

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

VOLNEI ANTONIO DASSOLER

**SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CLÍNICA
NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE**

Porto Alegre, RS
2020

VOLNEI ANTONIO DASSOLER

**SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CLÍNICA
NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Analice Palombini

Porto Alegre, RS
2020

VOLNEI ANTONIO DASSOLER

**SUORTE EMERGENCIAL À CRISE COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
CLÍNICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UMA CONTRIBUIÇÃO DA
PSICANÁLISE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: 27/11/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Figueiredo
IPUB/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Rosana Tereza Onocko Campos
PPGSC/UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Rosemarie Gartner Tschiedel
PPGPSI/UFRGS

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Pasin
PPGCLIC/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A escrita dos agradecimentos deixa entrever que uma travessia encontrou alguma margem. Momento para revistar tempos, espaços e afetos desta jornada. Retornam lembranças de tantos e tantas que estiveram juntos ou que, de alguma forma, se fizeram presentes neste percurso acadêmico, que não se separa da minha trajetória de vida. Ao nomear alguns, faço com o desejo de que todos recebam meu agradecimento.

Agradeço aos meus pais, pela oportunidade da vida e principalmente pela coragem de terem consentido em me deixar seguir por veredas desconhecidas;

Agradeço aos meus familiares que, mesmo distantes, sempre acreditaram que seria possível chegar ao término desta empreitada.

Agradeço à professora Analice Palombini, pela confiança de orientação cuidadosas. Grato por valorizar meu percurso e apostar na potência do pensamento;

Agradeço ao PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e ao Grupo de Pesquisa Travessias: Narrações da Diferença, que me abriram trilhas para a aventura do pensamento e para a desconstrução de tantas verdades cotidianas;

Agradeço às professoras que estiveram comigo durante a banca de Qualificação e neste momento da defesa, colegas que admiro, pelas críticas, sugestões e pela inspiração na pesquisa e na militância em favor da vida;

Agradeço aos colegas de trabalho do Santa Maria Acolhe, por compartilharem o interesse e o entusiasmo deste projeto;

Agradeço à CAPES, que subsidiou meu período de doutorado sanduíche em Lisboa;

Aos amigos com quem compartilho momentos da vida, antes e depois desta tese;

A todos os parceiros do campo da saúde mental – usuários, trabalhadores, familiares, pesquisadores e gestores – com quem tive a oportunidade de partilhar encontros.

Agradeço à vida a oportunidade de tantas travessias;

Agradeço ao Gilson, parceiro no amor e companheiro generoso, que colocou outros projetos entre parênteses para que eu pudesse dar conta desta tese. Agradeço pelas incontáveis horas de diálogo inspirador de muitas reflexões que contribuíram nesta pesquisa.

DASSOLER, Volnei Antonio. Suporte emergencial à Crise como proposta de intervenção clínica no campo da saúde mental: uma contribuição da psicanálise. 2020. 193f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2020.

RESUMO

Esta pesquisa aborda os modos de viver e de acolher a experiência de crise no âmbito da saúde mental brasileira, considerando que esse acontecimento se impõe como um dos desafios estratégicos na atualidade psicossocial. Esta demanda heterogênea evidencia os efeitos coletivos e individuais decorrentes das transformações da vida contemporânea no mundo ocidental, cenário que, no contexto brasileiro, envolve com frequência crescente situações de rupturas e violências marcadas pela herança necropolítica que atualiza suas formas de representação. O acolhimento à crise e seu manejo clínico ainda se apresentam fortemente marcados pelo domínio do discurso psiquiátrico, ao fornecer uma interpretação para a crise como evidência de uma psicopatologia. Em contrapartida, situados no campo da psicanálise e da atenção psicossocial, propomos uma conceitualização de crise que esteja referida a um momento específico da existência, o qual condensa e atualiza uma série de afetos e impasses próprios à heterogeneidade que faz parte da vida. Referidos ao campo psicanalítico, recuperamos a dimensão simbólica que intervém nesse acontecimento e a privilegiamos como recurso de subjetivação e tratamento para as modalidades de cuidado à crise e ao sofrimento agudo em pacientes sem transtornos graves. Por fim, inspirados na experiência clínica institucional desenvolvida no Acolhe Saúde, desenvolvemos a estratégia do Suporte Emergencial à Crise pautada em três conceitos oriundos da psicanálise freudo-laciana: desamparo, transferência e simbólico. O intuito é que o dispositivo possa vir a ser um agenciador de processos de mudanças na abordagem à crise em saúde mental nos diferentes contextos que compõe a rede de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Intervenção à crise; saúde mental; clínica psicanalítica, atenção psicossocial.

ABSTRACT

This research addresses the ways of living and accepting the crisis experience in the scope of Brazilian mental health, considering that this event imposes itself as one of the strategic challenges in the current psychosocial context. This heterogeneous demand highlights the collective and individual effects resulting from the transformations of contemporary life in the Western world, a scenario that, in the Brazilian context, involves frequent situations of ruptures and violence marked by the necropolitical evolution that updates its forms of representation. The user embracement of the crisis and its clinical management are still strongly marked by the domain of the psychiatric discourse, when provides an interpretation for the crisis as na evidence of a psychopathology. On the other hand, located in the field of psychoanalysis and psychosocial care, it is proposed a notion of crisis that is correct at a specific moment in existence, which condenses and updates a series of affections and impasses that are part of the heterogeneity that is part of life. Referring to the psychoanalytic field, we recover the symbolic dimension that intervenes in this event and we privilege it, as a subjectification and treatment resource for the care modalities for the crisis and acute suffering in patients without serious disorders. Finally, inspired by the institutional clinical experience developed at 'Acolhe Saúde', we developed the proposal for Emergency Crisis Support based on three notions derived from Freud-Lacanian psychoanalysis: helplessness, transference and symbolic. The intention is that the Emergency Crisis Support can become an agent of change processes in the approach to the mental health crisis in the different contexts that make up the psychosocial care network.

Keywords: crisis intervention; mental health, psychoanalytic clinic, psychosocial care.

RESUMEN

La presente investigación aborda las maneras de vivir y de acoger la experiencia de crisis en el ámbito de la salud mental brasileña, teniendo en cuenta que esa acogida se impone como uno de los desafíos estratégicos en la actualidad psicosocial. Esa demanda heterogénea destaca los efectos colectivos e individuales que resultan de las transformaciones de la vida contemporánea en el mundo occidental, marco que, en el contexto brasileño, con frecuencia conlleva situaciones de rupturas y violencias cada vez mayores, señaladas por la herencia necropolítica que actualiza sus formas de representación. La acogida a la crisis y su manejo presentan fuertes huellas causadas por la soberanía del discurso psiquiátrico, al introducir una interpretación para la crisis como evidencia de una psicopatología. Por otro lado, basados en las áreas del psicoanálisis y de la atención psicosocial, proponemos una noción de crisis que tenga referencia a un momento específico de la existencia, la cual sintetiza y actualiza muchos afectos e puntos muertos a la heterogeneidad que hace parte de la vida. Con referencia al campo psicoanalítico, recuperamos la dimensión simbólica que interviene en esa acogida y la favorecemos como medio de subjetivación y tratamiento para las modalidades de precaución a la crisis y al sufrimiento agudo en pacientes sin trastornos graves. Por fin, inspirados en la experiencia clínica institucional que se desarrolló en el Acolhe Saúde elaboramos el plan del Apoyo de Emergencia a la Crisis (Suporte Emergencial à Crise – SEC), que se apoya en tres nociones que vienen de la psicoanálisis freudo-lacanianiana: desamparo, transferencia y simbólico. La idea central es que el dispositivo pueda ser un desarrollador de procesos de cambios en el abordaje a la crisis en salud mental en los distintos contextos que componen la red de atención psicosocial.

Palabras-clave: intervención a la crisis; salud mental; clínica psicoanalítica; atención psicosocial.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. MÉTODO	16
3. DA MONTAGEM DA TRADIÇÃO DA MODERNIDADE AO INTERREGNO CONTEMPORÂNEO.....	21
3.1 FREUD E O INTEMPESTIVO DA PSICANÁLISE.....	21
3.2 DA MODERNIDADE À CONTEMPORANEIDADE: DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS E TRAVESSIAS SUBJETIVAS	25
3.3 FIGURAÇÕES DO MAL-ESTAR: DO SEXUAL AO DESAMPARO.....	30
3.4 SINCRETISMO TERAPÊUTICO: O APELO À RELIGIÃO E À CIÊNCIA.....	36
4. A VIDA EM MOVIMENTO: OS LITORAIS DA MODERNIDADE LÍQUIDA.....	40
5. DE FOUCAULT A MBEMBE: SOBRE POLÍTICAS DE MORTE.....	47
6. CONTORNOS CLÍNICOS: DA CRISE À URGÊNCIA.....	53
6.1 UM NOVO HORIZONTE CLÍNICO: SUBJETIVIDADE E PAUSA	57
7. UM PERCURSO PELO CAMPO PROBLEMÁTICO DA CRISE	62
7.1 A TRAJETÓRIA NA CLÍNICA PRIVADA.....	65
7.2 MINHAS EXPERIÊNCIAS NO MULTIFACETADO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	71
7.2.1 Reformas pelo mundo.....	71
7.2.2 A Reforma de Portugal.....	73
7.2.3 A versão brasileira da reforma e o paradigma psicossocial	75
7.2.4 Trajetória da saúde mental em Santa Maria	79
7.2.5 O início no ambulatório de saúde mental.....	84
7.2.6 Ampliando territórios: a experiência com a crise no trabalho no CAPS.....	90
7.2.7 Experimentações no cuidado à crise: o Acolhe Saúde	98
7.2.8 A supervisão clínico-institucional e o apoio matricial como estratégias na atenção à crise.....	107
7.2.9 Do Acolhe Saúde ao Santa Maria Acolhe: a incorporação das demandas de crise.....	110
8. PARADIGMAS ATUAIS DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	118
9. SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE: CONJUNTO CONCEITUAL MÍNIMO.....	126
9.1 DESAMPARO	132
9.2 TRANSFERÊNCIA	146

9.3 SIMBÓLICO.....	150
10. O SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE NA RAPS	155
10.1 ACOLHIMENTO	155
10.2 APOIO MATRICIAL	170
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS.....	177

APRESENTAÇÃO

Há tempos sei que sou habitado por muitos outros e outras. Presenças que pressinto quando escrevo, falo, penso, trabalho, sonho e mesmo quando silêncio. Pluralidade de vozes, imagens, corpos, palavras e silêncios em atravessamentos com o que vivi e o que ficou à espera de ser vivido. Trajetória que inclui encontros pulsantes com a vida comum e com pensadores que, em certa medida, descortinaram a dimensão trágica da existência humana através da psicanálise, saúde mental, filosofia, psicologia, religião e outros tantos campos de conhecimento inseridos na vastidão da cultura. Os versos da música *Caminhos do Coração*, de Gonzaguinha, “é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho, por mais que pense estar”, “e aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente, toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”, são a síntese desta tese e das experiências que tive na vida. Nesse sentido, o conhecimento só faz sentido se puder ter uma dimensão coletiva, pública e política em favor de práticas inclusivas e de respeito à vida e à diversidade humana.

Na escrita desta tese, a perspectiva clínica assume o protagonismo, e sua presença se presente como fio condutor nos dramas e nas soluções que cada sujeito, acolhido pela escuta e pela escrita do pesquisador, tornou matéria prima desta pesquisa. A narrativa que foi se costurando é um amalgamado de lembranças e restos, alguns deles anônimos e perdidos no tempo e no espaço, num jogo de forças entre memória e esquecimento, entremeado por reflexões, conceitos, teorias e fragmentos clínicos. Ainda assim, sei que para alguns de meus acontecimentos preciso demarcar margens, intenção que localiza no programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul uma face privilegiada desta elaboração.

Em nosso país, os programas de pós-graduação das universidades públicas e privadas são convocados, cada vez mais, aos grandes debates públicos, em especial no atual período da nossa história, em que nos vemos ameaçados por discursos moralizadores que desacreditam a palavra da função de mediação do laço social e que atentam contra as políticas públicas. Diante disso, espero que esta tese faça jus ao compromisso que o PPGPSI-UFRGS tem assumido corajosamente, de participar ativamente na defesa das políticas públicas e de uma produção científica que reafirme a valorização da palavra, da singularidade e da pluralidade das formas de vida e de cuidado coerentes com o desejo de uma realidade mais justa em nosso país.

Ao decidir pela intervenção à crise em usuários com estrutura neurótica no campo da saúde mental como objeto desta tese em particular, assumo, como um convite ao pensamento, o incômodo que o tema da crise em saúde mental – em sua perspectiva clínica e política – vem impondo a mim e à rede de trabalho em que estou inserido. Mesmo sem saber, alguns desses

traços já se esboçavam em meu percurso, que tem uma primeira marca com a graduação em psicologia na Universidade de Passo Fundo e que segue até hoje. Durante este período, minha atuação como psicanalista esteve entrelaçada a duas frentes: na clínica privada e na esfera pública da saúde mental. Nesta última, atuei em diferentes instituições, com demandas variadas e em momentos distintos do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Distintos tempos subjetivos, clínicos e políticos constituem o amálgama do campo problemático que tentarei manter vivo nesta pesquisa, em estreita relação com a atualidade.

Definir o objeto desta tese não decorreu de uma decisão isolada e levou em conta os efeitos dos acasos e das escolhas, para os quais hoje, retroativamente, busco estabelecer uma linha de continuidade. Gosto de pensar que esta escolha faz parte daquelas coisas que nos acontecem, provocada pela emergência de um mal-estar que, tal como a pulsão freudiana, reivindica alguma forma de representação, sem pressupor, paradoxalmente, que sua elaboração seja um ato derradeiro. Contrariamente, ao assumir a potência criativa do mal-estar, um horizonte se abriu à produção narrativa, recurso metodológico desta tese, que inclui tempo, espaço e uma profusão de alteridades nas voltas, recuos e avanços que este percurso requer.

A clínica orientada pela psicanálise segue sendo meu espaço privilegiado de prática, esta que se mostra cada vez mais afeita a experimentações. Dentro desta perspectiva, apontamos o atravessamento histórico-social, cuja incidência subjetiva na sociedade líquido-moderna (BAUMAN, 2009, p. 180) ganha, no contexto brasileiro, o acréscimo da face necropolítica indissociável da racionalidade neoliberal (MBEMBE, 2018). Com efeito, registramos uma crítica contundente ao discurso da modernidade que se desenvolveu e se expandiu sustentando-se num tipo de saber que é, no final das contas, uma forma de poder colonizador que se mantém estruturante das relações sociais, do funcionamento do estado e de suas instituições por meio da gestão e instrumentalização da morte de vidas precárias. Nessa direção, torna-se fundamental pensar experimentações clínico-institucionais no âmbito psicossocial que levem em conta o impacto desse conjunto de transformações nos modos de viver, sofrer e tratar.

Paralelamente, nunca me distanciei do ambiente acadêmico, estabelecendo fecundas parcerias de trabalho que oportunizaram lugares de formalização para que as experiências do cotidiano psicossocial escapassem do anonimato a que, burocraticamente, muitas delas parecem destinadas. A tese é mais uma destas estratégias de formalização. Pessoalmente, fazer mestrado e doutorado nunca foram ideais a serem cumpridos. O impulso para a presente pesquisa surge quando, como tantas outras vezes, percebi-me atormentado frente às demandas clínicas identificadas como urgentes. Demorei algum tempo para atribuir estatuto de problema

de pesquisa, deslocando-me da posição de queixa para a de reflexão e elaboração. Sendo assim, esta investigação não se resume à incorporação de conhecimento¹, mas vai além, almejando um reposicionamento subjetivo, conceitual, clínico e político em torno da temática da crise e da urgência em saúde mental a partir da colaboração da teoria psicanalítica freudolacaniana.

Nesta pesquisa, afirmamos a presença cada vez mais constante, nos diferentes serviços de saúde, de experiências subjetivas de crise associadas a fenômenos de violência decorrentes de acontecimentos de potencialidade traumática individuais ou coletivos, de ideações e tentativas de suicídio, de risco de rupturas com o laço social em função de perdas amorosas e profissionais, de quadros de luto, além da agudização de quadros depressivos e de ansiedade. Uma parcela expressiva deste contingente não apresenta histórico pregresso de acesso à rede e encontram dificuldades de identificar, nos atuais equipamentos da RAPS, a quais serviços deve e pode recorrer com a garantia de acolhimento. Este cenário torna os temas da crise e da urgência relevantes na atualização das políticas públicas de saúde mental, pelo reconhecimento das dificuldades e dos mal-entendidos acerca da responsabilidade dos serviços e das especificidades do manejo clínico que requerem. Com esta tese procuramos avançar, desdobrar e problematizar o lugar que a crise e a urgência manifestadas em pessoas sem transtornos graves ocupam no ideário reformista, bem como quais abordagens de cuidado são oferecidas no cotidiano da RAPS em relação ao avanço do processo de medicalização da sociedade, que traz um consequente esvaziamento do registro simbólico como recurso de tratamento. Para tanto, durante o percurso desta tese incluímos vinhetas clínicas como um elemento adicional que potencializou os questionamentos e os argumentos apresentados.

Após este percorrido, finalizamos a pesquisa com uma ousadia propositiva: o Suporte Emergencial à Crise. Na medida em que fomos recolhendo material clínico em articulação com o processo crítico que conduzimos, abriu-se um caminho que nos fez desejar ir além da descrição e análise dos fenômenos da realidade investigada. Assim, com o propósito de contribuir efetivamente com soluções para a saúde mental – neste caso, especificamente, aqueles que concernem ao acolhimento à crise –, desenvolvemos o Suporte Emergencial à Crise, dispositivo teórico-clínico com o propósito de dar inteligibilidade e qualificação ao processo de acolhimento. Para tanto, o próprio acolhimento é elevado à categoria de estratégia privilegiada desta clínica, pelo fato de ser a partir dele que será definido o tipo de relação com os diferentes paradigmas que compõem a cena psicossocial. Inspirado na experiência clínica institucional desenvolvida no Acolhe Saúde, a proposta é pautada por três referências

¹ Em sintonia com a proposta de privilegiar a dimensão clínica como espinha dorsal desta tese, alguns conceitos serão apresentados em nota de rodapé.

conceituais oriundas da psicanálise freudo-lacanianana: *desamparo*, *transferência* e *simbólico* numa aposta de que sejam capazes de revestir as intervenções à crise com roupagens afeitas à singularidade e à inventividade do sintoma como forma de sustentar em nosso horizonte a subjetividade de nossa época.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos sobre os modos de cuidado diante da experiência subjetiva de crise e seu correlato clínico de urgência não são temas clássicos para a saúde mental, e menos ainda para a psicanálise. Nesta última, a ênfase se mantém dirigida ao sintoma, que, com sua estabilidade e particular formação (conflito entre desejo e defesa), exige um tempo sem pressa para a instalação da operação terapêutica que se efetiva pelo manejo da transferência através da associação livre e da interpretação. Já no primeiro caso, o interesse foi orientado pela necessidade de estabelecer um marco político a partir do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Nesse sentido, concentrou-se na proposição de uma rede de atenção a partir de modelos institucionais substitutivos, comprometidos com a crítica às capturas discursivas a que a loucura esteve submetida a partir da modernidade.

Nesta direção, localizo uma vasta e sólida produção acadêmica vinculando os campos da saúde mental e da psicanálise, que se faz visível na oferta de cursos de especialização, residências multiprofissionais, mestrados e doutorados, e que problematiza afinidades e diferenças entre seus respectivos meandros epistemológicos. Parte destas reflexões e elaborações contaram com a participação de membros da comunidade psicanalítica, que colaboraram com subsídios teóricos e clínicos na formulação da nova política de saúde mental e no estabelecimento de um novo paradigma para a loucura em nosso país. Aos poucos, os analistas começaram a fazer parte das equipes da atenção psicossocial, assumindo uma disposição ao convívio e ao trabalho e esvaziando o apelo narcísico e a pretensão unilateral de domínio discursivo.

Como pesquisador, preciso me situar nesta empreitada e, ao mesmo tempo, situar o tema da pesquisa com relação à sua atualidade, pertinência e forma de construção. Nessa lógica, elejo a narrativa como instrumento metodológico privilegiado à consecução desta tese. Por sua estrutura, a narrativa favorece a transmissão da minha experiência clínica e abre um terreno fecundo para o encontro com interlocutores que, alternadamente, se farão como o Outro que interroga e oferece vias para a elaboração da experiência e do conhecimento.

Esta intenção não se mostrou uma tarefa fácil de ser efetivada, visto que, habitante de vários territórios, vi-me em impasses diante de encruzilhadas do pensamento, sem saber se a escrita seguia mais a direção da saúde mental, da psicanálise ou da psicologia social. A

necessidade de escolha e a dificuldade de proceder nesta tarefa podem dar sua graça em alguns momentos do texto. Além da própria experiência, foi necessário recorrer a alguns autores que me auxiliassem a avançar na posição interrogativa que me cabia como pesquisador. Em alguma medida, estou ciente de que o que pensamos carrega pouca coisa de autoria inédita; a maioria dos nossos lampejos já se iluminaram antes e em outras pessoas. Assim, esta escrita tanto procede ao reconhecimento daqueles que nos precederam, e que se colocam como referência indispensável, quanto se serve de alguma ousadia pessoal, condição de risco necessária ao pensamento.

