalhador em saúde, que não obtém um resultado terapêutico conforme o esperado ou quando se sente insuficiente diante do sofrimento vivenciado pelo usuário^(23,24).

A imagem construída da figura do trabalhador em saúde, como um ser "onipotente", aquele que "não sofre" e que tem o dever de "saber todas as respostas referentes ao sofrimento do outro" está no imaginário idealizado pelo próprio trabalhador em saúde, de forma a desumanizá-lo e construir uma imagem de herói⁽²³⁾. Tal atitude reflete nas relações de poder estabelecidas com o usuário, bem como na forma como ele se enxerga, potencializando sentimentos relacionados ao medo de errar, culpa por falha presumida, vergonha por não atender as expectativas e receio em se mostrar vulnerável diante do outro^(23,24).

Essa figura socialmente construída pode causar um sofrimento de estranhamento no trabalhador, especialmente em situações e realidades que escapam ao seu controle, gerando um sentimento de oscilação entre a onipotência – aquele que sabe todas as respostas – e a impotência – uma pessoa com limites e fragilidades – tornando desafiador o encontro com sua própria potência. Dessa forma, torna-se necessário compreender o trabalhador em saúde como humano, desmistificando a ideia do herói, assumindo suas fragilidades, abrindo mão de posições de domínio e construindo um cuidado compartilhado⁽²⁵⁾.

A expectativa que os trabalhadores criam é moldada pela experiência acumulada por eles no mundo da vida. Todavia, para que seja possível a aproximação com a vivência do usuário e, de fato, compreendê-lo, é necessário que o trabalhador se afaste de posições autocentradas, abrindo um caminho de conexão e escuta. Assim, a partir desse olhar subjetivo para o outro, é possível pensar coletivamente em caminhos de cuidado.

O estudo apresentou limitações durante a realização das entrevistas devido à pandemia de COVID-19. A maioria das entrevistas precisou ser conduzida por meio de

plataformas online, o que dificultou a aproximação entre o pesquisador e os entrevistados. Além disso, a sobrecarga dos trabalhadores e o medo da contaminação pelo vírus podem ter influenciado as respostas dos entrevistados e a disponibilidade para participar da pesquisa. Nas entrevistas presenciais, a utilização de Equipamentos de Proteção Individual e o distanciamento social dificultaram a relação entre pesquisador e entrevistado.

CONCLUSÃO

A distância que separa os sentimentos das palavras. Já pensei nisso. E o mais curioso é que, quando tento falar, não só não explico o que sinto, como o que sinto se transforma lentamente no que eu digo (Clarice Lispector).

Os sentimentos expressos pelos trabalhadores no atendimento à pessoa em crise envolvem um misto de sensações. Para compreendê-los, é necessária a criação de relações terapêuticas verdadeiras de reconhecimento mútuo entre trabalhador e usuário, construindo um "relacionamento de nós", em que os sentimentos não sejam negados, mas compreendidos através do vínculo e da escuta. Dessa forma, evitam-se relações anônimas que resultam em um trabalho meramente mecânico e sem significado.

O trabalhador deve desprender-se de posições auto-centradas, assumindo suas fragilidades e respeitando os diversos modos de existência da pessoa em crise, com o foco na compreensão do sintoma e não apenas em seu abatimento. O sentimento de onipotência, no qual o trabalhador acredita que precisa resolver todas as demandas da vida do usuário, dificulta o reconhecimento dos pequenos progressos na relação terapêutica e provoca a sensação de incapacidade, desestimulando o trabalhador a realizar o cuidado em saúde mental.

Portanto, torna-se fundamental que o trabalhador promova o cuidado da pessoa em crise por meio do manejo verbal e do vínculo, pois há um sentimento de alegria e satisfação que envolve essa relação. Também é necessário olhar para a família e pensar em formas de o serviço se adaptar para acolher este familiar, transformando o sentimento de frustração em potência criativa, ou seja, observar o que não está dando certo e modificar suas estratégias.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPs) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. Cad Saúde Pública