Atrelado a esse contexto de dinamismo, ressaltamos que o atendimento à crise numa perspectiva de urgência em pacientes neuróticos não é algo novo, no sentido de supor sua inexistência no passado. O que é novo, e que, portanto, suscita o interesse, diz respeito às proporções que tem adquirido no cotidiano institucional da rede de saúde. Esta constatação é sintetizada por Viganó (2012), na conferência *Urgência e crise*, proferida em 2002, em Belo Horizonte, quando declara que os usuários estão cada vez menos doentes mentais e cada vez mais são pessoas em crise. Para ele, isso traria novos desafios para o campo da saúde mental, tanto para a instituição psiquiátrica, que surgiu em torno da doença mental, quanto para as outras áreas envolvidas, como os componentes que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em termos gerais, o debate desta temática no campo da saúde mental brasileiro ficou concentrado em torno de quadros considerados graves, de modo que a maior parte dos estudos envolvendo o cuidado à crise respondeu, historicamente, a esta população em particular. Para melhor elucidação, cabe trazer uma necessária delimitação que designa a pessoa com transtorno mental. Esta definição aparece referida na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que trata da proteção e dos direitos dessa pessoa e do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. No ano seguinte, a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), que estabelece os CAPS e suas modalidades, incorpora os complementos “grave/severo e persistente” ao perfil do paciente. Segundo Ribeiro (2003), esta nomeação qualifica um segmento de usuários cujas características e necessidades de maior complexidade irão requerer suporte psicossocial mais abrangente, razão pela qual se formula uma rede de cuidado territorial com diferentes níveis de complexidade. Este quadro está associado a características como duração dos problemas, intensidade do sofrimento, extensão das dificuldades e incapacidades nas relações interpessoais e nas competências sociais e, por fim, inclui o diagnóstico psiquiátrico.

Aos poucos, porém, esta situação vem se alterando e um novo perfil da população tem requerido atenção das políticas públicas e dos psicanalistas inseridos neste universo. Embora recente, é visível o interesse e o aumento de pesquisas relacionadas a uma parcela da

população sem registro de transtornos graves e persistentes e que, em algum momento da vida e devido a circunstâncias particulares, pode viver uma experiência limite. De certa forma, esta realidade encontra correspondência também no contexto privado da clínica, ratificando a extensão deste fenômeno no atual laço social. Frente a isso, a questão para o analista não é somente da ordem de “não recuar frente à psicose”, conforme orienta Lacan (1977), posto que esta indicação parece suficientemente assimilada. Mais do que isso, trata-se de participar, colaborar e intervir, em especial, a partir de sua *ética*, no multifacetado campo da saúde mental que, nos dias de hoje, é afetado pelas questões que a experiência do desamparo subjetivo convoca às equipes.

O que Viganó (2012) sugere e a minha prática respalda é a “novidade” de uma demanda que surge impulsionada pela manifestação da angústia, e cuja vivência não remete à emergência de um transtorno grave ou a uma história pregressa desta natureza. São casos que se articulam contemporaneamente ao estado de desamparo, que se desencadeia por meio de acontecimentos disruptivos, e a outros episódios em que se observa a intromissão da violência e do caráter de imprevisibilidade. No caso de sujeitos neuróticos, esse cenário se instala como efeito da desestabilização das referências simbólicas e imaginárias que guarneciam o Eu de alguma proteção de sentido. Em seu lugar, produzem-se a incerteza e a insegurança, consequências da precarização dos esquemas interpretativos prévios, resultando num tipo de demanda marcada pela temporalidade da urgência.

Diante da intensidade que caracteriza a experiência de crise e das particularidades endereçadas à atenção psicossocial, há pela frente a tarefa e o compromisso de desconstruir a demanda “pela função social e política do saber psiquiátrico ou superar o modo de intervenção denominado problema-solução ou doença-prevenção/cura” (COSTA, 2007, p. 97), os quais podem gerar novas expressões de submissão generalizada ao viés psicopatológico da disciplina psiquiátrica. Não se trata apenas de ofertar dispositivos clínicos que mantenham distância do antigo modelo. Para deixar ainda mais claro, neste debate não procedemos à exclusão do campo psiquiátrico e dos componentes da sua especialidade, como a medicação e a internação. O que destacamos é o seu descentramento da ordenação do campo da saúde mental e a necessidade de elaboração de dispositivos cujos pressupostos e diretrizes deem relevo terapêutico ao simbólico e à trama discursiva, em detrimento de práticas que silenciam o sujeito. Este é o eixo que enlaça a ética psicanalítica à atenção psicossocial, sinalizando uma caminhada compartilhada na qual a experiência de crise pode ser acolhida e manejada na ampla, diversa e potente rede de saúde mental.

2. MÉTODO

Com esta introdução, antecipo e demarco o campo de pesquisa e o lugar que almejo sustentar na escrita desta tese: a de um pesquisador implicado e afetado pela clínica e pelo ato de pesquisar, movido pelo não saber em direção ao desejo de saber e ao fazer no campo da saúde mental a partir da teoria psicanalítica de orientação lacaniana. Logo, recuso os modelos que defendem a neutralidade e o distanciamento com o objeto de interesse como um *a priori*. Ao invés disso, aposto na narrativa como recurso metodológico de elaboração do vivido e do sentido, da presença e da ausência, da palavra e do silêncio, ampliando o horizonte para além das evidências estabelecidas e tomando o contexto macro histórico-social como indissociável da emergência do tema em si.

Nessa empreitada reflexiva sobre o contemporâneo, é preciso ter em conta que, muito provavelmente, não temos os meios que permitam atingir uma distância adequada para emitir pareceres interpretativos, submetidos ao próprio regime de funcionamento do laço social que pretendemos analisar. Como veremos a seguir, estar identificado ao próprio tempo não é um critério suficiente nem o mais indicado para a posição de crítico que almejamos. Penso que nos concerne acolher o singular, cientes de que não é a mesma coisa do que o delírio que se vende como possível pelo mercado ao indivíduo. Da mesma forma, pensar a existência e o sofrimento como experiência nos permite manter distância daquelas classificações que intentam capturar o processual desde uma perspectiva fechada em si, como, por exemplo, no binarismo sexual e na fórmula que opõe saúde à doença.

A dificuldade em tornar legível o cotidiano se explica porque a pretensão de abarcar uma determinada conjuntura e traduzi-la numa síntese diagnóstica é, estruturalmente, um propósito impossível. Ainda assim, estas experiências diagnósticas são necessárias, ao fornecerem uma miragem de realidade em relação à qual nos situamos no tempo e no espaço, como forma de promover mudanças e interferências. De caráter virtual, este entrecruzamento se faz eixo para atos de costuras e descosturas, coletivos e singulares, movidos pelos restos (real) que impõem fissuras na ilusão da unidade do Eu (imaginário) e sinalizam o alcance e os limites discursivos (simbólico).

Desde que lugar metodológico é possível deslocar-se da luz excessiva, que cega, para encarar o escuro do nosso tempo desde uma posição de interrogação? No seminário que dedica ao tema, Agamben (2009) inicia com duas interrogações: “De quem e do que somos contemporâneos?” Como parte da lição de abertura do curso de Filosofia Teorética, conduzido entre 2006 e 2007, o autor questiona como entrar em relação de contemporaneidade com os autores e textos utilizados para a abordagem analítica da realidade.

Em sua principal linha de argumentação, Agamben (*ibid.*) recupera uma passagem das *Considerações intempestivas*, de Nietzsche, em que este desenvolve a ideia de que “o contemporâneo é o intempestivo”. Uma das primeiras recomendações passa por dissociar a referência de contemporâneo do senso comum, que promove cisão na linearidade temporal e histórica. Como efeito, o contemporâneo diz respeito, então, a todos aqueles que alcançam um estado de espírito que permite se afastar do que cega no tempo presente, para apreender a especificidade própria deste mesmo tempo e se posicionar estrategicamente para perceber os rumos que estão sendo forjados na atualidade:

A contemporaneidade, portanto, é uma singular relação com o próprio tempo, que adere a este e, ao mesmo tempo, dele toma distâncias; mais precisamente, essa é a relação com o tempo que a este adere através de uma dissociação e um anacronismo. Aqueles que coincidem muito plenamente com a época, que em todos os aspectos a esta aderem perfeitamente, não são contemporâneos porque, exatamente por isso, não conseguem vê-la, não podem manter fixo o olhar sobre ela (AGAMBEN, 2009, p. 59).

Nesse sentido, o sujeito contemporâneo seria afetado por uma perspectiva de ambiguidade, em que reconhece a condição inexorável de estar vivendo este e neste tempo, com o qual mantém algum grau de insatisfação, interpelado e inconformado com os ideais que o rodeiam. Essa relação inatual com o tempo, em que o sujeito não coincide nem está adequado às pretensões do mesmo, é uma das características do contemporâneo, visto que aqueles que estão aderidos à sua época não conseguem vê-la com a distância necessária nem acompanhar seu estado fugidio. Para Agamben (*ibid.*), a contemporaneidade se mostra uma espécie de dobra, uma inflexão singular presente na relação do sujeito com o próprio tempo. O contemporâneo luta contra o próprio tempo, movendo-se e forçando uma abertura do/no tempo em direção a alguma espécie de exterioridade, instigado pelo estranhamento, mais do que pela justa adequação. Trata-se de uma posição de atividade e implicação, na qual o sujeito é interpelado por coisas em relação às quais deve recusar os dispositivos interpretativos, que se fazem sob o facho de luz, quer dizer, por meio de uma leitura linear e absoluta da verdade. A tarefa exige um trabalho árduo, que vai além de pensar o modo atual da sociedade e dos significados subjacentes, solicitando uma posição de estranhamento em torno dos elementos no laço social, através de pontos de cisão que ofusquem o brilho da atualidade (dos discursos hegemônicos) e abram possibilidades de se aproximar do que está no escuro, do que não se dá a ver facilmente.

Apoiados nesta perspectiva, postulamos que a crise, objeto desta tese, situa-se como contemporânea, no valor e no acolhimento às incertezas que vicejam na crise política, na crise humanitária dos imigrantes e refugiados, na crise climática e do meio ambiente, na crise das relações afetivas e das identidades, na crise econômica e do mercado de trabalho, na crise

sanitária. Nessa lógica, crise é um significante que traz impresso em sua etimologia uma alusão ao intempestivo, ao fora do lugar, àquilo que surge como imprevisto e, ao mesmo tempo, como oportunidade, características que, quando despontam na cena individual, institucional e coletiva, desestabilizam o instituído.

A reflexão que propomos buscará qualificar de *metodologicamente contemporânea* a abordagem clínica e teórica concebida por Freud e designada como psicanálise. Entendemos que esta dimensão foi alcançada ao tomar os efeitos repressivos da vida sexual da modernidade – correspondente ao escuro do seu tempo – como indicador da crise no laço social que reivindicava um novo lugar na cultura. Hoje em dia, identificamos este ponto, na transição da modernidade para a pós-modernidade, na captura da vida pela ciência, na hierarquização de formas de vida e hegemonia da violência em detrimento do estabelecimento de laços afetivos. Com efeito, afastamo-nos dos conflitos relacionados ao âmbito sexual para uma configuração de laço social marcada pelo desamparo e por impulsos destrutivos, descritos por Freud em *O mal-estar na cultura* (1930/1996). Tal funcionamento se desvela contemporaneamente na profusão multifacetada de experiências de crise desencadeadas por acontecimentos de impacto coletivo e por comportamentos de violência auto e heterodestrutiva, os quais escapam à tramitação psíquica e tensionam a regulação que o laço social fornece ao sujeito².

Esta tese testemunha o esforço narrativo de encontrar uma boa forma de promover a transmissão da clínica, dos conceitos e dos impasses no atravessamento da psicanálise com a saúde mental, guiada pelo fio condutor da crise e a partir da minha trajetória na intersecção entre estes dois territórios. É importante frisar que estes apontamentos não são apenas enunciados – enquanto conhecimento e informação –, pertencendo ao registro da enunciação, o que significa dizer que estão determinados pelo lugar em que os mesmos se produzem. Assim, é possível “me” reconhecer – nesta resposta (in)acabada que é a tese – ocupando diferentes lugares na estrutura discursiva da clínica institucional.

Sobre isso, vale lembrar que este empreendimento se assemelha ao esforço diário que tento imprimir na sustentação e transmissão dos princípios da RPB e da ética psicanalítica nos serviços de atenção psicossocial em que participo. Tal medida de investimento considera o possível e o impossível de dizer e de transmitir a partir da transferência, ou seja, daquilo que cada um consegue responder ao ser interpelado. Nesse sentido, Costa A. (2006) ao comentar sobre as particularidades que organizam o endereçamento da palavra a alguém na clínica

² Excepcionalmente, em alguns momentos desta escrita, o termo “contemporâneo” será utilizado em seu senso comum, em referência temporal aos acontecimentos dos dias atuais.

institucional, sugere que elas giram em torno da transferência. Se, de um lado, a transferência formulada por Freud engajaria o sujeito que busca tratamento, com Lacan ela se desdobra e incorpora outra dimensão ao envolver o próprio analista no seu processo. Segundo Costa (*ibid.*) isso é essencial para pensarmos acerca das dificuldades que se colocam nos tratamentos nesses contextos, visto que elas não seriam apenas do sujeito (usuário), mas incluiriam o profissional que o acolhe. Como frisado acima, essa posição ética – descrevendo a direção clínica que implica quem transmite – requer o outro numa determinada posição singular com relação ao saber, neste caso, numa posição de enunciação.

Nesse sentido, trata-se da “transmissão de um saber que não se sabe, ou seja, a transmissão de um enigma, um dizer pela metade, que é físgado pela verdade, mas que não elide o abismo que há entre esta e o saber” (MAURANO, 2006, p. 222). De alguma forma, é essa posição de não todo que deve ser transmitida, para além do conjunto conceitual da psicanálise, que aporta contribuições nas discussões sobre a relação do sujeito com seu sintoma. O fundamental da transmissão deriva para essa perspectiva do não todo (dimensão inconsciente do saber) que, estando fora do discurso, convoca o sujeito à produção de um saber e de um fazer. Diferentemente deste prisma, as vias de transmissão nos campos instituídos de conhecimento são feitas por um modo preestabelecido e racional, cujo processo se descreve com mais precisão no âmbito universitário e científico.

Esse comentário é importante para abordar que o trabalho de transmissão de um modo de pensar e de fazer orientado pela psicanálise não se faz no modelo de ensino de conceitos e de modalidades técnicas. Objetivamente, a transmissão da clínica psicanalítica faz uso de diferentes dispositivos – como relato de caso, supervisão, leitura de textos, vinhetas clínicas, publicações, participação na mídia – e, fundamentalmente, da experiência com o inconsciente através da análise pessoal, que afirma a experiência do sujeito dividido, ou seja, confrontado com a impossibilidade de um enunciado que se faça todo, completo.

Como é possível perceber, a transmissão tem a ver com se dispor a “entrar em campo”, o que, neste caso, significa se deixar afetar pelos impasses do atravessamento de uma experiência que se reescreve permanentemente confrontada pelo impossível de ser toda apreendida. É desde aquilo que se apresenta como inapreensível que se criam as condições de avanço, elaboração e transmissão de saber, ou seja, é desde aquilo que se apresenta na clínica que a teoria é tensionada e posta em movimento. Tal diretriz adquire maior relevância para os praticantes da psicanálise que sustentam sua prática no variado campo institucional, marcado pela possibilidade viva de encontrarmos aquilo que, sob a forma de sintoma e sofrimento, nos diz do laço social contemporâneo.

Nessa direção, dentre os vários problemas levantados na discussão sobre a transmissão da clínica psicanalítica, Porge (2009) cita alguns que já estariam presentes nas reflexões freudianas: a passagem da dimensão individual e privada do tratamento para a esfera pública; o risco da dicotomia entre individual e coletivo ou entre teoria e prática; o meio em que se faz esta transmissão; a contradição entre verdade e a exatidão dos fatos. Segundo o autor, a psicanálise não se ocupa com fatos clínicos brutos, não sendo possível pensar a transmissão separada da clínica, ou seja, ela não se faz fora do campo das palavras e do endereçamento a um outro mediado pelo estilo singular de quem transmite.

Diante do exposto, o método de escrita desta tese leva em conta que a mesma se produziu como efeito dos incontáveis encontros – clínicos ou não – tocados pela palavra, pelos inúmeros endereçamentos que se fizeram necessários, previstos e imprevistos, na extensão e amplitude dos territórios visitados, sob o estilo particular da trajetória do analista-pesquisador. Sendo assim, muitos “outros” se impuseram como destinatários e provocadores do pensamento que toma a forma deste texto e que resulta numa tentativa de responder, parcialmente, às fendas que se projetam na *práxis* dos contextos institucionais e interdisciplinares, como na atenção psicossocial.

As vinhetas clínicas cumprem a função de ser uma presentificação (precária, mas necessária) do conceito e daquilo que propomos para além da teoria no engate com a prática. Através deles, se avança um pouco mais na transmissão do possível sobre o impossível. O uso destes fragmentos é uma estratégia importante na formação dos profissionais e na afirmação do paradigma desta tese e da direção que propomos para a saúde mental. Esta modalidade de transmissão tem sido essencial no trabalho de apoio matricial junto às equipes de ESF, acolhendo os impasses e construindo coletivamente formas de intervenção.

Contemporaneamente, este universo está fortemente influenciado pela autoridade científica, aqui entendida como dotada de um arsenal técnico que lhe outorga efeitos terapêuticos e poder social. Assim, apesar dos avanços importantes nessa área pela ampliação da concepção de sujeito para além daquela desenvolvida pela ciência moderna, ainda testemunhamos a hegemonia do discurso médico que recusa os efeitos transferenciais que se fazem perceber na relação assimétrica entre o sujeito e a equipe que o acolhe. Nesta lógica, o saber está sempre do lado do profissional, o que exclui o valor deste do campo operatório em que o sujeito está localizado. Amparado no saber técnico, o profissional ocupará o lugar do Outro, que, com seu discurso, traduz e acomoda o estrangeiro que a queixa revela para o sujeito. Esta é a síntese da clínica formulada pela ciência e que se transmite de maneira regular na formação técnica do conjunto de profissionais que atuam atenção psicossocial – o que é paradoxal, pois a designação de psicossocial, para o campo das práticas advindas com a

reforma psiquiátrica, vem, justamente, para demonstrar que algo ultrapassa o registro da saúde (ELIA, 2015). É a partir deste cenário e de suas tensões que esta tese se escreve, reconhecendo que, se nenhum discurso é completo, aparecem brechas que são acolhidas como matéria prima para a produção narrativa.

3. DA DESMONTAGEM DA TRADIÇÃO DA MODERNIDADE AO INTERREGNO CONTEMPORÂNEO

3.1 FREUD E O INTEMPESTIVO DA PSICANÁLISE

Como era o mundo em que Freud viveu e conduziu suas análises? Segundo Simanke (2009), o final do século XIX na cena filosófica alemã presenciou o debate acerca do dualismo metodológico, que opunha as ciências naturais e as ciências humanas. Apesar do interesse manifesto de Freud em alinhar sua prática às ciências naturais, rapidamente a pesquisa psicanalítica enveredou para o campo das humanidades. Com isso, as investigações seguiram um modelo ímpar de clínica que em nada se parecia com os tratados da ciência natural, aproximando-se das artes, da cultura e da religião, desvio não calculado no projeto científico da psicologia freudiana.

Nossa intenção, seguindo a indicação anterior de Agamben, é atribuir a este desvio a categoria de *contemporâneo*, posição em que o sujeito (Freud) se reconhece habitando seu tempo, mas em desacordo com o mesmo, assumindo a coragem de enfrentá-lo, de “não ceder sobre seu desejo” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 382). O aforisma que Lacan desenvolve no Seminário 7, *A ética da psicanálise*, aponta o compromisso ético do sujeito com o dizer e com o agir diante do que o interpela. Postulamos que esta foi a posição de Freud ao se ver testemunha do sofrimento expresso no corpo falante das mulheres a quem acolhia, efeito do recalque social da sexualidade. Vale dizer que o repertório argumentativo e científico freudiano foi progressiva e favoravelmente municiado com os achados que sua clínica recolhia sobre o funcionamento da sociedade europeia. Logo, ao falar de neurose e histeria, Freud interpretava aquilo que ficava recalcado na trama cultural do seu tempo.

Com efeito, apesar das premissas iniciais do pensamento serem datadas e localizadas em um perfil social, cultural e moral específico, suas ideias impuseram uma fissura nas concepções hegemônicas sobre o adoecimento neurótico em boa parte do mundo ocidental. Em síntese, o conjunto dos textos iniciais de Freud instituíram as diretrizes de um tratado clínico ao mesmo tempo em que assumiram caráter político, testemunhando os efeitos repressivos daquele período em relação à sexualidade.

Com isso, a psicanálise redefine o conceito de sintoma, situando-o no lugar de uma palavra não dita, de um desejo não reconhecido. Nessa perspectiva, o sujeito (analisante)

advém como protagonista indispensável à cena clínica, respaldando o pressuposto etiológico psicanalítico que articula o sintoma à história de vida. Assim, tanto o que causa, quanto o tratamento da neurose surgem atravessados pela linguagem, concepção que se coloca em radical diferença ao modelo anatomopatológico vigente à época de Freud, de tal maneira que sua pesquisa se qualifica como contemporânea, por estar inserida em seu tempo e simultaneamente ser-lhe crítica e divergente.

Com o ato de acolher e dar valor à fala das mulheres em sofrimento histórico, Freud esvazia a ênfase na doença enquanto conjunto de signos interpretáveis situados em relação de exterioridade ao sujeito. Nesse ponto, sobressai a semelhança da posição freudiana de escutar o sujeito e sua história (história do sintoma) com a direção clínica-política da reforma psiquiátrica italiana, inspiração ao modelo brasileiro, de “colocar a doença mental entre parênteses”. No atual campo da saúde mental, esta recomendação reconhece valor subjetivo ao sofrimento que acompanha a loucura no mesmo ato em que recusa a explicação psiquiátrica, que converte a complexidade do fenômeno numa designação simplista de doença (AMARANTE, 2009). Sem negar o sofrimento, esta torção privilegia o sujeito e a sua trajetória de vida em detrimento da compreensão da doença como alheia àquele que padece. No âmbito psicossocial, colocar a doença entre parênteses tanto se carrega como um ato clínico quanto um ato político, ao recuperar o protagonismo do sujeito e promover a necessária ruptura epistemológica com o saber biológico psiquiátrico.

Este mesmo aspecto é condição *sine qua non* da ética psicanalítica. O convite à fala e ao protagonismo do sujeito na clínica (*talking cure*), com o acréscimo da especificidade da dimensão inconsciente, produz o mesmo corte epistemológico. Com efeito, a psicanálise opera pela colocação da doença entre parênteses (enquanto signo), criando, com isso, as condições para uma narrativa singular que opera por deslizamento e combinação significativa em torno do real, daquilo que se mostra inacessível. Assim, quando Freud aceita a recomendação de sua paciente Emmy Von N. para silenciar e deixá-la falar³ livremente – acontecimento precursor e inspirador do método da associação livre –, ele institui este princípio como eixo ético do tratamento psicanalítico. Vale acrescentar que o mesmo pedido não reivindicava unicamente a solicitação de fala, mas impunha um limite ao poder unilateral que a posição de Freud ocupava transferencialmente.

³ Caso clínico do período conhecido como pré-psicanalítico, no qual Freud descreve suas experimentações clínicas no tratamento da histeria, como a hipnose, a técnica de pressão e o método catártico. Numa determinada consulta, a paciente pede que Freud não a interrompa com perguntas sobre de onde provinha isto ou aquilo, que a deixasse contar o que tinha a dizer (BREUER; FREUD, 1895/1996).

Embora Freud não desconhecêsse o modelo manicomial asilar que, à sua época, era marcado pela hipótese anatomopatológica e pelo poder disciplinar, o tema não lhe despertou maior interesse. Em sua autobiografia (1925/1996), relata que conduziu sua formação médica de maneira negligente e que o pouco de curiosidade da área era dirigido à psiquiatria. Em seu artigo *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* (1886/1996), Freud justifica que a neuropatologia da escola alemã pouco poderia lhe oferecer de avanço, de tal maneira que, em 1885, seguiu a Paris a fim de conhecer a abordagem francesa da neuropatologia e as novidades sobre o hipnotismo e a histeria.

O destino de Freud é o Hospital Salpêtrière, exemplo das grandes estruturas hospitalares para o tratamento da loucura que se difundiram no mundo ocidental e uma das instituições consultadas por Foucault (1973-1974/2006) que resultaram no seu seminário *O poder psiquiátrico*. No registro de viagem, Freud descreve o hospital como semelhante ao Hospital Geral de Viena, composto por um conjunto de edifícios em quadrilátero que, após várias finalidades, havia se convertido em lar de mulheres idosas e asilo para cinco mil pessoas. Seu relatório não traz detalhes do funcionamento institucional, nem sua escrita denota perplexidade ou desconforto quanto ao número de internos ou às condições de tratamento. Em parte dos registros, descreve a sua rotina junto às atividades e investigações conduzidas por Charcot, que lhe teriam permitido testemunhar a regularidade e a autenticidade dos fenômenos históricos. Marcado por este encontro, sua vida profissional começa a tomar novos rumos, lamentando não contar com o interesse de Charcot em se “aprofundar na psicologia da neurose. Afinal, ele vinha da anatomia patológica” (FREUD, 1925/1996, p. 73).

A inclusão deste recorte não tem a função de ser um simples adendo histórico, mas circunscrever a posição metodológica de Freud naquilo que seu testemunho mostrou de adesão à época, em relação ao lugar social da loucura, e naquilo que, paradoxalmente, revelou-se como um olhar para o escuro do seu tempo quanto ao tratamento da histeria. Para Costa (2019), é neste laço discursivo que se faz a proposição do inconsciente e a passagem do saber médico, sustentado no corpo da histérica e particularizado na medicina e na hospitalização, para outra forma de laço, em que a fala rompe a cena convocando à escuta e à interpretação, a ponto de produzir uma disjunção com o que havia sido pactuado previamente sobre a histeria.

Diferentemente de Lacan, que veio da psiquiatria e dedicou um período inicial de seu percurso ao trabalho em hospitais psiquiátricos, a trajetória de Freud se fez distante deste espaço. Assim, se por um lado as questões relativas à histeria não puderam ser abordadas fora do tempo e do espaço onde Freud estava inserido, por outro lado, ao colocar a psicanálise numa relação de exterioridade com os saberes e práticas psiquiátricas do seu tempo, ele estabeleceu uma real distinção com o tratamento moral característico das terapêuticas

manicomiais. Esta ruptura em relação à histeria guarda semelhança com o ideário do movimento reformista e suas conquistas e avanços relativos à clínica e à transformação do lugar social da loucura na cultura e na cidade. Ainda que seus registros não sinalizem espanto com o modelo manicomial e seu aparato tecnológico e institucional, não restam dúvidas quanto à ruptura que Freud promoveu em relação ao projeto racionalista e normalizador, pela afirmação de um sujeito dividido e determinado pelo inconsciente.

Esta posição de “vanguarda”, entretanto, não encontrou guarida em Foucault (1976-1988), que, do ponto de vista genealógico, via a constituição do campo psicanalítico inserida na mesma matriz das práticas confessionais da tradição do cristianismo, não mais guiadas pelos ideários de salvação, mas pela ambição terapêutica de cura. Para ele, a prática psicanalítica estaria inscrita na perspectiva pré-moderna, operando sob o modo soberano de poder intrínseco à referência familiar. Nesse sentido, compreende-se que a psicanálise opere sob a lógica do poder soberano, mas isso compõe o dispositivo da modernidade, do poder disciplinar. Assim, tanto a psiquiatria, quanto a psicanálise serviriam como operadores de dominação ideológica sobre os indivíduos, intervindo com mecanismos sutis de controle.

Do ponto de vista da psicanálise, Palombini (2005) recupera a crítica feita por Foucault sobre o exercício de poder presente na concepção de transferência e no *setting* analítico. A autora sugere que é possível reconhecer no pensamento de Freud uma abertura na experiência analítica, que reposiciona o jogo de poder ao deslocar o lugar da verdade para o sujeito. Esta estrutura não exclui o risco de domínio unilateral, contudo, aponta que a sua anulação é condição *sine qua non* para a qualificação analítica ao processo.

Nesta lógica, Garcia-Roza (2009) reconhece que o surgimento da psicanálise é contemporâneo ao surgimento do “homem”, consequência do advento da economia capitalista e da necessidade de controle dos corpos e desejos. Apesar disso, o autor entende que a versão da subjetividade apresentada pela psicanálise representa uma mudança significativa com o que se tinha disponível, já que desloca o que se afirmava sobre a verdade do sujeito para o sujeito da verdade. Até então, segundo ele, o único lugar para a acolhida do discurso individual seriam os confessionários religiosos. Nesse sentido, a dimensão intempestiva e contemporânea desta tese salienta a necessária aposta clínica e política da intervenção em uma situação de crise - pela posição irrevogável de enunciação do sujeito afetado por esta experiência como medida de subjetivação frente ao desamparo -, a qual convoca um cuidado endereçado ao Outro e aos outros.

3.2 DA MODERNIDADE À CONTEMPORANEIDADE: DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS E TRAVESSIAS SUBJETIVAS

Introduzir o contexto contemporâneo em relação às noções de *crise* e *urgência* enquanto significantes que caracterizam nossa época é o próximo passo, e presume que o tema “atenção à crise e a clínica da urgência” porta uma dimensão histórica-social a ser feita em interface com os acontecimentos, ideais, discursos e espaços concretos e simbólicos do tempo em que vivemos. Além de compreender os parâmetros teóricos, reconhecemos que o alcance desta discussão extrapola o campo da saúde, embora este seja um dos espaços privilegiados onde a mesma se apresenta.

Partimos do pressuposto de que a crise não é um fenômeno que se manifesta apenas na esfera individual, fato que desconsideraria as forças que atuam na dimensão política do contexto de onde emerge. Nessa linha de raciocínio, leituras diagnósticas – como *Modernidade líquida*, de Zygmunt Bauman; *As consequências da modernidade*, de Anthony Giddens; *Declínio do homem público*, de Richard Sennet; *Cultura do narcisismo*, de Christopher Lasch; *A era do vazio*, de Gilles Lipovetsky; a *Biopolítica*, de Michel Foucault; e *Necropolítica*, de Achille Mbembe – apresentam diferentes nuances discursivas sobre as representações do mal-estar na nossa época. Contudo, do ponto de vista clínico, estas demarcações não são suficientes para abarcar a particularidade que emerge no sofrimento subjetivo propriamente dito, de tal maneira que ilações sobre a existência de um suposto sujeito contemporâneo devem ser tomadas com reserva (RUDGE, 2009).

É preciso reconhecer que valores e ideais se distribuem diferentemente nos segmentos populacionais que estratificam de forma desigual a multifacetada cultura ocidental, prevenindo-nos de generalizações que minimizem as condições concretas da sua organização. Seguindo esta lógica, lembremos que o terceiro milênio sequer havia despertado em sua aurora quando os debates e as interpretações sobre a natureza das transformações no mundo moderno surgiram pela escrita de vários pensadores.

Na formulação proposta por Bauman (1998), a modernidade congregou um estilo de vida e de funcionamento social que emergiu privilegiadamente na Europa a partir do século XVII, cuja influência se expandiu em nível mundial nos séculos posteriores. Segundo o autor, a ordem moderna comportou um conjunto de mudanças sociais, materiais, políticas e intelectuais suscitadas pelo advento do Iluminismo, cujo ideal de felicidade e progresso propagava a esperança de que a raça humana dominaria a natureza por meio da ciência, caminhando em direção a um mundo mais justo. Esta abordagem é retomada por Giddens (1991), que reafirma a modernidade como um projeto europeu datado a partir do século XVII, o qual se expande mundialmente tendo como uma das suas marcas a passagem de uma organização feudal para um modo de produção capitalista e urbano. A associação temporal e geográfica da modernidade, entretanto, é o ponto de partida da sua análise, que visa desvelar

a passagem daquilo que seria pré-moderno ao moderno. Nesta transição, é possível observar a perda da influência da igreja que, pouco a pouco, cede lugar à filosofia e à ciência moderna, as quais, amparadas na razão, desacreditariam o sagrado e o passado, oferecendo novos parâmetros (indivíduo, progresso) de explicação, transformação e ressignificação da relação do homem com o mundo e com o próprio universo.

Nessa perspectiva, Dufour (2005) faz uso do conceito de Outro para abordar a modernidade. De acordo com ele, o Outro vigora amparado no uso de um conjunto de textos, dogmas, mandamentos e saberes que definem as maneiras de pensar, crer, falar, morar, trabalhar, morrer, comer, contar... enfim, aquilo que chamamos “educação”. Em sua tipologia de sociedade, o autor caracteriza as sociedades tradicionais, prévias à modernidade, pela hegemonia de um grande Sujeito – simples (monoteísmo) ou múltiplo (politeísmo) –, ou seja, sociedade com um Outro único ou com um Outro múltiplo. A era moderna, por sua vez, corresponderia a uma época regida por vários Outros. “A modernidade é um espaço coletivo no qual o sujeito é definido por várias dessas ocorrências do Outro.” (*ibid.*, p. 45). A coexistência de figuras do Outro descreveria o fim da unidade dos espíritos, marcando o advento da modernidade e dando início à diversificação das figuras do Outro por meio da pluralização de narrativas, muitas delas novas.

Esse prisma é enfatizado por Prochno e Bessa (2016), que apontam o avanço da modernidade como tendo sido impulsionado pelo projeto capitalista de comércio mundial e pela pretensão de superação de barreiras culturais e geográficas amparados na racionalização e na possibilidade de emancipação do indivíduo:

[...] a modernidade designaria as marcas de uma ruptura essencial na história da humanidade em relação às chamadas sociedades tradicionais. Nessas sociedades tradicionais, a constituição e a difusão dos saberes se organizam em uma forma discursiva onde predomina a mesma lógica existente nos mitos e na religião, que é a forma narrativa. O lento e progressivo rompimento com essa lógica, estabelecido por uma forma discursiva cuja lógica predominante passou a ser a da racionalidade científica, é o que, de forma geral, caracteriza a chamada modernidade (PROCHNO; BESSA, 2016, p. 26).

A crença no progresso ilimitado da ciência difundiu uma visão otimista de futuro alinhado a uma aposta no indivíduo e em sua liberdade. No mundo moderno define a importância das narrativas tradicionais que organizavam o mundo e ofereciam alguma ordem de estabilidade. Em decorrência, a subjetividade vai se constituindo atravessada pela crença e pela ambição da liberdade em relação a qualquer alteridade mais radical. Tal fato se torna central e, pode-se mesmo dizer, matriz lógica para pensarmos as consequências sociais e subjetivas que tomam forma com a modernidade e que ganham contornos ainda mais intensos contemporaneamente. Assim, a aventura moderna ampara-se no discurso da liberdade e do indivíduo pretensamente autônomo. Contudo, segundo Lacan (1955-1956/1998), o homem

“liberado” da sociedade moderna se vê às voltas com uma experiência de despedaçamento, que revela, até o fundo do seu ser, uma pavorosa fissura que, ao dispensar o semelhante do seu horizonte, suscita formas particulares de sofrimento vinculadas ao desamparo, à violência e à desesperança.

Nessa lógica, é incontestável que, ao longo do século XX, a introdução de mudanças significativas no funcionamento macrossocial teve consequências no plano subjetivo. A partir da década de 1960, começa a ficar visível um novo panorama de valores e comportamentos que colocariam em questão muitos dos pressupostos da própria lógica moderna (AMORIM, 2009), suscitando um mal-estar generalizado, sensação difusa de insegurança e uma profunda melancolia com relação ao futuro, em oposição aos ideais de felicidade e esclarecimento que a promessa moderna incutia (PROCHNO; BESSA, 2016).

Kehl (2002) identifica o que ela chama de face contemporânea do desamparo, gerada a partir de uma perda nas relações do ser humano com o saber e com a verdade, identificada nas civilizações ocidentais desde o final da Renascença. Esse processo apresenta um mundo fragmentado e em mutação constante, habitado por indivíduos particulares, com suas experiências particulares, que se desalojam dos planos divinos. Se por um lado a quebra na unicidade do discurso do Outro trouxe a consequente necessidade de auto fundação das escolhas subjetivas, por outro forjou uma estrutura de interlocução horizontal para que se pudesse enunciar algum tipo de verdade. (KEHL, 2002, p. 52-53). Nesse cenário, os sujeitos movem-se ora animados, ora assombrados pela proliferação de sentidos e de teorias que vêm em substituição à referência exclusiva aos discursos de cunho heteronormativo, patriarcal e eurocentrado, que se colocavam como ordenadores simbólicos e propositivos à subjetivação.

De um século a outro, a representação de um mundo estável se dissolveu, suscitando um cenário incerto com efeitos paradoxais: esperança e angústia. Novas formas de convívio familiar, social e amoroso, além de profundas transformações no mundo do trabalho, criaram um ambiente inédito para a vida individual. Além de excitante e desafiador, não é difícil que este cenário pareça também assustador, contingência que, sob a visão de Bauman (2007), poderia ser caracterizado como um “viveiro de incertezas”.

O inesperado acontecimento da pandemia da COVID-19 parece ilustrar bem aquilo que buscamos enunciar acerca da onipresença da incerteza na formulação e ordenação do presente estágio civilizatório. Segundo Morin (2020), a atual pandemia catalisa um festival de incertezas: indefinição sobre a origem do vírus; incógnita quanto às possíveis mutações às quais o mesmo é suscetível durante sua propagação; incapacidade de definir a forma e o tempo do seu desfecho; desconhecimento dos efeitos do isolamento em termos sociais, econômicos, psicológicos; imprevisibilidade das consequências políticas em termos mundiais. Tal cenário

de indefinição nos leva à renovação das incertezas como experiência que se reitera no laço social contemporâneo, seja no âmbito das particularidades da vida cotidiana (incerteza sobre o trabalho, sobre a solidez de um relacionamento, sobre a condição de saúde), seja no cenário macrossocial, que explicita a fragilização do sistema de proteção social (crise econômica, ambiental e política).

Esta conjuntura adentrou o século XXI requisitando diagnósticos que se multiplicaram num arsenal de hipóteses explicativas. Muitas delas foram reunidas no que se convencionou chamar de pós-modernidade, em distinção ao estágio inicial da modernidade. De maneira geral, de acordo com Fortes (2014), existem várias versões para o surgimento do pensamento pós-moderno, referido à década de 1960. Lyotard (1998) é reconhecido como tendo sido um dos primeiros a colocar em evidência um novo sujeito situado numa época pós-moderna, como efeito da fratura na modernidade. No livro *A condição pós-moderna*, o autor caracteriza este estágio pela saturação e desaparecimento progressivo das grandes narrativas de legitimação, de organização e funcionamento da vida em comum, em especial as narrativas religiosas e políticas. Bauman (2001) foi outro pensador que participou da difusão da noção de pós-modernidade, antes de propor a metáfora líquida. Birman (2005), por sua vez, sugere duas abordagens para a sociedade pós-moderna, tanto “pelo conceito de cultura do narcisismo, segundo a leitura aguda do norte-americano Larsch, quanto pela categoria de sociedade do espetáculo, de acordo com a interpretação do francês Débord” (BIRMAN, 2005, p. 84).

Para este conjunto de autores, a modernidade é um processo histórico que requisita como premissas o desencanto com Deus, com a tradição e a ênfase no indivíduo e na liberdade deste em fazer escolhas para seu destino. Paradoxalmente, estas mudanças promovem dois efeitos que reconhecemos na vida atual: por um lado estão na base da afirmação dos direitos humanos, da democracia e dos direitos das minorias; por outro, promovem um ambiente de vulnerabilidade e desamparo discursivo ao desprover ou esvaziar a potência de ancoragens simbólicas sólidas e compartilhadas. Segundo Costa (2019), o século XX, ainda muito próximo, segue nos interpelando em suas contradições, fazendo coexistir movimentos de liberação com guerras de extermínio. Em contrapartida, para compensar esta desorientação decorrente da exacerbação do discurso de autonomia, a cultura atual teria produzido a proliferação de discursos técnicos que funcionam como anteparos para os impasses mais cotidianos, como se vestir, comer, emagrecer, ler, namorar. Nessa linha de raciocínio, Dufour (2005) considera que o paradigma pós-moderno testemunha a dissolução das ideologias dominantes nas quais a modernidade clássica se apoiava, às custas da exacerbação do individualismo, da redução do papel do Estado, da fetichização da mercadoria, da exibição da aparência, do achatamento da história no imediatismo do fato, da instantaneidade

informacional, da desinstitucionalização da família e da interrogação sobre a identidade sexual.

Do ponto de vista da metapsicologia psicanalítica, a pós-modernidade colocou em questão as bases da sua teoria sexual a partir da lógica fálica-edípica e os efeitos do declínio da função paterna⁴ – referências basilares do seu pensamento, cujas consequências se dão a ver na pluralização do lugar da autoridade no laço social e na clínica. Tais mutações têm profundo impacto nos dramas individuais e na formação de novas manifestações sintomáticas, em que o caráter metafórico da resposta subjetiva endereçada ao Outro parece não ter se instalado. Estas “modalidades de construção subjetiva” (BIRMAN, 2005, p.24), centradas em torno do afeto mais do que da representação, enfatizam a exterioridade e o autocentramento como destinos do desejo, num horizonte intersubjetivo esvaziado e desinvestido das trocas humanas, cujo cenário seria propício à implosão e à explosão da violência que marca a atualidade, diz Birman (2005).