[Internet]. 2020[citado em 2023 maio 20];36(4):e00049519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2004[citado em 2023 mar. 20]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smsus.pdf
3. Trevisan ER, Castro SS. Psychosocial Care Centers – alcohol and drugs: users' profile. Saúde Debate [Internet]. 2019[citado em 2023 maio 22];43(121):450-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>
4. Dassoler AVA, Palombini, A. Care for crisis in contemporaneity: challenges in the Brazilian Psychiatric Reform. Saúde Debate [Internet]. 2020[citado em 2023 maio 22];44(3):278-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
5. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MFB. Crisis and mental health in adolescence: the story from the perspective of those who live it. Cad Saude Publica [Internet]. 2019[citado em 2023 mar. 30]; 35(3):e00125018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
6. Patial ND, Hohendorff JV. Quality criteria for qualitative research articles. Psicol Estud [Internet]. 2019[citado em 2023 maio 24];24:e43536. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>
7. Mello RM, Schneider JF, Nasi C, Camatta MW, Kohlrausch ER, Lacchini AJB, et al. The significance of the nursing actions in psychiatric hospitalization of female adolescent users of psychoactive substances. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021[citado em 2023 maio 27];42:e202000011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200011>
8. Shutz A. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Petrópolis: Vozes; 2018.
9. Schrana LS, Machineski GG, Rizzoto MLF, Caldeira S. The multidisciplinary team's perception on the structure of mental health services: phenomenological study. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019[citado em 2023 maio 22];40:e20180151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>
10. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Attention to the Crisis in mental health: centralization and decentralization of practices. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2020[citado em 2024 maio 22];25(2):595-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
11. Santos EO, Pinho LB, Silva AB, Eslabão AD. Assessment of stigma and prejudice in the organization of care networks for drug users. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022[citado em 2023 abr. 20];75(1):e20210135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0135>
12. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacerda A. The invisible urban dwellers: the stigma of people living in the streets in Rio de Janeiro. Saúde Debate [Internet]. 2019[citado em 2023 abr. 20];43(7):92/101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>
13. Maura BR, Amorim MF, Reis AOA, Marsukura TS. From the psychiatric to the psychosocial crisis: the views present in the child and adolescent psychosocial care centers. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022[citado em 2023 abr. 29];38(11):e00087522. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT087522>
14. Nacamura PAB, Marcon SS, Paiano M, Salci MA, Radovanovic CAT, Rodrigues TFCS, et al. Guidelines to the families of mental health service users from the multi-professional team's perspective. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020[citado em 2023 abr. 29];73(Suppl1):e20200389. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0389>. PMID:33295437
15. Nacamura PAB, Salci MA, Coimbra VCC, Jaques AE, Filho MBP, Pini JS, Harmuch C, Paiano M. Fourth-generation evaluation in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2022[citado em 2023 maio 22];26:e20210302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0302>
16. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF. Challenges that families face while caring for teenage crack users. Physis (Rio J.) [Internet].

- 2019[citado em 2023 abr. 27];29(1):e290114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290114>
17. Soares RH, Ferreira MA, Pinho PH. Psychosocial care assessment of alcohol and drug patients from the perspective of family members. *Psicol Soc* [Internet]. 2019[citado em 2023 maio 29];31: e214877. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31214877>
18. Siqueira DE, Terra MG, Vieira LB, Moreschi C, Mello AL, Saccol LS. Care actions for the relatives of users of psychoactive substances: the perspectives of professionals and families. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2019[citado em 2023 jun. 01];28:e20180022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0022>
19. Pereira MF, Barbosa JMA, Miranda PO, Cutrim AP, Loyola CMD. Body and soul: experience report on taking care of the body in psychosis. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2022[citado em 2023 jun. 1];25(2):407-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p407.8>
20. Nunes MO, Torrenté M, Carvalho PAL. The asylum circuit of care: pathologization, psychopharmaceuticalization and stigma in feedback. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2022[citado em 2023 jun. 1];42:1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003241846>
21. Kinker FS, Moreira IBM. Opening up possibilities in mental health care, in times of crisis. *Saúde Debate* [Internet]. 2021[citado em 2023 maio 22];45(128):178-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112814>
22. Tureck F, Chiora A, Andreazza R. Oh my God, they are here again! Providing health assistance for high users in Primary Care. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022[citado em 2023 jun. 01];26:e210653. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210653>
23. Reis DO, Cecílio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Correia T. Neither a hero nor a villain: elements of medical practice in primary care. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018[citado em 2023 jun. 1];23(8):2651-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.16672016>
24. Temperly NKN, Slomp Junior H, Silva MZ. From the bond to the caring encounter: cartographs about medical identity territory and the care between family doctors and users. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021[citado em 2023 jun. 1];25:e200341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200341>
25. Pinheiro BC, Cardoso CL. Professional education in the experiential activity in mental health: mental health Community group. *Estud Psicol(Natal)* [Internet]. 2019[citado em 2023 jun. 1];24(3):318-27. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190032>