O caráter dinâmico e instável, no que concerne à organização social e política atual, impulsionou Bauman e Mauro (2016) a formular, no livro *Babel*, a categoria de *interregno*. Com esta definição, o autor tenta descrever uma etapa do funcionamento da vida humana – cultura – na qual as formas de organização existentes já não dão conta das novas demandas, muitas delas inéditas em sua forma ou inéditas em sua preponderância. Daí que as alternativas criadas ainda não se mostram eficazes e satisfatórias para lidar com a realidade em transformação. Estaríamos, portanto, numa espécie de intervalo, de transição, experimentando novas formas de fazer as coisas, sem termos clareza e convicção de que o que estamos decidindo irá se sustentar por longo prazo. Tal percepção envolve desde as referências mais abstratas até os temas do nosso dia a dia, como gênero, violência, infância, loucura, trabalho, família. Em suma, os parâmetros oriundos da modernidade clássica – período em que as coisas eram projetadas para durar – já se mostram insuficientes, e o que vem em substituição não corresponde adequadamente às novas demandas socialmente pactuadas em diferentes esferas da existência.

3.3 FIGURAÇÕES DO MAL-ESTAR: DO SEXUAL AO DESAMPARO

Da extensa trajetória teórica de Freud, destacamos um primeiro texto, *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1908/1996), em que apresenta algumas premissas que

⁴ Para Lebrun (2010), do ponto de vista laciano, a linguagem e suas leis são as invariantes necessárias à realidade psíquica, e não o pai. Esta conclusão não desobriga da tarefa de pensar como cada sociedade se organiza para pensar os meios de realizar a renúncia obrigada da linguagem. A esse respeito, o autor afirma que a sociedade ocidental teria se utilizado durante séculos da legitimação do pai na família pelo Pai no social – apoiado na função patriarcal – para inscrever a exigência de renúncia pulsional. Assim, se o pai não é necessário nos dias de hoje, a questão de como transmitir a renúncia pulsional permanece crucial, não tendo mais o apoio no pai no social.

fundamentam sua perspectiva acerca da incidência dos aspectos culturais na produção e na manifestação do sofrimento neurótico. Curiosamente, muitos aspectos mencionados por Freud para descrever o estilo da vida moderna da qual fazia parte guardam semelhanças com a nossa atualidade. A vida urbana é apresentada como intranquila, movida pela pressa, pela falta de religiosidade, pelo surgimento de novos modos de comunicação, pela música barulhenta, pelos nervos exaustos que buscam se recuperar e pelo desprezo por princípios éticos.

Entretanto, para compreender o “nervosismo”, Freud evocará um elemento específico em torno do qual fará girar a sua teoria durante o primeiro período de sua obra: o fator sexual ou, melhor dizendo, os efeitos da repressão sexual. Neste entendimento, o sofrimento neurótico estaria intimamente relacionado aos modos de regulação e codificação exercidos sobre a sexualidade que, à época, incluíam a monogamia, a dupla moral sexual para homens e mulheres, a irredutibilidade entre sexo e procriação, o valor da castidade e a ignorância quanto à sexualidade infantil. Nesta configuração, alguns pagariam mais do que outros. Com efeito, a distribuição de acesso e de restrição ao prazer não se dava de maneira igualitária – as mulheres estariam submetidas a maior cerceamento e limitação. Haveria neste repertório um obstáculo para a satisfação natural da sexualidade ao submetê-la a padrões de controle rígidos, por meio de mecanismos de repressão social e individual, que funcionariam como motores do adoecimento psicológico (*ibid.*).

Santos e Ceccarelli (2010) lembram que o controle sobre a atividade sexual, em suas inúmeras variações, sempre se fez presente na existência humana, atrelado a regras, intensidades e momentos sócio-históricos combinados “livremente”, conforme cada sociedade. A existência de uma moral sexual seria, portanto, um elemento constitutivo de qualquer cultura, operando como um artefato discursivo para lidar com o mistério do sexual que não se deixa apreender, nem controlar.

A perspectiva de Freud não é inédita e, nesse texto, faz alusão a autores que o precederam, como Krafft-Ebing e Havelock Ellis, que já defendiam uma relação mais tolerante com os comportamentos que, à época, eram interpretados como desviantes. Haveríamos de supor, então, que Freud faz parte de um movimento que questiona os efeitos nocivos de uma moral sexual extremamente restritiva. A leitura crítica que Birman (2005) faz deste texto aponta que era o estatuto do sujeito no mundo moderno que provocava e perturbava Freud. Sob este aspecto, o ensaio diz menos de uma reflexão atemporal e a-histórica da subjetividade na civilização em geral e mais do esforço de elucidação dos meandros do mal-estar no horizonte da modernidade. Ainda assim, as formulações freudianas impactaram o mundo ocidental na medida em que positivaram o caráter polimorfo da pulsão e se inscreveram como

uma modalidade de desregulamentação dos discursos normalizadores do Outro sobre a sexualidade.

De acordo com Birman (*ibid.*), a radicalidade do mal-estar ligado ao desamparo como condição estrutural, que irá se revelar no transcurso do pensamento freudiano, ainda não havia se firmado. Daí porque Freud, neste momento, acreditaria que a oferta psicanalítica de esclarecimento – tornar consciente o inconsciente – ou a ampliação dos caminhos para a sublimação da pulsão sexual seriam métodos clínicos adequados para interferir na relação estabelecida entre sujeito e cultura, com vistas à aquisição de algum modo de convivência pacífica. Nesse sentido, somente quando a psicanálise abandonou o ideal cientificista que a forjou – e a partir do qual vislumbrava exercer algum domínio e solução sobre o desamparo e a pulsão – é que pôde realizar um estudo sistemático sobre a cultura, com base na versão trágica do sujeito afeito ao mal-estar estrutural.

Com efeito, o mal-estar enunciado por Freud (1930/1996), traço originário que participa “para todo o sempre, de maneira indelével e insofismável” (BIRMAN, 2005, p. 37) como marca da subjetividade, é consequência da condição de exílio do sujeito em relação à adequação a qualquer objeto natural – exílio que decorre da condição de falantes que o processo de subjetivação impõe. Trata-se de que, para a espécie humana, distintamente das demais espécies de seres vivos, as vias de acesso ao objeto se perderam, e o simbólico se sobrepõe à redução biológica da função sexual. De acordo com Lacan (1998, p. 278), o homem – ou o humano, melhor dizendo – fala por ter se constituído a partir da incidência da linguagem simbólica, porque o símbolo o fez homem – humano. A natureza simbólica da linguagem retira o ser humano da filiação exclusiva à natureza e o inclui na cultura, fato que delinea a particular e exclusiva relação com a realidade através da ordem simbólica.

Aos poucos, Freud se vê compelido a abandonar a esperança da harmonia entre sujeito e cultura em favor de uma nova abordagem, que situa o mal-estar como condição estrutural em qualquer forma de organização social. Nesse contexto, a emergência teórica do estado de desamparo assume centralidade a partir da metade final da obra freudiana e se associa a textos como *Além do princípio do prazer* e *O mal-estar na cultura*. Com estas obras, a dimensão de conflito marca do pensamento psicanalítico, deixa de se referir apenas à regulação sexual, e a construção intelectual de Freud adquire tons e cores sombrias, com profundas transformações na malha conceitual e na ambição terapêutica em comparação aos períodos precedentes da psicanálise. Nesta reordenação ganham destaque a agressividade, a angústia e a violência, embora, segundo Herzog (2009), esta última, enquanto fenômeno, não teve estatuto conceitual, aparecendo articulada ao conjunto da metapsicologia.

A relevância do conceito de desamparo (*hilflosigkeit*) foi se fazendo progressivamente no campo psicanalítico para descrever esta experiência como constituinte da existência de qualquer humano. Freud a descreve pela primeira vez em 1895, no *Projeto para uma psicologia científica* (1885/1996), ao falar sobre a *experiência de satisfação*. Segundo ele, o organismo humano não possui uma condição inata de autossuficiência, sendo vital a presença e a ação específica de um adulto que garanta a sobrevivência do recém-nascido, fato que decreta a perda definitiva da natureza humana em seu estado “puro”.

O conjunto metapsicológico psicanalítico inscreve o desamparo como permanente na dinâmica psíquica, não sendo um momento inaugural superável pela aquisição de habilidades motoras e cognitivas. Esta experiência torna-se o protótipo da dependência estrutural em que todo ser humano se encontra em relação ao semelhante. Assim, a subjetividade se constitui inexoravelmente em relação à alteridade, o que implica, em contrapartida, a impossibilidade de se projetar um sujeito auto referenciado. Decreta-se que, na perspectiva psicanalítica, o *eu* é uma unidade psíquica de estrutura ficcional, cujos contornos vão se delimitando desde o princípio da vida num circuito de investimentos e trocas com o outro/Outro, que oferece e intercambia traços identificatórios.

Dito de outra forma, o circuito pulsional, ou seja, aquilo que move o sujeito e sustenta a vida, implica sempre uma ligação e endereçamento ao Outro, enquanto instância e estrutura que oferece alguma garantia. Com isso, o desejo do outro se constitui como motor que inscreve, demarca, subjetiva e dinamiza os circuitos pulsionais, mediado pelos códigos simbólicos de uma determinada cultura, que forjam um lugar para o sujeito no desejo do Outro em um mundo feito de linguagem (KEHL, 2002).

No contexto das mudanças feitas a partir de 1920, com a introdução da concepção de pulsão de morte, Freud vai aproximar o desamparo aos conceitos de angústia e trauma. Após identificar que não seria mais possível sustentar o domínio do princípio do prazer no funcionamento psíquico, considerando que parte significativa dos processos mentais contradizem este pertencimento, foi preciso proceder a uma reformulação, que aparece em seu artigo *Além do princípio do prazer* (1920/1996). Coube a Freud a tarefa de explicitar os fenômenos de que se valeu para esta mudança: repetição de sonhos traumáticos, evidência clínica da compulsão à repetição de fatos desprovidos de qualquer forma de satisfação, reação terapêutica negativa e a brincadeira infantil do *fort-da*. Mantendo-se fiel ao paradigma representacional do trabalho psíquico, alcançado através de uma série de destinos possíveis à dispersão pulsional (satisfação, recalque, inversão, sublimação), Freud admite e reconhece a vigência de um *quantum* pulsional em sua face destrutiva e inacessível à captura significativa. Nesse sentido, o desamparo deixa de ser uma categoria que serve para tipificar um estado de

vulnerabilidade orgânica e passa a designar a vivência dos limites da capacidade de simbolização frente a algum tipo de excitação, que acarreta a sensação de perigo e ameaça.

De acordo com Costa (2019), esta virada da teoria freudiana foi determinada pelo contexto da primeira guerra mundial, que repercutiu na posição paradigmática da interpretação dos sonhos. Para a autora: “a guerra, como um ensaio social da pulsão de morte, desloca a disjunção entre saber/verdade para o campo das pulsões” (p. 21), em especial para a pulsão de morte, um tipo de mecanismo operando “além do princípio do prazer”, alheio aos processos psíquicos, inacessível à representação e com autonomia frente às regulações normativas.

De maneira geral, o estado de desamparo se oferece como protótipo útil, clínica e teoricamente, para elucidar as consequências do encontro do sujeito com o real dos acontecimentos de natureza traumática. Esta visão é retomada por Freud na Conferência XXXII, *Ansiedade e vida instintual* (1933/1996), ao vincular o viés traumático à experiência de angústia, cujo caráter excessivo e disruptivo confronta o limite de elaboração do aparelho psíquico frente ao mal-estar. Exposto a estas situações, o sujeito se percebe vulnerável e afetado por um sofrimento desmedido, à espera da intervenção de um outro que funcione como elo de retomada da função subjetivante.

Seguindo esta lógica, não restam dúvidas de que a realidade atual fornece, regularmente, uma sucessão de fatos traumáticos com os quais podemos vincular o irrepresentável ao estado de desamparo: eventos individuais (abuso sexual e violência urbana), de âmbito local (incêndios como o da Boate Kiss), regional (rompimento de barragens em Mariana e Brumadinho, MG), nacional (crise econômica), intercontinental (processos migratórios) e planetário (pandemia do COVID-19 e crise climática). Muitos destes acontecimentos expõem um sujeito, uma comunidade ou mesmo a humanidade face à morte e confrontam a potência de elaboração do simbólico como ferramenta para circunscrever os efeitos tanáticos da exposição ao real.

Nessa direção, Soler (2004) argumenta que desastres e ações violentas de massa produzem um “buraco no discurso”, resultando no abalo da confiança nas estruturas simbólicas compartilhadas na cultura, as quais, na forma de artifícios civilizatórios, surgem com o propósito de evitar sofrimento. Expostos ao horror, as pessoas buscam pelo sentido, mais do que pelas causas do desastre. Estas logo aparecem, mas as respostas não acalmam. Segue-se pela busca de sentido, sem se importar com o nome que o Outro (inconsciente, religião, ciência, acaso) pode assumir nesta trama, visto que o pacto simbólico do neurótico pressupõe a crença na existência de algo que o sustenta. É muito difícil ao ser falante não ser crente em algo, o que faz com que o encontro com o real seja revestido algum tipo de intencionalidade, embora a busca por essa intencionalidade se depare com o limite do discurso

e sua insuficiência para apreender o acontecimento. Para a autora, o sujeito contemporâneo estaria cada vez mais desprovido diante das surpresas do real, estando mais traumatizável do que nunca em decorrência da inconsistência do Outro. Assim, o caráter imprevisível, intenso e incontrolável que acompanha uma experiência traumática repercute na relação que cada sujeito estabelece com o Outro, vacilando a solidez da fantasia que se constitui como defesa para o enigma desse Outro e que outorga, a cada sujeito, um lugar singular no laço social.

Nesse cenário, os impasses da vida sexual se secundarizam (sem desaparecer), o que se soma ao abandono de Freud de sua convicção no progresso como promotor da harmonia na comunidade humana – é o momento em que a questão do desamparo e da morte entram em cena, subsidiados por uma nova concepção de dualismo pulsional. Paradoxalmente, e a despeito do caráter de resistência à representação que a pulsão comporta, será o próprio registro simbólico o instrumento de elaboração de bordas significantes para a pulsão de morte.

Com efeito, o repertório simbólico e material concebido pela humanidade testemunha os esforços de aberturas possíveis à vida, a despeito das privações e dos limites que o primado da pulsão de morte impõe. Em termos freudianos, o limite ao desejo e a perda incontornável do objeto não condenam o sujeito à infelicidade. A consequência disso é que a constatação da impossibilidade radical da superação deste estado de desamparo, por meio de qualquer mecanismo que seja, vai operar, paradoxalmente, como motor que impulsiona construções culturais como soluções para tratar o mal-estar. Na tradução freudiana, isso aponta para o fato de que é possível escapar da miséria neurótica, mas não da infelicidade comum⁵.

Indiscutivelmente, o cenário atual expõe uma conjuntura que reconhece a intrusão da violência como um novo índice para o traumático, como uma nova forma de manifestação do real, consolidando-se como uma nova categoria clínica para o sofrimento (SOTELO, 2015), cujas consequências psíquicas não podem ser presumidas de forma generalizada. Nesse sentido, Laurent (2014) defende a tese da proliferação e generalização da clínica do trauma na atualidade, pela extensão que esta adquiriu nas classificações psiquiátricas (DSM e CID) e no senso comum. No artigo *Filhos do trauma*, o autor justifica que este fenômeno encontra apoio na crescente onda de insegurança social que assola os países do mundo ocidental, com os

⁵ O relato a seguir encerra o livro *Estudos sobre a histeria* (BREUER; FREUD, 1895) e traduz um fragmento do diálogo de Freud com uma paciente, que o interroga sobre como o método poderia lhe ajudar: "Não duvido de que, para o Destino, deveria ser mais fácil do que para mim (remediar seu sofrimento); mas a senhora convencer-se-á de que muito se terá aproveitado se conseguirmos mudar sua miséria histérica em uma infelicidade comum. Contra esta última, poderá a senhora melhor se defender com uma vida psíquica restabelecida." (FREUD, 1895/1996, p. 363) Sobre a "infelicidade comum", podemos aproximá-la da noção de *desejo* em psicanálise, condição subjetiva à qual todo o sujeito está submetido por força do próprio processo de subjetivação, e que o afasta irremediavelmente do objeto de satisfação. Mais que sofrimento, tal impossibilidade intervém como o estímulo que move o motor da existência.

deslocamentos migratórios, os riscos terroristas, a exposição à violência e o desmantelamento dos sistemas de proteção social. Estes fenômenos, de cunho sociológico, desdobram-se subjetiva e clinicamente e vão ser recolhidos e categorizados pelo discurso científico, a quem nos dirigimos para o esclarecimento daquilo que se mostra fora do lugar. É desde este ponto que o autor afirma que o discurso da ciência se sustenta pela descrição programada do mundo, dos acontecimentos e de cada um de nós. Sendo assim, tudo aquilo que escapa à descrição programada do mundo configuraria “trauma”, classificação que, segundo ele, imporá ênfase desmedida ao evento, minimizando ou mesmo excluindo a subjetividade como fator participativo. Dessa forma, trauma e desamparo vão se constituindo como novos significantes mestres do nosso laço social, o qual atualiza discursivamente as manifestações agressivas e destrutivas da pulsão de morte que habita o humano.

Estas formas de apresentação do sofrimento psíquico descrevem uma realidade aproximada de parte significativa das demandas endereçadas aos serviços de atenção psicossocial em nosso país, especificando uma distinção entre os segmentos de usuários com transtornos mentais graves e contínuo que impulsionaram as iniciativas da RPB e no mundo. É preciso dizer que as diferentes expressões da loucura e as manifestações do mal-estar que dizem respeito à sexualidade permanecem vigentes, afinal, não há, estruturalmente, nenhum objeto que satisfaça a pulsão ou que estabeleça uma harmonia permanente entre sujeito e cultura. Contudo, do ponto de vista da neurose, o sofrimento se mostra cada vez menos referido a um conflito que se desdobra intimamente sob o efeito do recalque da pulsão sexual. Além disso, nos dias de hoje, a presença de práticas sexuais na *pólis*, as quais, sem serem dominantes no campo social, autorizam o desejo subjetivo, indica que o campo conflitivo se dá menos “internamente”, sob efeito superegóico, e mais externamente, na dimensão política em relação aos discursos que recusam à diferença.

Nessa direção, a problemática sexual segue permeada por tentativas de regulação restritiva, mas é possível identificarmos anteparos teóricos inéditos de novas retóricas para a questão de gênero, a partir dos anos 1950 e 1960, que oferecem “bordas até então inexistentes” (BIRMAN, 2018, p. 138/139) para o campo sexual. Dito de outra forma, o processo de desconstrução, instituído no campo sexual principalmente através do movimento feminista e LGBTQ+, resultou no reconhecimento, na aceitação e na pacificação do sujeito em relação ao seu desejo. O levantamento da repressão social desnudou o viés assimétrico que modulava as relações entre os gêneros, suscitando modos de resistência, elaboração e dissipação de conflitos que hoje se evidenciam mais na ordem política do que no âmbito individual. Em nosso país, esse movimento toma corpo na luta pela desmontagem simbólica e concreta das

tecnologias de exclusão e violência infligida às mulheres, à comunidade LGBTQ+, além da questão racial.

Estas premissas foram recolhidas com o propósito de sugerir que a histeria, à época do surgimento da psicanálise, prenunciava uma “crise” no laço social, que se fazia aparecer pelo sofrimento neurótico e pela referência ao sexual. Em nosso tempo, a crise que emerge e convoca os diferentes campos de estudo e práticas, inclusive a atenção psicossocial, aproxima-se cada vez mais do registro da violência, do trauma e do desamparo, sejam eles físicos ou simbólicos, diretos ou indiretos, nas diferentes formas, intensidades e lugares em que se manifestam: loucura, suicídio, racismo, desastres, imigração, pandemia, solidão, desemprego, desigualdades sócias, violência de gênero. Frente a isso, entendemos que, na contemporaneidade, designada em algum momento de pós-modernidade, as modalidades de sofrimento relativas ao desamparo se impõem como categoria privilegiada de representação do mal-estar freudiano, em detrimento da dimensão sexual.

3.4 SINCRETISMO TERAPÊUTICO: O APELO À RELIGIÃO E À CIÊNCIA

Um homem de 32 anos, separado há poucos meses e com um filho de cinco anos, chega ao Acolhe Saúde em companhia da mãe. Bacharel em filosofia, recentemente desempregado, havia feito duas tentativas de enforcamento e, na segunda vez, foi levado ao hospital e de lá encaminhado ao serviço. Está num processo recente de separação depois de 16 anos de relacionamento e foi denunciado pela ex-companheira, que solicitou medida protetiva. Foi afastado de casa e está morando com a mãe, que relata que o mesmo passa a noite acordado e que teme que ele possa se matar. Sobre isso, durante a entrevista de acolhimento, o paciente descreveu que estava em queda livre. Algumas sessões depois, recuperou esta fala e disse que segue em queda, não livre, mas que não poderia garantir nada. Relata que cursou algumas disciplinas de psicologia e que gostava de Jung. Descreveu a vida como um continuum de sofrimento, mencionando vários sinais que confirmariam que este seria o seu destino, do qual a morte seria a saída. Fala da sua indignação com a realidade e afirma não acreditar mais em utopias, embora tenha alguns autores que gosta de ler. Sente interesse por coisas de natureza mística e, apesar de ter restrições à escuta psicanalítica, disse no final que poderia mudar de ideia. Na consulta psiquiátrica, mencionou uso de álcool e maconha e, por essa razão, foi encaminhado ao CAPS ad. Em discussão clínica, esta decisão foi revista e o paciente seguiu no Acolhe. A assistente social compôs o projeto terapêutico vinculado à pauta das visitas ao filho e das repercussões judiciais. Além disso, incluiu banho de sal grosso, que ele fazia sozinho, sem contar para ninguém.

Dentre vários temas desenvolvidos para delinear a discussão sobre o mal-estar, Freud aborda a função da religião na comunidade humana em *O futuro de uma ilusão* (1927/1996). Neste artigo, discorre sobre a origem psíquica das ideias religiosas que se fazem presentes desde sempre em qualquer registro da civilização. Tributário do espírito científico que o formou, Freud orienta sua interpretação a partir de uma abordagem antropológica e o sentimento religioso é descrito como “ilusão”. Identificada como estando presente desde os tempos primevos, a religião seria uma construção da cultura de caráter compensatório e para consolo diante da finitude e da impotência humana. O argumento define que as necessidades de cunho religioso seriam derivadas do estado de desamparo infantil, ao qual todo o ser humano é submetido em momentos iniciais da vida, e que é neutralizado pela identificação dos pais como fonte de segurança. Dentro desta perspectiva, Freud não hesita em definir a religião como uma neurose universal (*ibid.*).

O tom crítico deste ensaio, datado de 1927, permanece, mas em *O mal-estar na cultura*, a reflexão ganha contornos menos críticos, revelando o desencanto de Freud com as expectativas de substituição da religião pela ciência. N’*O mal-estar*, a definição de religião não se altera significativamente, mas ela agora ocupa a mesma série de dispositivos culturais de amparo social para fazer frente à angústia e ao sofrimento. Freud (1930/1996) reconhece a dificuldade do abandono deste sentimento por parte da comunidade humana, visto que, embora a ideia religiosa seja a menos fundamentada, ela seria, ao mesmo tempo, a mais sólida no pacto social, ao forjar uma verdade transcendental sobre o desamparo. Na contramão da ciência, a religião afirma o “sentido”, oferecendo respostas aos desejos, aos enigmas e às dúvidas que, sendo insolúveis, atravessam os tempos e as gerações. Nessa lógica, a religião seria um engenhoso mecanismo de produção de sentido que cumpre sua função de dispor discursos aos sujeitos. Tal premissa tornaria o apego humano à religião mais compreensível, de maneira que o termo “ilusão” assume, desde então, o modelo de “fantasia”, retirando o viés de primitivismo emocional que a qualificava até então.

Distintamente da religião, a ciência não dispõe de verdades absolutas e transcendentais, permanecendo sob efeito de acontecimentos e achados vindouros. Apesar disso, nenhum pensamento lúcido tem dúvidas de que a ciência se constitui como um dos mais altos êxitos da atividade sublimatória humana (BAUMAN; DESSAL, 2017). Contudo, é digno de preocupação quando a ciência ou, mais especificamente, o acontecimento histórico da técnica moderna associada ao capitalismo, se imiscui e invade o terreno da subjetividade, destruindo o capital simbólico e colocando em suspensão a eficácia da operação simbólica. De acordo com o autor, o advento do discurso da ciência e sua oferta de objetos incidiram drasticamente nos processos de subjetivação e da organização social, marcados pelas promessas de felicidade

que os mesmos portam. Esse movimento engendraria o esvaziamento do capital simbólico, o que, por sua vez, desautoriza o sujeito a buscar em sua história e em sua vida os apoios necessários à travessia da existência. Frente ao desamparo atualizado em alguma contingência da vida, lhe é ofertado um objeto concreto ou uma narrativa exterior ao sujeito para a elucidação do quadro.

Segundo Lebrun (2010), as modificações introduzidas no social por intermédio do discurso da ciência forçam o sujeito a buscar no *logos* as condições de sustentação daquilo que lhe ocorre. Neste modelo, o ser humano coloca-se em relação ao vazio de sentido, afetado pela redução do estoque de saberes transmitidos, incluindo valores estéticos, morais e religiosos (SOLER, 2012). Nessa linha, Bauman (1998) comenta que redes de segurança tecidas e sustentadas individualmente ou, numa segunda linha de trincheira, oferecidas pela família e pela vizinhança, se não se desintegram, ao menos se enfraquecem. Dito de outra forma, o sujeito deixa de contar com o suporte narrativo que constitui a materialidade simbólica e passa a depender exclusivamente de si para produzir o amparo necessário ou, em último caso, recorrer a um objeto alheio à realidade subjetiva.

O arrazoado de inspiração iluminista de Freud previa o declínio de expressões religiosas com o progressivo avanço da ciência no interior da comunidade humana, organizada em torno de instituições de natureza secular, como o Estado. Esta projeção, porém, não se concretizou, e o que vemos ainda hoje é a permanência e convivência destes dois registros, inclusive no campo da saúde mental.

Para Lacan (1960-1974/2005), apesar de opostas entre si, ciência e religião apresentam uma relação dialética em que os limites de cada uma retroalimentam a outra. No artigo *O triunfo da religião*, ele profetiza o êxito do discurso religioso que, mesmo acuado pelo avanço e desvelamento do mundo pela ciência, não sucumbiria. Esta interpretação leva em conta que os incontestáveis benefícios materiais que desfrutamos estão desprovidos de sentido e carecem de efetiva assimilação por parte do sujeito, quer dizer, fracassam na tentativa de fazer Um (que seria o equivalente da felicidade). Como consequência, o sujeito será empurrado a buscar apoio, de forma permanente ou ocasionalmente, em alguma espécie de código religioso (espiritual) que forneça bordas significantes ao mesmo, tal como observamos nas situações de crises individuais ou coletivas nas quais se endereçam apelos de escora e proteção projetados na figura de uma liderança ou na referência religiosa/espiritual.

Contemporaneamente, esta crença se localiza predominantemente no discurso científico, que organiza e propõe formas de ser e de pensar como, por exemplo, em ocasiões de adoecimento pessoal ou familiar ou em situações críticas como a pandemia, em que sobressai a confiança nos métodos científicos. O apelo religioso se secundariza para o

protagonismo dos cientistas, explicitando a transformação e o reposicionamento da função religião. Contudo, o grau de indeterminação de qualquer fenômeno abre brechas para a retomada das narrativas espirituais que, em nosso país, não respondem à hegemonia de um único sistema de crença.

Segundo Lacan (*ibid.*), o fato da religião ser uma categoria fundada pela autorização da criação de sentido para toda e qualquer coisa, da mais lógica à mais inverossímil, da mais banal à mais terrível, concede-lhe respaldo para, no limite, desprezar a racionalidade. A despeito da pluralização das formas religiosas, a fé, compartilhada ou individual, enquanto salvaguarda de sentido e de consolo à solidão, se manteria como triunfo do aparato religioso. Esta realidade se confirma pelo acolhimento de portas abertas das instituições religiosas neopentecostais, como uma espécie de pronto-socorro “espiritual” na crise.

Nessa direção, as práticas de cura têm assumido, cada vez mais, uma composição sincrética. Para o sujeito em crise, ciência e religião (fé) coexistem e convivem sem conflitos e contradições, mescla de postulados e princípios contraditórios que se equivalem. Esta conformação caleidoscópica ganha maior relevo no campo da saúde mental, cujo *modus operandi* deixa em aberto um grau de indeterminação relativo à origem e ao tratamento da experiência de sofrimento. Nesta conjuntura de imprecisões estruturais, associada à queda das narrativas universais, acompanhamos o advento de um fenômeno que se caracteriza por descrever o modo particular com que cada sujeito inventa e compõe o seu modo de tratamento, no qual inclui ou exclui componentes conforme os valores que o sujeito e sua cultura atribuem. Esta composição é sempre provisória, com elementos novos combinando com outros tradicionais. Nomeamos esta realidade de “sincretismo terapêutico”, para descrever a configuração que resulta do ato de escolha que o sujeito exerce para seguir, desmontar, incluir ou interromper a relação com os dispositivos de cura e de vida disponíveis na sua cultura.

Deste modo, verificamos que o projeto terapêutico (PTS) é cada vez mais singular, não apenas porque é construído para cada paciente em função da sua demanda e do que o serviço e a rede têm disponível. A atribuição do sincretismo ao PTS sinaliza o caráter híbrido, vivo, provisório e por vezes contraditório que inclui elementos que estão fora das combinações realizadas com a equipe. Frente ao desamparo e à urgência que a angústia impõe, o sujeito se desobriga da fidelidade a qualquer filiação epistemológica, lançando mão daquilo que lhe pareça como proteção ao desamparo. Esta decisão carrega um saber que é do próprio sujeito, aprendido nas escolhas, perdas, dificuldades e êxitos que teve, demonstrando um protagonismo necessário e intransferível.

Especificamente no campo da saúde mental, esta é uma realidade comum entre os usuários e demarca a especificidade dos atuais tratamentos em saúde mental pela

ultrapassagem das fronteiras e prescrições formais que constituem a atenção psicossocial. O cuidado à crise, assim como qualquer cuidado na saúde mental, é uma prática customizada que inclui as escolhas do sujeito em mediação com a dos serviços: CAPS, medicação psiquiátrica, escuta, terreiros de candomblé, ioga, uso de remédios alternativos, chás, sessões espíritas, missa ou culto, internação e outros tantos métodos. Dessa forma, configuramos que o acolhimento à crise também pressupõe que a equipe esteja atenta e porosa à diversidade social, cultural, racial e étnica que marca a realidade brasileira.

4. A VIDA EM MOVIMENTO: OS LITORAIS DA MODERNIDADE LÍQUIDA

Dentre os pensadores que se ocuparam de pensar a contemporaneidade, destacamos o sociólogo polonês Zygmunt Bauman. Sua obra contempla o nascimento e a complexidade da modernidade, além de contextualizar o surgimento da noção de pós-modernidade e sua transição para a *modernidade líquida*, a partir das categorias de *sólido* e *líquido*. A versão concebida pelo autor oferece significantes capazes de seriar elementos incluídos na diversidade de experiências que se vinculam à crise na atualidade: desamparo, impermanência, solidão, ruptura, insegurança, angústia, identidade, fluxos migratórios. O viés conservador e, por vezes, pessimista que seu pensamento suscita, em alguns momentos, não parece suficiente para que recusemos suas reflexões, sustentadas em bases sólidas e coerentes, tanto do ponto de vista das ciências sociais e da filosofia quanto do diálogo que estabelece com o paradigma freudiano do mal-estar. Quando questionado, comentou:

Não me considero um pessimista. Se eu fosse, por que escreveria? Mas também não sou um otimista. Quem são os otimistas? As pessoas que acham que o nosso é o melhor dos mundos. E os pessimistas? Pessoas que suspeitam que os otimistas talvez estejam certos. Existe, porém, uma terceira atitude possível: a da esperança, da confiança na capacidade que o ser humano tem de ser sensato e digno. Acredito que o mundo que habitamos pode ser melhor que hoje; e podemos fazer com que ele seja mais "amigável", mais hospitaleiro, para a dignidade humana. Franz Kafka expressou aquilo em que acredito de uma forma muito melhor do que eu seria capaz de fazer: "Se você não achar nada nos corredores, abra as portas. Se você achar que nada há além dessas portas, há outros andares. E, se você não achar nada ali, não se preocupe, suba outro lance de escada. Enquanto você não parar de subir, as escadas não terminarão sob seus pés, elas continuarão a crescer sempre (BAUMAN, 2010, p. 81).

Polonês, de origem judia e família pobre, Bauman (1925-2017) migra com 14 anos para a União Soviética para escapar da invasão nazista. Em território soviético, entra para o exército polonês, militando em favor da implantação socialista em seu país. Com o fim da guerra, retorna ao solo pátrio e ingressa na Universidade de Varsóvia para estudar sociologia, campo de conhecimento privilegiado da sua carreira. Consequência de uma formação com diferentes visões de mundo (*Weltanschauungen*), sua escrita se mostra avessa à dominação teórica do tipo eclesiástico (BAUMAN, 2011, p. 32), explicitando que a sociologia só faz

sentido se estiver ligada à agenda pública do mundo atual e menos afeita à rigidez protocolar que a ciência pode adquirir em alguns contextos.

Esta perspectiva ética é consoante com a posição de Boaventura de Sousa Santos⁶ (2020), para quem os debates culturais, políticos e ideológicos que se desenrolam nos dias de hoje guardam um distanciamento problemático e inquietante com o dia a dia dos cidadãos comuns. De maneira contundente, o pensador português denuncia e critica a demissão da política de sua função mediadora das aspirações da população. Santos (2020) confronta os intelectuais que, assim como os políticos, perdem-se em desvios ideológicos e não conseguem ir além de proferir diagnósticos sobre o mundo, mas não com o mundo. Para o autor, o resultado é o cidadão comum ficar à mercê de políticos e religiosos conservadores, que apostam no radicalismo para explicitar suposta familiaridade com os dramas de cada um. Para se contrapor a essa tendência perigosa, reivindica que os intelectuais deixem de ser de vanguarda para serem de retaguarda, ou seja, que estejam de fato sensíveis às aspirações do sujeito comum.

Voltando a Bauman, não resta dúvida que a posição que este assume o aproxima do lugar de um intelectual de retaguarda. Para Pinto de Abreu (2012), a postura investigativa de sociólogo polonês é uma escolha política consciente e estratégica, em defesa da aproximação do modo de pensar e fazer ciência ao senso comum, apesar do conflito com o *modus operandi* da ciência moderna, regulado pelo axioma epistemológico de verdade universal. Segundo Pallares-Burke (2004), os textos do autor não fazem uso de abstrações e análises estatísticas, emergindo indissociável do dia a dia das pessoas, das relações, das cidades e das nações, passeando por temas que vão das redes sociais à imigração, do consumo às relações afetivas, do medo e do desamparo à segurança, do capitalismo à democracia.

Apesar do início da produção intelectual de Bauman datar da década de 1950, será a partir do final dos anos 80 – com a discussão sobre pós-modernidade e, mais tarde, com a formulação do conceito de liquidez, convertido em eixo estruturante do seu pensamento – que seu percurso ganhará relevância no debate mundial sobre a modernidade e as novas formas subjetivas e sociais de inscrição do mal-estar.

Nessa medida, Bauman distingue e defende sua sociologia da modernidade líquida da confusão com o termo pós-modernidade, que se prestava, equivocadamente, como um qualificativo ideológico para afirmar a superação de uma era, conclusão com a qual nenhum pensador podia concordar.

⁶ SANTOS, B.S. *A trágica transparência do vírus (por Boaventura da Sousa Santos)*. Sul 21, 2020. Disponível em: www.sul21.com.br/opiniaopublica/2020/04/a-tragica-transparencia-do-virus-por-boaventura-de-sousa-santos. Acesso em: 13 fev. 2020.

O olhar sociológico interpretativo de Bauman assinala que a capacidade de mudança inerente à humanidade, notabilizada na primeira fase da modernidade, ganha uma velocidade sem precedentes no período pós-segunda guerra mundial. De acordo com ele, a modernidade foi forjada “e viveu num estado de permanente guerra à tradição, legitimada pelo anseio de coletivizar o destino humano num plano mais alto e novo” (BAUMAN, 1998, p. 26), substituindo a velha ordem por outra nova e melhor. Entretanto, a efetivação destes novos ideais impacta o caráter sólido de algumas das estruturas simbólicas (família, Estado), pontos de ancoragem do funcionamento social e dos processos de subjetivação, que começam a perder consistência e a se liquefazer.

Com o livro *Modernidade Líquida*, publicado em 2001, Bauman coletiviza a metáfora líquida para explicitar seu pensamento, e ganha lugar de destaque no mundo como ferramenta para explicitar o *modus operandi* e o *modus vivendi* deste tempo:

[...] os líquidos, diferentemente dos sólidos, não mantêm sua forma com facilidade. Os fluídos, por assim dizer, não fixam o espaço nem prendem o tempo. Enquanto os sólidos, não têm dimensões espaciais claras, mas neutralizam o impacto e, portanto, diminuem a significação do tempo (resistem efetivamente a seu fluxo ou o tornam irrelevante), os fluidos não se atêm muito a qualquer forma ou estão constantemente prontos (e propensos) a mudá-la. [...] Os líquidos se movem facilmente. Eles fluem, escorrem, esvaem-se, respingam, transbordam, vazam, inundam, borrifam, pingam, são filtrados, destilados... A extraordinária mobilidade dos fluidos é o que os associa à ideia de leveza. [...] Essas são as razões para considerar fluidez ou liquidez como metáforas adequadas quando queremos captar a natureza da presente fase, nova de muitas maneiras, na história da modernidade (BAUMAN, 2001, p. 8-9).

Desvencilhados da tradição, livres e incitados a criar o mundo a seu modo, os sujeitos assumem uma perspectiva crescente de individualidade e auto-centramento perante ao que os rodeia. O significante líquido vai funcionar como recurso para “depurar o real de um mundo que ficou desprovido de toda estrutura narrativa, e no qual todo sujeito deve reinventar sua teogonia pessoal” (BAUMAN; DESSAL, 2017, p. 10), correndo o risco de ser jogado ao desterro, para uma zona do mundo em que a indiferença e a desumanidade se mostram como formas de normatização. Levado ao extremo, o líquido pode ser pensado como uma força coercitiva que atua na desmontagem simbólica da percepção de continuidade entre passado, presente e futuro.

Embora a maioria das análises do autor estejam associadas aos impasses do projeto moderno no contexto europeu (holocausto, imigração, solidão, individualismo), seus questionamentos são suficientemente potentes para serem estendidos à sociedade ocidental do modelo capitalista, na qual estamos inseridos, cujo mantra, diz ele, insiste em apregoar soluções individuais para problemas produzidos socialmente e sofridos individualmente:

[...] vivemos em tempos de desregulamentação, de descentralização, de individualização, em que se assiste ao fim da Política com P maiúsculo e ao surgimento

da "política da vida", ou seja, que assume que eu, você e todo o mundo deve encontrar soluções biográficas para problemas históricos, respostas individuais para problemas sociais. Nós, indivíduos, homens e mulheres na sociedade, fomos portanto, de modo geral, abandonados aos nossos próprios recursos (PALLARES-BURKE, 2004, p. 308-309).

No livro *Tempos Líquidos* (2007), o autor deixa evidente a crítica sobre o desmantelamento das defesas contra os temores existenciais dos mais vulneráveis, defesas construídas e mantidas pelo Estado devido às pressões do mercado. Segundo ele, a responsabilidade em solucionar os dilemas vividos é jogada sobre os ombros dos indivíduos, que se julgam inteiramente responsáveis pelos seus fracassos. Nesta linha de raciocínio, Bauman (2007) denuncia que os laços inter-humanos que teciam uma rede de proteção e segurança, para os quais era digno o investimento de tempo e esforço, transformaram-se em modos frágeis e temporários de cuidado em um ambiente de incertezas no espaço social. Assim como tantas outras coisas, a utopia foi privatizada e não diz mais sobre uma sociedade melhor, mas sobre indivíduos melhores ocupados em cuidar de si e dos seus. A vida se converteu, fundamentalmente, em um projeto individual orientado por escolhas cada vez mais distantes do interesse em participar e interferir na vida pública, frente a qual, seduzido pelo discurso da meritocracia, o sujeito se mostra indiferente (*ibid.*).

Para Bauman (*ibid.*), o estilo e o ritmo das transformações foram impulsionados a partir da segunda metade do século XX, com a transição da sociedade de produção para a sociedade de consumo, gerando as condições para a liquidez da vida e impedindo a consolidação de hábitos, rotinas e formas de agir que caracterizavam as comunidades tradicionais. Desde então, acompanhamos a passagem do cidadão de direitos, inserido em estruturas coletivas de solidariedade, para uma nova cena em que o indivíduo é protagonista de relações permeadas pela competição e pelo consumo.

Os argumentos de Bauman (1998) repercutem o desmantelamento progressivo das instituições e dos serviços destinados ao bem-estar coletivo no contexto do Estado de bem-estar social. Observada inclusive em nosso país, esta manobra de desmantelamento arremessa os excluídos para fora e os torna invisíveis, mantendo-os tangíveis nos campos de exclusão. Para Bauman, (*ibid.*), a redução da liberdade dos excluídos nada acrescenta à liberdade dos "livres", diminuindo uma boa parte da sensação de liberdade e da própria capacidade de se deleitar com esta condição. Para ele, na passagem da modernidade à pós-modernidade, saem de cena os loucos, substituídos pelos excluídos do consumo, os novos impuros, imigrantes e moradores de rua, consumidores que falham no jogo do consumo, incapazes de responder ao mercado.

Entretanto, como nem sempre as coisas andam como se espera, o delírio de autonomia conduz o sujeito a experiências moduladas pela solidão e pelo ressentimento. Nesta lógica, as redes sociais seriam, para Bauman (2003), a expressão de como as relações se processam na modernidade líquida, na medida em que este campo virtual favorece a vigência do efêmero e do instável, respaldados por um modo de operação em que é possível fazer e desfazer ligações (conexões/desconexões) sem o enfrentamento da complexidade que envolve as relações humanas, como, por exemplo, as que tratam do vínculo amoroso. Neste caso, para além de um ideal de relacionamento que se prolonga eternamente, a liquidez dos vínculos sugere o incremento da posição de indiferença que o ser humano tem assumido em relação ao semelhante e, ainda mais, com aqueles que são reconhecidos como estranhos. É nesse sentido que a liquidez seria uma das qualidades denotadas na fragilidade dos laços e dos afetos atuais, o que, na visão do autor, estaria em relação de equivalência com a transitoriedade das relações mercantis e dos investimentos financeiros.

De que forma isso colabora com a discussão sobre a abordagem à situação de crise? De certa maneira, é como se as coordenadas atuais concebidas para a vida individual e social contemplassem a impermanência, a instabilidade e a ruptura como constituintes do próprio estatuto da vida. Desde esse ponto de vista, a precariedade emerge como um elemento intrínseco à subjetivação e ao laço social que, a qualquer momento, e por inúmeras determinações, podem ser desestabilizados por diferentes gradações de força e fatores, desde os mais banais, como uma desavença na vizinhança, um conflito no ambiente de trabalho ou um rompimento amoroso, até eventos de maior escala, como acidentes, desastres e epidemias.

A roupagem do mal-estar, em sua versão líquida, registra a fragilização do laço com o semelhante, deixando o sujeito vulnerável à solidão e aos acontecimentos da vida – contingenciais ou não. Com efeito, a ampla liberdade prometida como uma conquista subjetiva e social não se mostra suficiente para proteger o sujeito da angústia e das incertezas que marcam nosso tempo. Assim, ao se desvencilhar dos efeitos deletérios do recalque que marcou o funcionamento social das gerações anteriores, o sujeito se vê interpelado a buscar satisfação e êxito sem mediação de qualquer natureza.

Esta reflexão aparece no livro *O mal-estar na pós-modernidade* (1998), cujo título confessa a influência do ensaio freudiano *O mal-estar na cultura* (1930). Nas páginas iniciais, o texto recupera um dos pressupostos da tese freudiana, sobre a escolha que o sujeito civilizado faz ao aceitar abrir mão de um quinhão de suas possibilidades de felicidade em favor de medidas de proteção, a despeito da rigidez e do autoritarismo, casos exemplificados pelo Estado, Igreja, família.

Afetado pelo circuito que opera no desmonte da garantia simbólica e no esfacelamento das certezas e das verdades unificadoras no plano coletivo, o sujeito é submetido, regularmente, a intensas e frequentes sensações de incerteza e insegurança, minando o terreno onde os modos de vida contemporâneos se realizam. Nesta perspectiva, o autor identifica a multiplicação de indícios de que “cada vez mais gente cederia de bom grado parte da sua liberdade em troca de emancipar-se do aterrador espectro da insegurança existencial” (BAUMAN;DESSAL, 2017, p.19). Por fim, interroga se estaríamos diante de um retorno do pêndulo em favor do incremento da segurança com a contrapartida da redução da liberdade.

Nesta linha de raciocínio, Bauman; Dessal (*ibid.*) lembra que os temores humanos não são novidades na trajetória civilizatória. Não houve, no percurso civilizatório, nenhum momento ou lugar em que a experiência de medo, risco e perigo estivesse ausente ou totalmente controlada. Construimos nossa vida, em grande parte, a partir do terreno simbólico (linguagem), notadamente instável. A própria consciência da morte e a experiência das perdas e adoecimentos interpelam o humano e o obrigam a promover formas de amparo. Com efeito, o progresso teria sido a manifestação mais otimista na luta contra esse desamparo; contudo, reconhece o autor, o jogo teria virado, e o progresso, hoje, é evocado cada vez mais como um projeto sem limites, que traz consigo o risco de fazer com que o mundo se converta num lugar cada vez mais incerto. A modernidade líquida aponta, portanto, para a onipresença do sentimento de incerteza mediando os diferentes laços e vínculos que se promovem.

Ulrich Beck, sociólogo alemão, é outro pensador contemporâneo que assume a incerteza como uma das marcas do nosso tempo. Sua principal e mais conhecida obra é *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade* (2010). Publicado pela primeira vez em 1986, sua escrita introduz uma perspectiva pouco usual no âmbito macro do debate que temos acompanhado. Beck sugere que a mutação social e cultural que vivemos compõe uma nova fase histórica da humanidade e diz respeito à passagem de uma sociedade de classes para uma sociedade de risco. De acordo com o autor, a sociedade industrial clássica, caracterizada pela produção e distribuição (desigual) de riquezas, recompõe-se em uma sociedade (industrial) de risco, na qual a produção dos riscos domina a lógica da produção de bens.

Com seus argumentos, Beck (*ibid.*) busca demonstrar que os benefícios obtidos pelos avanços tecnológicos e científicos, responsáveis por incontáveis benefícios à população e sem comparação com qualquer outro período da história da humanidade, também portam em si consequências inesperadas ou indesejadas. Benefícios e avanços coexistem com os efeitos colaterais e podem ser responsáveis por situações de extrema gravidade, como a escassez de energia, os efeitos na natureza da criação de barragens, a modificação genética de alimentos.

Na visão do autor, a ciência e a mídia seriam duas das principais categorias/poderes a ocupar papel central neste novo paradigma social. Assim, risco e incerteza são interpretados como dimensões forjadas que contam com apoio e respaldo do conhecimento científico. O autor destaca, além disso, que o viés econômico vinculado ao risco é inserido na lógica do mercado como fato promissor de novas oportunidades, fazendo coexistir registros opostos como a produção e o consumo dos riscos. Por fim, embora reconheça que a generalização de riscos seja universal, na medida em que diz respeito à interdependência da dinâmica social, o autor conclui que o custo deste progresso ambíguo se faz distinto: “as riquezas acumulam-se em cima, os riscos em baixo. Assim, os riscos parecem reforçar, e não revogar, a sociedade de classes”, conclui Beck (2010, p. 41). O contexto recente da pandemia da COVID-19 mostra-se exemplar de tal paradigma, na medida em que, se, por um lado, nenhum ser humano está imune ao contágio do vírus (todos estão no mesmo barco), por outro lado, ninguém duvida da desigual distribuição da vulnerabilidade, associada a novos e ruinosos compromissos com formas de violência que são tão futuristas quanto arcaicas (MBEMBE, 2020).

Birman, é outro intelectual que articula psicanálise, cultura e condições sócio-históricas ao processo de subjetivação. O autor argumenta que o sujeito freudiano clássico, tomado pelo conflito entre desejo (pulsão) versus interdição, sai de cena em favor de uma nova montagem de subjetivação e de novas formas e expressões de padecimento. Em substituição ao sofrimento vivido na interioridade e intimidade, Birman (2005) indica uma equação onde o corpo e a ação (exterioridade) tornam-se eixos centrais desta nova cartografia do mal-estar. Este diagnóstico almeja (re)colocar a psicanálise junto à saúde mental e à psiquiatria sobre as modalidades contemporâneas de sofrimento, os dispositivos clínicos e as ambições terapêuticas.

Na sua investigação teórica-clínica, a psicopatologia pós-moderna estaria particularmente centrada em quadros onde se reconhece a pregnância imaginária do ideal de autonomia do sujeito, que expressa “o fracasso do indivíduo em realizar a glorificação do eu e a estetização da existência que está em pauta” (BIRMAN, 2005, p. 168). Apoiado nos conceitos de *sociedade do espetáculo* (Guy Debord) e *cultura do narcisismo* (Christopher Lasch), considera que a configuração subjetiva contemporânea está circunscrita ao domínio da imagem e do olhar, que sustentam uma cena social propícia ao exibicionismo narcísico e ao espetáculo. Com isso, a inflação da imagem instala o presente como temporalidade hegemônica, que se reproduz incessantemente, valorizando a performance e a vivência do excesso, a ponto de dificultar o exercício do pensamento. Nessa linha de raciocínio, a relação do sujeito com o mundo é marcada pela ênfase na ação e no corpo, favorecendo a precarização

do simbólico e criando condições propícias para a emergência da crise como experiência subjetiva.

Pelas formulações expostas acima, a partir da referência a autores diversos, concluímos que há uma narrativa dominante, forjada pelo ponto de vista do pensamento europeu e que se propagou e se naturalizou no mundo ocidental, inclusive nas américas, mas que se pretende universal. Do ponto de vista epistemológico, esta hipótese se embasa, dentre outros aspectos, na perda do lugar estruturante que as tradicionais narrativas universais possuíam, ao inserir o sujeito no laço social a partir de um passado definido e um futuro previsível. Com efeito, o avanço da ciência (razão) em sua versão atual tecnocientífica promove a progressiva desvalorização do registro simbólico em favor do apelo imaginário. Em contrapartida, esta realidade nos permite ver o surgimento de novas formas de funcionamento social, mais horizontalizadas, como alternativas de pertencimento do sujeito no laço social, em especial para minorias políticas como LGBTQ+ e população negra.

5. DE FOUCAULT A MBEMBE: SOBRE POLÍTICAS DE MORTE

A leitura do contemporâneo não pode ser referida apenas a uma chave de interpretação, manobra que aportaria um caráter reducionista ao tema. Se o mérito de Bauman passa pelo traçado minucioso do panorama micro e macrosocial das transformações em curso, extraído da vida cotidiana, parece faltar algo na sua analítica, falta comum à maioria das narrativas eurocêntricas da modernidade.

O curso da obra do filósofo Achille Mbembe introduz um corte no paradigma epistemológico eurocêntrico, desvelando e criticando a parcialidade de seus pressupostos, que impõem categorias e formas de pensar a partir de um modelo universal que as experiências históricas. Seu pensamento atualiza as entranhas das relações que constituíram o projeto europeu de modernidade que se disseminava às custas de outras referências de vida. Para trilhar este caminho, é preciso buscar, inicialmente, a contribuição de Foucault sobre saber e poder, para se entrelaçar no arrazoado argumentativo de Mbembe.

O conjunto das reflexões de Foucault é amplamente conhecido no âmbito das ciências humanas, sociais e jurídicas. Seus textos aportam ferramentas conceituais potentes na problematização da realidade social e política em direção a fronteiras como sexualidade, loucura e poder. Para o interesse desta tese, iremos nos deter na temática do poder, que teve várias abordagens em diferentes tempos e textos, como *O poder psiquiátrico*, *Microfísica do poder* e *Vigiar e punir*.

Para entender como a relação de poder permeia a organização social, Foucault (1975-1999) procede a uma primeira demarcação a partir das diferenças entre os modos de tratar a

vida e a morte que lhe são correlatas. Segundo ele, nos regimes anteriores ao período em que vemos surgir o capitalismo e a democracia, a gestão da vida e da morte era atributo das figuras de autoridade absolutistas. A ordem social funcionava em torno do poder soberano, modalidade que caracterizava as sociedades pré-capitalistas, feudais e absolutistas, nas quais o rei tinha para si a prerrogativa última de decidir acerca da vida e da morte dos seus membros. Em síntese, tratava-se do poder de “deixar viver e fazer morrer”: “O poder era, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (FOUCAULT, 1975-1999, p. 128). Tal elaboração denota que o soberano se colocava como exceção em relação aos súditos, não havendo uma verdadeira preocupação com a gestão da vida, porque os modos de produção e de convívio social eram muito distintos daquele que começa a vigorar com a revolução industrial e o capitalismo.

A partir do século XVIII, o advento e a expansão do capitalismo associado ao nascimento dos regimes democráticos introduzem um novo paradigma social e político de poder, que aponta para uma mudança de perspectiva. O Estado democrático é parte necessária do projeto capitalista, que requer fazer a gestão do corpo do indivíduo por meio de um conjunto de técnicas para garantir as condições produtivas. Diante disso, mudam-se os aparatos de normalização da subjetividade, e a prerrogativa exercida pela autoridade opera por meio de um processo contínuo de controle e vigilância dos corpos, com a internalização de determinados padrões de conduta a torná-los submissos. Na descrição de Machado (1979), a sociabilidade que se instaura a partir da modernidade no contexto capitalista se desloca do Estado para um conjunto de instituições, como escola, quartel, fábricas, hospital, manicômios e prisões, que emergem como espaços para gerir a formação da massa necessária ao contexto crescente. Esta modalidade é concebida como poder disciplinar e está estreitamente vinculada à ascensão do capitalismo inicial, operando em rede como “braços” multiplicados do Estado. De modo distinto à soberania, estratégia exercida e representada por uma única figura (rei/soberano), o exercício do poder disciplinar se faz continuamente, deslocando-se de maneira anônima entre diferentes representantes (FOUCAULT, 1973-1974/2006), que se instalam como fiscalizadores, inclusive no campo da medicina, da psicologia e da educação.

Nesta lógica, ocorre uma mudança em relação à perspectiva do poder soberano, procedendo um investimento direto que se apresenta como positivo ao tomar a vida como alvo de gestão, por intermédio da atomização e maximização da força de trabalho do indivíduo. Nesse sentido, segundo Campos e Castro (2017), o sujeito moderno, que emerge na associação simultânea com o capitalismo, é efeito da estratégia micropolítica disciplinar, que forja sua alma por meio do poder impresso sobre o corpo através de um olhar que o examina

constantemente. Assim concebido, o poder disciplinar, em sua forma ideal, não se personifica em nenhuma pessoa, tampouco tem uma ação repressiva direta, estando atrelado a funções (discursos, instituições ou posições) que se distribuem capilarmente na engrenagem social, configurando uma “modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta seus gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 50).

Nesta perspectiva, Foucault (1979) prevê que o poder se exerce numa rede microfísica que se espraia capilarmente em toda a estrutura social, em articulação com o Estado, não se inscrevendo como um fenômeno isolado imposto unilateralmente. Deste ponto de vista, o poder é movente e se faz valer através de um vasto arsenal de estratégias que se renovam e se instituem nas relações entre pessoas e instituições. Para Foucault (*ibid.*), não se trata de poder enquanto um objeto prévio, mas de relações de poder que se modulam assimetricamente pela incidência de mecanismos disciplinares nos registros da vida humana. Na análise que Birman e Hoffmann (2017) fazem sobre o pensamento foucaultiano, os mesmos ratificam outra posição importante do filósofo francês, a de que não é possível pensar o estatuto de poder sem considerar que este está em relação a uma reação que é suscitada como efeito, quer dizer, todo poder conta com um contra-poder, de forma que ambos estão submetidos ao contexto histórico que se revela pela metamorfose nas tecnologias do seu exercício.

Seguindo a trajetória foucaultiana, reconhecemos um novo desdobramento na sociabilidade moderna, que não teria sido contemplado com a versão disciplinar de poder. Foucault apresenta, no capítulo *Direito de morte e poder sobre a vida*, do livro *História da Sexualidade: a vontade de saber* (1976-1988), a entrada dos fenômenos inerentes à própria vida na ordem do saber e do poder, desvelando um formato de governar a vida que opera pela prerrogativa de fazer viver e deixar morrer, a que irá chamar de *biopolítica*. Para Bert (2013), o poder disciplinar e o *biopoder* seriam dois sistemas complementares, em que o primeiro responde à dimensão anatomopatológica disciplinar do corpo e o segundo contempla os mecanismos regulatórios da *biopolítica*, relativos à população.

Pressionada pela constatação do limite de pensar o poder exclusivamente em termos individuais, a engrenagem capitalista introduz novos componentes para azeitar sua engrenagem, os quais apontam para o horizonte biopolítico. Se a versão disciplinar clássica tinha como alvo o corpo do indivíduo, submetido aos ideais da produção, agora o olhar se dirige a uma espécie de “poder-saber”, que se constitui visando o corpo coletivo. É um modo de exercício que se direciona às grandes populações, tomadas como objeto específico de estudo e intervenção, com vistas a regulamentar e prescrever normatizações em função da necessidade de qualificar e preservar a vida devido à concentração populacional que

acompanhou a ascensão capitalista e a modernização urbana. Amparado em enunciados científicos, instala-se um tipo de poder-saber (biopolítica) que normaliza as formas de vida adequadas, dando lugar instrumental e político a parâmetros estatísticos, como taxas demográficas de natalidade e mortalidade, índices de concepção, condições de salubridade relativos à espécie humana.

Segundo Foucault (1975/1999), a biopolítica é uma espécie de tecnologia que se outorga o direito de intervir nos processos do viver por meio de regulamentações e uso de dados que se espriam no corpo social, com a função de expandir os limites possíveis da vida. Contemporaneamente, destacamos a expansão desta categoria e um uso transgressor vinculado à luta por políticas de afirmação da vida, suscitadas pelo encontro de sujeitos que se percebem afetados entre si e que se insurgem contra a lógica de submissão do corpo e da alma ao poder do Estado ou do mercado. Estamos fazendo referência ao conjunto de movimentos coletivos, de diferentes ordens, que, amparados em dados recenseados, pleiteiam a afirmação de políticas abrangentes de vida, como aquelas ligadas a portadores do HIV/AIDS, população trans, população negra, dentre outras populações vulneráveis. Como podemos concluir, a biopolítica possui um efetivo caráter político que se exerce sobre o cálculo da vida e da morte, e seu uso se presta tanto à submissão à ordem instituída quanto convoca às lutas pela conquista e garantia de direitos fundamentais que acompanhamos nas organizações de coletivos e na ação subjetiva.

Após apresentar os subsídios da posição de Foucault, que, como os demais, toma os autores e a realidade europeia como pontos de ancoragem para suas reflexões, introduziremos a reinterpretação crítica de Mbembe e sua perspectiva decolonial sobre a produção da modernidade, a partir da concepção de *necropolítica*. Em função deste tópico ter surgido num período da escrita desta tese onde muitos elementos estavam encaminhados, seu desdobramento é limitado. Apesar disso, a realidade política e social de nosso país, acuada pelo recrudescimento neoliberal, obriga-nos à tomada de posição sobre acontecimentos que, na atualidade, mostram-se interligados, presos à perturbadora herança colonial de violência racializada que respaldou ações de extermínio para com a população negra e indígena.

Achille Mbembe é um filósofo camaronês de protagonismo ascendente na cena dos autores/as decoloniais por fornecer recursos conceituais e hipóteses que ampliam e abrem novas brechas interpretativas sobre fenômenos importantes na atualidade, como a violência e o racismo. Em seu livro *Crítica da razão negra*, publicado originalmente em 2013 na França e no Brasil em 2018, o autor elabora o conceito de *Negro*, que surge como consequência reflexiva da articulação entre os discursos raciais originados tanto por intelectuais brancos, inseridos no contexto de colonização africana e de escravidão nas américas, quanto pelos

pensadores e ativistas dos movimentos de libertação colonial e antirracistas. A *razão negra* é o significativo político e teórico que serve para ratificar a posição crítica em relação aos discursos hegemônicos sobre a modernidade, os quais excluía ou rebaixavam formas de vida humana distintas do projeto da utopia moderna, que confundia a civilização à Europa.

Para Mbembe (2018a), o panorama mundial, assolado pelo neoliberalismo, é factível de sujeitar boa parte da população mundial à lógica escravocrata, com novos modelos de dominação assegurados por uma versão atualizada do capitalismo, que permanece inseparável da acumulação de capital pela institucionalização de um regime de desigualdade. O autor se serve da história para “propor um estilo de reflexão crítica acerca do mundo do nosso tempo” (p. 21) para abrir e abordar o racismo e os discursos de viés biológico que se perpetuam assentados em estereótipos e violência. Nesse sentido, cria uma linha de continuidade histórica em torno da construção imaginária da figura e do conceito do *Negro* – figura que provoca fascínio e repulsa, cultivada e mantida com o propósito de perpetuar o racismo em nível global através de um conjunto de dispositivos que inclui religião, cultura, economia oriundos do pensamento e da realidade da sociedade europeia. Segundo Mbembe (*ibid.*) não é possível isolar o fenômeno do racismo da condição capitalista que, sistematicamente, desenvolve mecanismos legitimadores para suas práticas de exploração. No quadro neoliberal, faz referência a um “devir-negro do mundo”, destacando e ampliando o que ele considera como um processo de subalternização da humanidade com a expansão das desigualdades em nível mundial.

Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte é o nome do ensaio que torna público o conceito-chave cunhado por Mbembe em 2003. O significativo rapidamente se presta ao léxico filosófico e sociológico contemporâneo para pensar as nuances e especificidades do contexto mundial da atualidade e para se contrapor ao que ele denomina de “discurso filosófico da modernidade”. Se, em Foucault, a biopolítica incidia sobre a dinâmica da vida pelo domínio dos corpos e das vontades, a versão necropolítica convoca e dirige o olhar para as políticas de morte que atravessam as estruturas dos países, em especial daqueles submetidos a algum tipo de colonização, que viveram a escravidão. Nessa linha de raciocínio, Mbembe (2018b) compreende que é a partir do racismo que se formulam políticas de estado que ditam quem deve viver ou morrer, especialmente nos países da periferia do capitalismo, cujas democracias ainda seriam frágeis e nos quais a manifestação da violência seguiria arraigada ao poder soberano.

Para o autor, este conceito alude ao poder que o Estado moderno se outorga de decidir totalitariamente sobre quem pode viver ou quem deve morrer, decisão que elege a categoria dos que importam ao sistema e a daqueles descartáveis, cuja existência não interessa,

invisíveis, que podem ser eliminados ou deixados a morrer. A necropolítica, na ótica de Mbembe (*ibid.*), seria a expressão máxima de soberania, mostrando-se distinta da leitura foucaultiana ao assinalar que o interesse principal deste projeto não busca a autonomia, mas a instrumentalização generalizada da existência humana, com consequência concreta e real sobre corpos e populações.

Para ele, o fenômeno da escravidão qualifica-se como uma das primeiras experimentações biopolíticas, de tal maneira que não é possível proceder a registros e relatos históricos de acontecimentos modernos de horror que a excluam. A condição de escravidão impõe uma tripla perda, argumenta Mbembe (*ibid.*): a perda de um lar, dos direitos sobre o próprio corpo e a retirada forçada do estatuto político, expropriação que lança o sujeito numa posição de alienação que se marca de nascença e que se duplica como morte social.

Além de localizar a necropolítica no contexto da colonização, Mbembe a ilustra em formas renovadas de fazer morrer, como as colônias palestinas sitiadas. Historicamente, do ponto de vista brasileiro, o *necropoder* mostra-se privilegiadamente atuante no segmento negro da população, a qual sofre efeitos sistemáticos da perda de humanidade e dignidade que a levam a ser o maior contingente de pessoas em encarceramento, às mortes preventivas pela violência da polícia e à dificuldade ou mesmo à exclusão de acesso aos direitos garantidos na constituição. A crítica de Mbembe ecoa nas bases de justificação da racionalidade moderna e nos meios simbólicos que a mesma forja para perpetuar processos de desumanização, exclusão e violência.

Talvez umas das formas mais sorrateiras da expressão necropolítica no Brasil se mostre nas diversas maneiras com que as dificuldades de acesso aos bens comuns e aos direitos sociais são desiguais. São macas em corredores dos hospitais, ônibus lotados, longas demoras do atendimento de solicitação de benefícios, falta de saneamento, desmatamento do ecossistema, lista de espera para atendimento em saúde mental, serviços públicos de diversas naturezas em condição precária de funcionamento... Percebe-se, nesta breve lista, que coexistem dois processos ou duas formas de representação do *necropoder*. Uma cujo horror testemunhamos cotidianamente, que se vale de violências diretas, respaldadas ou não pela Lei e pelo Estado, em que a vida do outro está desprovida de valor. Outra que versa sobre a burocracia silenciosa, intocável e inacessível, um tipo de violência impessoal que atenta pessoas e populações simplesmente “deixadas para morrer”, pelo esvaziamento lento e progressivo da esperança na vida.

Cito, a esse respeito, a situação de um homem que buscou atendimento médico numa unidade de saúde queixando-se de angústia e falta de vontade de viver. Pela avaliação do caso, concluiu-se que o mesmo precisaria de atendimento especializado em saúde mental. Assim,

foi inserido na lista de regulação à espera de ser chamado. Passados nove meses, esse sujeito foi levado por um familiar ao pronto atendimento após tentativa de suicídio e de lá encaminhado ao Santa Maria Acolhe. Após o processo inicial de acolhimento, foi aberto o prontuário para proceder ao registro do atendimento. Nesse momento, surge a mensagem de que o usuário estaria no lugar 2.437 da lista de espera da regulação e que, caso fosse feito o registro, o mesmo sairia do sistema. De maneira crua e direta, a referida advertência deixou explícita uma forma sutil de necropolítica, que atravessa o campo da saúde mental que, a despeito das muitas conquistas, parece carregar nas entrelinhas esta marca. Dito de outra forma, a face atual da necropolítica mantém sua expressão racializada, mas incorpora novas versões sociais e subjetivas que se depreendem do capitalismo neoliberal. Estamos falando do desemprego e das condições precárias de trabalho, da LGBTfobia, da pobreza, do abandono e da solidão. Pode-se concluir, com Mbembe, que a política da morte, mais do que uma exceção que compromete o projeto da modernidade, é uma prática indelével que marca e aprofunda desigualdades na gestão da vida e da morte.

6. CONTORNOS CLÍNICOS: DA CRISE À URGÊNCIA

Esta tese e seu objeto de investigação foram forjados pela premissa de que vivemos cada vez mais num tipo de organização civilizatória que opera, em grande medida, pela proliferação de ideais de autossuficiência, com a conseqüente precarização dos laços interpessoais, pelo apelo ao bem-estar e satisfação imediata, pela associação entre técnica, ciência e capitalismo e pelo descrédito à eficácia narrativa em decorrência do esvaziamento do registro simbólico. Tais circunstâncias modulam o processo de subjetivação, renomeiam códigos para o sofrimento e redesenham modalidades clínicas, em especial com relação à experiência subjetiva de crise.

A crise é uma experiência subjetiva inexoravelmente ligada ao laço social que gira numa plataforma polissêmica de matrizes teóricas e com uma pluralidade de fenômenos. Na descrição de Ansermet (2015) existem crises que fazem rupturas, que petrificam e paralisam o tempo como no traumatismo; há crises que aceleram o tempo nas quais se perdem as referências; crises em que o tempo se mostra imobilizado como nos quadros depressivos; crises em que o sujeito se vê preso no tempo da repetição e da compulsão como a adição e existem aquelas crises em que se pode sair para sempre do tempo.

Na atenção psicossocial, sua relação com os conceitos de urgência e emergência não é direta e a passagem de um estado para outro considera, dentre outros fatores, as condições psíquicas e a efetividade de uma rede de apoio. Embora, não seja de todo previsível e antecipável, à exposição a diferentes tipos de intrusão da violência, traumas, rupturas

amorosas e perdas são potencialmente capazes de suscitar uma crise que, em alguma medida, pode avançar para uma condição clínica mais importante, como a urgência.

Para melhor precisão do que iremos desenvolver, demarcamos algumas noções fundamentais deste estudo. Segundo o dicionário *Houaiss* (2009), o substantivo *crise* deriva do latim *crisis*, que sugere algo relativo a um momento de decisão e de mudança, e do grego *krisi*, que atribui sentido a uma ação ou indica a faculdade de distinguir, decidir, separar e julgar. Assim, ao fazer alusão a uma circunstância que envolve um caráter de decisão sobre algo relevante, o significante *crise* ressalta a implicação que concerne à própria experiência. Há, portanto, um viés subjetivo que se vincula ao desencadeamento da crise, ao padecimento que a acompanha e ao desfecho que é presumido encaminhar. Dessa forma, a direção clínica das intervenções e do modelo institucional precisa proporcionar lugares e temporalidades que abriguem práxis que fomentem saídas singulares como solução ao vivido como precário e instável. Por extensão, conclui-se que o conceito de crise comporta a qualidade de risco e perigo e, paradoxalmente, surge como uma oportunidade que se coloca ao sujeito com potência de transformação. De maneira geral, no entanto, a dimensão do sofrimento se sobrepõe pela intensidade da angústia que a acompanha, independentemente da existência de uma psicopatologia prévia.

O aspecto de transformação que lhe é inferido nem sempre consegue ser reconhecido e, quando ocorre, costuma ser num momento posterior à vivência aguda, como parte de processo de transição e numa outra temporalidade correlata ao trabalho de decomposição e recomposição dos atravessamentos subjetivos e sociais que participaram da sua emergência. Nessa direção, a crise “passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e para seu cotidiano” (RECHTAND; LEAL, 2000, p. 112).

Por esse prisma, a crise pode ser vista como um fenômeno que comporta uma medida de ruptura. Contudo, este significante se presta tanto ao que coloca em risco à condição de elaboração e simbolização como, também, faz alusão ao rompimento com algo que estava insuportável e insustentável, precursor do sofrimento como, por exemplo, uma relação abusiva. Embora, nem sempre seja lembrada pelo sujeito que está em sofrimento, essa dupla face precisa estar no horizonte do profissional e da equipe que presta ao cuidado à crise.

No paradigma da psiquiatria, a crise é compreendida como uma experiência que testemunha um sofrimento agudo com risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, mas com baixo risco de morte e que são tradicionalmente referenciadas aos serviços de urgência médica. Barros, Tung e Mari (2010) apresentam a emergência psiquiátrica como a manifestação de um distúrbio de pensamento, emoção ou comportamento,

a partir da qual o atendimento médico se faz necessário com o propósito de reduzir comprometimentos à saúde psíquica, física e social e eliminar eventuais riscos à sua vida ou à de terceiros. Esta descrição se aplicaria de maneira indistinta à população com histórico de transtorno psiquiátrico grave e contínuo e aos usuários sem diagnóstico psiquiátrico anterior em episódio agudo. Sánchez (2001) segue o mesmo raciocínio e remete a manifestações de alteração psicológica aguda (pânico, crise de angústia, depressão) com possível quadro de desorganização comportamental (surto psicótico) que põe em risco eventual tanto o paciente quanto outros.

Desde o campo psicossocial e a partir da experiência da reforma italiana, Dell'Ácqua e Mezzina (2005) identificam dificuldades para definir o que se entende como crise ou emergência/urgência psiquiátrica. Ao mesmo tempo, a descrevem como sendo um momento crucial que tanto serve para a afirmação do modelo territorial ou, em contrapartida, para a reafirmação do circuito psiquiátrico. Segundo eles, para se distanciar do modelo clássico, a nova definição de urgência passa pela descrição clínica e deve considerar e incluir aspectos de gestão, da rede de saúde instalada e dos recursos da comunidade onde o sujeito se situa. Nessa perspectiva, Costa (2007), refere a crise como “um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinantes das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental” (p. 96).

Acrescentamos agora a leitura oriunda da teoria psicanalítica, na qual a insurgência da crise “é a manifestação contingente da uma insuportabilidade” (VIGANÓ, 2012, p. 192), efeito do estremecimento da inscrição de determinados significantes que incidem numa composição singular de mundo que situa o sujeito numa posição de reconhecimento em relação ao Outro. Nessa vertente, a crise é caracterizada pelo estremecimento no lugar de reconhecimento subjetivo no laço social. Com efeito, em alguns momentos e por incontáveis circunstâncias, o sujeito se percebe despojado do enquadre imaginário que propicia estabilidade, como efeito da precarização simbólica que atuava na sustentação ficcional da vida.

No campo institucional, muitas vezes as concepções de crise e urgência se encontram imbricadas. Por isso, nos reportamos à articulação que a referência *crise* pode estabelecer com as de *urgência* e *emergência*. De acordo com a Resolução 1451/95 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995), o CFM define *urgência* como a ocorrência imprevista de agravo à saúde, de causa diversa, ocorrida em qualquer local e motivada por qualquer circunstância, cujo portador requer assistência médica imediata com vistas a reduzir eventual risco potencial de morte. Nessa direção, a palavra *urge*, segundo o *Dicio Online* (2019), designa ação

inadiável, impreterível, que não admite espera ou atraso, que solicita com insistência, que tem pressa e prioridade em relação aos demais.

A *emergência*, por sua vez, seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, intervenção médica imediata pela gravidade do quadro em observação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995; PAIM, 1994). No domínio biomédico, portanto, a distinção entre urgência e emergência é um pressuposto diagnóstico na definição do procedimento adequado frente às situações críticas. Ambas têm em comum a pressa na execução da ação ao identificar uma condição de gravidade. Contudo, haveria uma distinção entre elas, que localiza na urgência um risco menor à vida.

Na conjuntura tradicional da saúde mental, a palavra *emergência* se sobressai como referência na nomeação dos respectivos serviços, em especial daqueles que localizam sua prática em instituições hospitalares. O complemento “psiquiátrico” que a acompanha revela que a referência à crise e à urgência ainda se encontram fortemente marcadas pelo discurso psiquiátrico. De certa forma, esses campos foram os menos impactados com os avanços, conquistas e mudanças implementadas pela RPB, cujo funcionamento ainda segue ordenado e concebido apenas em termos de especialização psiquiátrica e, em alguma medida, psicológica. Uma das razões é delineada por Jardim e Dimenstein (2007), que apontam a associação entre *crise* e de *risco* como um elemento que sustenta, em grande medida, práticas onde o controle e o viés de responsabilidade são esvaziados como justificativa do domínio de terapêuticas medicamentosas e de internações. Feito este recorte, surge a pergunta: como passamos da concepção de crise e urgência médico-psiquiátrica para o prisma da saúde mental, campo atravessado pelos princípios e diretrizes oriundos da RPB?

6.1 UM NOVO HORIZONTE CLÍNICO: SUBJETIVIDADE E PAUSA

Frequentemente, o campo da saúde costuma não ser a primeira escolha de um sujeito em sofrimento psíquico, mesmo numa condição de crise. Normalmente, as pessoas transitam por vias que lhes são culturalmente familiares e facilmente acessíveis, ainda que antagônicas entre suas éticas. É durante este itinerário que os equipamentos de saúde podem ser acionados pelo usuário sem que ele mantenha uma hierarquia rígida e definitiva entre as estratégias, além de estabelecer, comumente, um modo particular de “seguir o tratamento”. Para o sujeito em sofrimento, não há contradição de seu tratamento em saúde mental ser composto simultaneamente por intervenções de várias abordagens, desde aquelas com estatuto científico até as associadas a práticas leigas. Este percurso, de caráter singular, muitas vezes não encontra guarida nas equipes de saúde que, regularmente, propõem uma única gramática para o

fenômeno. Este viés itinerante e, por vezes, errante revela um sujeito movido pela busca de alívio e de significação.

Desde este ponto de vista, destaco a dupla face dessa trajetória que merece ser melhor compreendida pelas equipes: a circulação do usuário por uma ampla rede simbólica (não apenas no campo da saúde) e a expectativa por um saber que dê sentido ao sofrimento que se percebe em perguntas como “por que isso está acontecendo comigo?” ou “o que isso significa?”. Com efeito, toda demanda de cuidado inclui a busca de alívio, redução da tensão e o anseio de significação como partes não destacáveis e não dissociadas. Tal perspectiva sinaliza, do ponto de vista da psicanálise, um corpo atravessado pela linguagem, marcado pelo discurso do Outro⁷. Esse desdobramento teórico tem consequência na medida em que permite ao registro simbólico arvorar-se de operador clínico para o tratamento do gozo (sofrimento) em diferentes espaços institucionais e em composição multiprofissional. Apoiado na linguagem, esse enlaçamento distancia a fala e a escuta das suas funções de comunicação e lhes devolve as dimensões de ato que atua na constituição das ficções que ofertam algum tipo de moldura ao corpo, à existência e à realidade.

Como vimos acima, na clínica médica tradicional o diagnóstico de urgência é definido pelo estabelecimento do quadro clínico com base na correspondência entre a dor/sintoma e um determinado órgão específico, cujo comprometimento considera risco de agravamento e de morte. Logo, a prática de qualquer especialidade médica parte de um conjunto classificatório, organizado em torno de um campo de conhecimento que é aplicado de maneira indiferenciada a todo e qualquer sujeito. Tal procedimento serve tanto para os quadros de menor gravidade quanto para aqueles que estão numa condição de urgência. Este método está na origem daquilo que Foucault (1963/1998) circunscreveu a respeito do surgimento da medicina moderna, entre a segunda metade do século XVIII e o início do século XIX, que conjuga, simultaneamente, a prática curativa e a formação médica, ou seja, o ensino do saber médico.

⁷ Influenciado pelo pensamento estruturalista a partir da década de 1950, Lacan desenvolve uma leitura acerca da linguagem como determinante do funcionamento do mundo e da constituição subjetiva. Para efeitos desta tese, iremos nos ocupar da primeira elaboração feita por Lacan. Fundamentalmente, o conceito descreve o Outro como sendo um *lugar*, mais especificamente o lugar simbólico e sua estrutura significante. Nesse sentido, vai diferenciar duas instâncias: o chamado “pequeno outro”, para designar o semelhante, o parceiro imaginário, e o “Outro” (grande Outro), conceituado como a instância simbólica e, portanto, do campo da linguagem, que determina o sujeito, sendo de natureza anterior e exterior a ele; lugar da palavra, do tesouro dos significantes (LACAN, 1954-1955/1987, p. 297). O viés estruturalista presente no pensamento de Lacan, contudo, comporta uma subversão à concepção de Lévi-Staruss a partir da noção saussuriana do significante, que assume a primazia na teoria lacaniana do inconsciente estruturado como uma linguagem, indicando o modo de funcionamento do mesmo, em que não há um sentido definitivo *a priori*, categoria que rompe com a definição de um sujeito tomado e limitado pela estrutura.

Em sua crítica à epistemologia da racionalidade moderna, Foucault aponta o saber extraído do olhar sobre o corpo, sobre os órgãos, como o elemento diferencial que introduz uma nova modalidade de clínica médica em ruptura com a prática da idade clássica. Assim, a vigilância do olhar captura a verdade e permite a classificação do fenômeno observado com a exclusão do doente. Atualmente, esta montagem ganha o auxílio de aparatos tecnológicos que adentram a interioridade do corpo sem recorrer a procedimentos de maior violência como cortes profundos. A função do olhar recupera centralidade, às custas da exclusão do profissional médico que, nestes casos, está dispensado do seu lugar técnico para que a conclusão seja menos suscetível a erros de interpretação. No caso das urgências médicas, embora algumas recebam atendimento inicial nas unidades básicas, muitas delas vão exigir cuidados especializados. Esses casos, no modelo brasileiro, são encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e para os serviços de emergências das instituições hospitalares onde há uma gama de aparatos tecnológicos e por funcionarem 24 horas.

Em contraponto, no campo da saúde mental, os critérios para a definição da crise e da urgência aparecem mais difusos e a função do olhar como instrumento diagnóstico é de menor importância. Não há um olho, humano ou tecnológico, que faça esta função. Pelo contrário, no âmbito psicossocial, a função *escutar* assume tanto a prerrogativa diagnóstica (qual é o problema), quanto se mantém como método terapêutico. É um modo de tratamento que se faz pela via da singularidade, direção que só se processa se, do outro lado, há um Outro barrado; se os profissionais e as instituições conseguem reconhecer a sua própria condição de barrados – isto é, de submetidos à castração, à falta, à impossibilidade do saber absoluto (NAPARSTEK, 2015). Nesse sentido, ao reconhecer a falta simbólica em seu próprio campo de conhecimento e de intervenção, abrem-se as condições para que o sujeito se enganche na busca de uma solução que lhe é singular.

Esta distinção que situa a escuta como eixo operativo da clínica na saúde mental e que pressupõe grau de indeterminação na estrutura da própria prática exige, por outro lado, a definição de parâmetros conceituais e éticos para escapar da imposição de hábitos morais por parte do profissional ou da equipe. Esta circunstância é um risco frequente ao qual se dá pouca atenção, o que não deixa de fazer com que ela apareça nos julgamentos de pensamentos suicidas, no uso de álcool e outras drogas, nos conflitos conjugais.

De acordo com Rechtand e Leal (2000), a abordagem preconizada pela clínica médica encontra limitações no terreno da saúde mental, e isso ocorre pela necessária afirmação da dimensão da subjetividade como interface imprescindível nesse campo, em diferenciação ao que acontece nas emergências clínicas. Segundo os autores, o reconhecimento e a introdução da subjetividade como um dos aspectos que participam do diagnóstico e do tratamento

redimensiona a ideia de crise e o objetivo a ser alcançado pelo serviço de emergência psiquiátrica. Isso implica necessariamente que os novos dispositivos, afinados com as diretrizes da RPB, devem ser distintos aos modelos anteriores, não apenas em termos de assistência, ou seja, de enquadres, mas essencialmente em termos de como a pensamos. Fundamentalmente, trata-se de proceder à crise a mesma lógica com a qual nos ocupamos em relação à loucura. Em síntese, tanto a loucura quanto a crise dizem respeito à experiência trágica da condição humana.

Amparados neste fundamento, procederemos um primeiro ato demarcatório: manteremos a urgência psiquiátrica associada à urgência médica como um primeiro conjunto, em contraponto a um segundo grupo, em que incluímos a urgência em saúde mental. Num estágio inicial do cuidado, ambos os conjuntos compartilham da necessidade de ação imediata motivada pela constatação de um sofrimento agudo e grave frente ao qual é preciso intervir, sem demora. Entretanto, num segundo tempo, postulamos uma diferença crucial entre ambas que trata de fazer surgir o sujeito premido pela angústia pelo convite à fala, como contraponto à sua exclusão lógica, que caracteriza o campo médico-psiquiátrico tradicional. Com efeito, esta prerrogativa define estratégias clínicas distintas, apoiadas ou não no reconhecimento da subjetividade como diferencial dos processos terapêuticos, torção conduzida pelo responsável pelo acolhimento através do manejo da temporalidade.

A esse respeito, recuperamos um comentário de Lacan (1971/2003), inserido no prefácio da edição inglesa do seminário 11, que sinaliza sobre a direção do tratamento para estes casos. Diz ele: “assinalo que, como sempre, os casos de urgência me atrapalhavam enquanto escrevia isso” (LACAN, 1971/2003, p. 569). Este breve testemunho sinaliza que a diretriz clínica relativa à urgência supõe que esta demanda não pode ser adiada. Antes pelo contrário, sua aparição suspende a rotina e interfere no cotidiano daquele que padece e daqueles que assumem a responsabilidade pelo seu acolhimento e manejo. Esta orientação é válida também para os projetos institucionais que incluem a crise e seu possível desdobramento em urgência em suas abordagens.

Se, como vimos, no enquadre médico-psiquiátrico a pressa segue como eixo da condução clínica, na abordagem orientada pela psicanálise, a intervenção irá se guiar pela introdução de uma pausa onde se fazia pressa. Sem menosprezar a gravidade que, em alguns casos, precisa ser reconhecida – justamente porque a crise afeta o laço social e implica possibilidades de rupturas –, esta estratégia de pausa visa abrir condições de fala para que algo da história de vida, dos afetos e dos sentidos possa fazer surgir e destacar o sujeito da experiência de crise, numa ação que visa recolocar e reposicionar o sujeito ao Outro (LEGUIL, 1990).

Esta é a mesma leitura defendida por Campolongo (2005), para quem, no acolhimento à urgência em saúde mental, a pausa é a modalidade de tempo que faz contraponto ao campo médico, manobra terapêutica por meio da introdução da palavra com o propósito de recuperar e revalidar a eficácia do repertório simbólico. Para Azevedo (2018), frente ao encurtamento do tempo, é fundamental introduzir um outro tempo, uma pausa na pressa, para que o sujeito possa compreender algo relativo ao seu sofrimento e do seu mal-estar. Ansermet (2015), por sua vez, afirma que toda a crise coloca em jogo a relação com o tempo e o espaço. Nesse sentido, diz ele, para tratar a crise é preciso reestabelecer o tempo. O tratamento da crise é o tratamento do tempo que se procede por um corte na pressa, que pode se dar pela oferta e possibilidade de que o sujeito fale: “a situação está confusa e difícil, mas, agora, temos tempo”, “se precisar, me liga depois ou amanhã”, “qualquer coisa, nós estamos aqui”. Nesse sentido, Souza (2008), argumenta que esta intervenção pode funcionar como um anteparo que se coloca no instante anterior à precipitação da crise em urgência.

Estas coordenadas são decisivas em casos de desamparo que comportam a intromissão da violência vinculados a acontecimentos traumáticos ou à ausência de desejo em sujeitos que pensam em atentar contra a própria vida. Em ambas as situações, o sujeito deixa de contar com um discurso que opera para entender e lidar com o sofrimento pelos efeitos imaginários da suspensão temporária do sujeito no simbólico (MARON, 2012). Defrontado com o limite do Outro da linguagem, enquanto função de escora para fazer laço social, o sujeito encontra dificuldades de representar-se e de manter alguma liberdade diante da manifestação do Outro do gozo mortífero. Nesses casos, a crise pode se converter em urgência, ocasião em que algo é vivido como insuportável e sem sentido, fazendo vacilar o sistema de representação daquilo que é possível ao sujeito significar.

Na atual modelo nacional da atenção psicossocial, os dois planos (médico-psiquiátrico e saúde mental) compartilham espaços e práticas, ainda que a compreensão biomédica que traduz o sofrimento subjetivo em doença/transtorno se mantenha prevalente na formação acadêmica do conjunto de profissionais atuam na atenção psicossocial e na APS. Este funcionamento favorece a inscrição do registro psiquiátrico como marca identificatória à crise e a separa do conjunto da vida do sujeito. A consequência mais drástica é que a retomada da palavra e a produção narrativa como recurso terapêutico são pouco valorizadas, tanto pelos sujeitos, quanto por familiares e profissionais, fato que decorre, dentre outros motivos, da redução da complexidade desta vivência à perspectiva de perigo, perda de controle e evidência aguda de uma psicopatologia (COSTA, 2007).

A hipótese que funda e fundamenta esta tese considera a crise vivida por um sujeito sem história pregressa de transtorno mental grave como uma experiência de afetos, memórias,

medos e anseios que se condensam num determinado momento da vida, acompanhada de intenso sofrimento e impondo, por sua vez, dificuldades ao trabalho simbólico a ponto de haver ameaça de rompimento com o laço social. Distintamente da concepção psiquiátrica, defendemos a hipótese de que é desde o próprio registro simbólico que devemos buscar e balizar as condições de intervenção à crise, movimento que se faz pela inclusão do Outro pela mediação dos profissionais da saúde. Como alteridade radical e como semelhante propenso à identificação, estes assumem uma função estabilizadora e subjetivante pela dialetização da linguagem para que outras modalidades de expressão daquilo que é vivido como insuportável possam advir enquanto solução singular.

Nessa direção, buscamos na metapsicológica freudiana o mecanismo de *identificação*, categoria conceitual que descreve o processo de subjetivação como uma operação dialética em que o sujeito se constitui em relação ao outro, representante da cultura. Assim, a identificação seria uma “forma original de laço emocional com um objeto” (FREUD, 1921/1996, p. 135), razão pela qual, na intervenção à crise, este registro assume viés terapêutico. Na mesma direção, aportamos a contribuição de Lacan no que concerne à questão do eu através do texto "*O estádio do espelho como formador da função do Eu*". À sua maneira, Lacan (1949/1998), reconhece os efeitos identificatórios na gênese do eu, ação que decorre da passagem do corpo fragmentado para a imagem de um corpo unificado pela assunção de uma consistência imaginária. Aqui, a qualificação de identificação deve ser compreendida na justa medida que a teoria psicanalítica lhe dá, qual seja, a de uma transformação no sujeito, e não como algo da ordem de uma imitação. Para Lacan (*ibid.*), o estádio do espelho configura um drama interno que antecipa uma imagem constituinte e estruturante – como propriedade gestáltica – do eu, apanhado no engodo da identificação. Tal indicação desponta como um dos eixos importantes no escopo das reflexões sobre o acolhimento à crise, nas quais o apelo à alteridade assume estatuto clínico mediado pela função simbólica para restituir um contorno ao eu.

Esta hipótese de fundamento psicanalítico considera o sujeito como desprovido de uma essência e na dependência da linguagem, de modo que o vacilo da operação simbólica afetaria a estabilidade do eu e a função de tramitação psíquica com o mundo. Uma das justificativas desta pesquisa interroga as interpretações dominantes deste fenômeno na atual configuração da RAPS, em especial, a estratégia que dá ênfase à prescrição farmacológica ao situar a crise como manifestação de um transtorno, desdobramento contemporâneo do poder psiquiátrico.

7. RECORTES SINGULARES DE UM PERCURSO PELO CAMPO PROBLEMÁTICO DA CRISE

Já de algum tempo, o aumento de demandas clínicas qualificadas como “crise” tem recebido meu interesse, meu tempo de estudo e de trabalho clínico. Identificadas como uma experiência subjetiva de sofrimento agudo, estas convocam modalidades de práticas para sujeitos que padecem dos efeitos da fragilização da eficácia simbólica e da desestabilização do enquadre imaginário. Este quadro se manifesta em intenções suicidas, na estranheza de um corpo que se fragmenta, no encontro disruptivo com acontecimentos traumáticos e angústia decorrente da ruptura de laços afetivos. Ameaçados pelo fracasso do sentido que se deteriora em sua consistência, vivem uma experiência de crise subjetiva que impõem a temporalidade particular da urgência aos profissionais e às instituições, convocados a intervir.

Atento para não generalizar aquilo que porta complexidade e sem exigir de maneira intempestiva dos profissionais da atenção básica e dos serviços especializados como os CAPS, reconhecemos que se trata de um tipo de intervenção que possui algum grau de especialidade no manejo. O que se sobressai no dia a dia revela uma dificuldade de compreensão com estes casos que não se apreendem a partir de uma única determinação. Além disso, estes fatos exigem um dispêndio maior de tempo por parte da equipe, variante fundamental e, frequentemente, indisponível na realidade brasileira. Uma das consequências é o encaminhamento antecipado ao psiquiatra ou a serviços com profissionais médicos, a quem se atribui o ônus e o bônus da responsabilidade por se ocupar dos casos graves.

Muitas vezes, orientadas pela pressa, as condutas precipitam conclusões que deixam de fora da conclusão diagnóstica e do projeto terapêutico aspectos importantes da história do sujeito. Lamentavelmente, poucas equipes têm clareza de que, para o sujeito, o fato de buscar o serviço já é um elemento do tratamento a ser considerado, quer dizer, já tem algo de caráter subjetivante em andamento. Nesses casos, sempre é bom lembrar que o sujeito que chega ao serviço já se encontra subjetivado por uma demanda clínica, ou seja, por uma perspectiva que inclui o serviço na apresentação e manifestação do sofrimento. Resulta disto que, mesmo que o profissional não reconheça no ingresso do sujeito, a dimensão clínica já está aberta e operando.

O acolhimento é um dispositivo que condensa a necessidade administrativa, o viés político da afirmação da confiança, da cidadania e do direito à saúde e, ainda, baliza a produção de vínculo, abrindo as condições de intervenção clínica, em especial nos casos de crise e urgência. Nada mais perturbador para uma adolescente que tentou se matar do que contar sua história várias vezes seguida: para o enfermeiro plantonista do Pronto Atendimento, para médica que procede o encaminhamento para um serviço de saúde mental; para dois

profissionais deste serviço (a assistente social responsável pelo acolhimento e, na sequência, para a psicóloga); para o médico da atenção básica que irá acompanhá-la até o início de um tratamento psicológico que não tem previsão. Desta peregrinação, pouco de singularidade se escutou e se considerou. Sob certa medida, uma das dificuldades da rede de saúde e de saúde mental é a obediência irrestrita aos fluxos, por vezes desconhecendo os efeitos subjetivos de um sujeito em errância, num tipo de acolhimento que não faz jus a essa nomeação. Tal predomínio é uma das causas responsáveis pelo fato de muitos sujeitos ficarem perdidos e extraviados na rede de saúde, o que motiva a desistência de alguns tratamentos.

Frente a isso, aspectos subjetivos relevantes correm o risco de serem minimizados, e situações menos complexas podem ser elevadas a graves e urgentes. É interessante registrar que o acolhimento à crise requer um tempo cronológico coerente com as características desta categoria clínica para que o tempo lógico do sujeito⁸ possa emergir. Não é a mesma coisa ocupar-se de alguém que se queixa de ansiedade ou insônia crônica e de outro que declara a intenção de tirar a própria vida pela perda de sentido na existência, ou ainda um terceiro que manifesta a firme intenção de agredir outra pessoa. Sem antecipar a discussão que este tema merecerá, o que queremos introduzir diz respeito às dificuldades das equipes em discernir e compreender que a potência dos fluxos está na dependência de que os mesmos atuem como esteio, e não como abandono iatrogênico. Para que este estágio possa ser alcançado e mantido, é indiscutível ofertar algum suporte à angústia da equipe como recurso de elaboração ao vivido, para que os serviços e os profissionais não se defendam das demandas intrínsecas do trabalho pela burocratização e naturalização dos processos clínicos.

Se, por um lado, temos o risco de burocratização da demanda pela captura da rede e pelo ensurdecimento dos profissionais, por outro lado, segundo Bassols (2015), uma premissa inicial nesta clínica passa por não responder à urgência do sujeito com a urgência do Outro, quer dizer, intervir acuado pela demanda. Responder desde esse lugar favorece condutas terapêuticas identificadas pela égide da massificação. Conforme o autor, a lógica deste acolhimento aposta num tempo subjetivo que não se desencadeia se quem acolhe está apegado à própria angústia ou acomodado no lugar de Sujeito suposto Saber (SsS). Ciente da singularidade de cada caso, trata-se de criar condições institucionais propícias a uma abertura discursiva que retire o sujeito da perplexidade (instante de ver) e o coloque em causa, abrindo

⁸ A dimensão cronológica de tempo compreende uma forma determinada de mensuração do mesmo submetido a uma forma padronizada de lei compartilhada por todos. Nesse caso, estamos todos sujeitos a ela. Trata-se, portanto, de um tempo simbólico que regula o nosso dia a dia. O tempo lógico é uma elaboração de Lacan (1945/1988) que desenvolve a noção de temporalidade na situação analítica em correspondência a uma perspectiva de tempo subjetivo, relativo ao inconsciente, e a uma dimensão de verdade do sujeito que não está apreensível *a priori*.

um tempo de compreender (cronológico e lógico) que o leve à circulação pelas determinações e indeterminações que se articulam nesta experiência subjetiva.

Como dito acima, a clínica é meu *locus* de trabalho, e é desde esta referência que a problemática da crise e da urgência irá se apresentar. Embora esta tese não se atenha às particularidades da crise e da urgência na clínica privada, parece-me fundamental localizar este cenário, que corrobora a percepção do incremento desta demanda na clínica pública.

7.1 A TRAJETÓRIA NA CLÍNICA PRIVADA

Lembro que durante minhas primeiras incursões como clínico em Santa Maria, nos idos da década de 1990, não era raro perceber certo constrangimento por parte das pessoas que buscavam ajuda especializada na área da psicologia, psicanálise ou psiquiatria. Nas entrelinhas das palavras que se juntavam para contar o sofrimento, comparecia uma hesitação moral. Apesar disso, a expressão “Freud explica” era levada a sério e nutria de esperança a fala do/a paciente. Este conhecido jargão equivalia, popularmente, à cura por meio da decifração, ou seja, fazia supor a existência de uma significação a ser encontrada e oferecida pela tática interpretativa que elucidaria o sem sentido, devolvendo uma cota da liberdade restringida pelo sintoma. Até o início da década de 90, predominavam formações sintomáticas atreladas a um tipo de conflito envolvendo as representações clássicas que a autoridade simbólica detinha até aquele período: família, igreja, tradição. Minha escuta, como analista em formação no campo lacaniano, seguia atenta à particularidade do sintoma, sustentando um mínimo de tensão na transferência, a ponto de colocar o paciente em trabalho analítico, ou seja, o recurso à palavra ou ao silêncio operavam com a intenção de recuperar determinados elementos que indicassem como cada um/a deles/as havia conseguido construir seu lugar no mundo – naquele mundo em particular – e o que os sintomas e as soluções esperadas revelavam do sujeito e do contexto.

De maneira geral, o contingente de pessoas que demandava atendimento psicológico/psicanalítico era constituído, entre a população adulta, por mulheres que interpelavam o Outro sobre os ganhos e as perdas de fazer valer seus desejos no confronto com os ideais vigentes e a recusa de submissão a se manter a lugares pré-estabelecidos pelo discurso patriarcal. A recusa de permanecer numa posição subalterna e a decisão de se rebelar contra este estado de coisas fazia com que as noções de pecado e culpa não fossem nem secundárias, nem aleatórias, reaparecendo insistentemente nas falas sob as formas de angústia, inibição e sintoma. Tais manifestações eram típicas de um laço social que ainda se mostrava fortemente influenciado pela tradição e pelo domínio masculino, embora já sofresse o impacto das mudanças advindas do movimento feminista, como o ingresso da mulher no mercado do trabalho, a liberdade sexual, o controle da natalidade, o divórcio. Queixas de insatisfação

sexual eram comuns e explicitavam a atuação do recalque enquanto mecanismo que se interpunha ante a possibilidade do desfrute do prazer. O “amor que não ousava dizer seu nome” se encorajava e, aos poucos, ganhava voz e vez nos consultórios e nas ruas, na mesma medida em que, junto com outras minorias, reivindicava reconhecimento e inclusão. Neste período, a presença de homens adultos nos consultórios não era expressiva. De certa maneira, a neurose masculina ainda estava em relativa harmonia, em vias de se desestabilizar, com os ideais da época.

Jovens “revoltados” e com problemas de “conduta” constituíam um outro grupo que se incluía, em grande parte, pela preocupação parental. Na maioria das vezes, vinham forçados aos atendimentos. Silenciosos, hesitavam em compartilhar os diálogos internos que habitavam os pensamentos. Muitos não permaneciam em atendimento e outros tantos, quando descobriam que o tratamento não estava subordinado à uma ordenação moral, implicavam-se com seus dilemas existenciais e discorriam críticas sobre a vida, os pais, os amigos, o amor, o futuro, o sexo. Para alguns, a análise era uma descoberta surpreendente. Por fim, havia as crianças levadas para atendimento em decorrência de problemas de natureza escolar e relacionados aos estágios de desenvolvimento. Esta parcela segue sendo expressiva no campo psi em geral, contudo não foi objeto do meu investimento profissional.

Julgo importante a recuperação destas memórias como uma forma de criar uma linha de continuidade que me permita extrair e destacar três aspectos deste período histórico e social, tendo como base o extrato clínico: o primeiro diz respeito ao fato de que o sofrimento apresentava uma estrutura delimitada de conflito entre o sujeito e os representantes simbólicos dos ideais sociais, ainda repressivos, embora dando mostras de vacilação; o segundo, relacionado com o anterior, torna claro que a experiência subjetiva do sofrimento se fazia, fundamentalmente, em torno da categoria de sintoma, compreendido a partir das formulações freudianas. Freud (1926/1996b), no texto *Inibição, sintoma e angústia*, descreve o sintoma como uma formação do inconsciente, efeito do mecanismo de recalque, cujo caráter de sobredeterminação condensa e limita a satisfação pulsional pela ação de um mecanismo de defesa, movimento que atualiza a divisão psíquica do sujeito. A partir deste ponto, surge o terceiro elemento, que aponta para a presença de uma dimensão de saber atrelada à ideia de cura, ou seja, o sintoma é portador de uma mensagem que pede decifração, caráter metafórico que o constitui e que atribui à fala a estratégia de acesso desse saber e, por meio dele, a cura.

Ainda que, em algum momento do tratamento, se ouvisse um pedido direto endereçado ao analista sobre “o que fazer” para resolver um problema específico, sabia-se que a expectativa da resposta não presumia uma prescrição ou uma ordem a ser respondida diretamente. Esta particularidade descreve a dupla face da transferência, como motor do

tratamento e resistência ao mesmo, dinâmica na qual subjaz uma demanda de amor endereçada ao analista, pedido de completude, de fazer Um com o Outro como forma de driblar a falta e escapar dos efeitos da implicação subjetiva.

O pedido de análise/tratamento presumia que tanto o paciente quanto eu, o analista, dispúnhamos de um tempo não previsível. Na mesma linha de raciocínio, se esperaria que durante esse processo ocorressem abalos nas relações que o sujeito estabelecia com a realidade, consequência da posição interrogativa sobre as identificações que o marcavam como sujeito. Ou seja, o exercício da “técnica analítica” tinha a seu dispor uma temporalidade cronológica estendida, para fazer frente ao caráter repetitivo e estável da neurose. Além disso, muito raramente o primeiro contato pedindo consulta fazia um apelo de urgência, provavelmente porque a atribuição de gravidade referida aos quadros psicológicos era fortemente identificada ao campo da psiquiatria. Nesta época, não era comum a demanda de tratamento psicanalítico por pacientes com estrutura psicótica, nem pedido de primeira consulta em situações de angústia extrema. Assim, tanto o analista poderia esperar para intervir, quanto o paciente poderia esperar para ser atendido e para recolher os efeitos terapêuticos e analíticos supostos.

Nas oportunidades em que a palavra “crise” aparecia, designava um quadro de relativa desestabilização associado a acontecimentos imprevistos, que eram dolorosamente tomados como inerentes à vida. Assim, “crise” fazia menção ao um determinado contexto vivido mais do que referência ao paciente, ou seja, a crise estava em relação a algo específico vivido que incluía o sujeito (“ele/a está em crise no trabalho, no casamento”) e, muito raramente, servia para definir o sujeito em sua individualidade (“eu estou em crise”), como atualmente observamos. O uso de medicação psiquiátrica existia, mas não era significativo, e uma possível indicação era recebida com relutância, compreendida como fraqueza pessoal.

Do ponto de vista social, a população que recorria aos tratamentos analíticos fazia parte da classe média brasileira, segmento com que, historicamente, a psicanálise esteve identificada, em termos de origem da sua clientela e de onde vinham os próprios analistas. Tal familiaridade social raramente foi problematizada com a coragem necessária, e a situação ainda se mostra naturalizada na grande maioria das instituições psicanalíticas. Não restam dúvidas de que, em nosso país, este universo tem classe social (classe média e alta) e tem cor (branca) como variáveis dominantes. A despeito de iniciativas levadas a cabo por instituições acadêmicas e psicanalíticas com o objetivo de ampliar o acesso à experiência analítica, estes fatos ainda se revelam estrutural e intencionalmente reafirmados. Contudo, a bolha em que se vivia estourou. Sair dos consultórios em direção a novos territórios geográficos e culturais se tornou uma necessidade ética e de sobrevivência da própria psicanálise.

Eis que o tempo passa, e já estamos no século XXI. Novos sintomas e formas de sofrimento, que antes se apresentavam de forma esparsa e pouco notada, ganham a frente da cena. Estudiosos e clínicos se esforçam nos anos finais das décadas de 1980 e 1990 e iniciais da virada do século para elucidar estas ocorrências, inclusive no que se referia as transformações no exercício da sexualidade. Estaríamos diante de novas estruturas subjetivas e de novos processos de subjetivação, com a introdução de elementos inéditos, ou esta realidade corresponderia “apenas” a roupagens inéditas do mal-estar humano?

Durante este período, presenciamos o surgimento de arranjos familiares atípicos, a redefinição da relação entre os gêneros, o advento de um novo estágio do capitalismo onde o consumo se sobrepõe à produção, céleres transformações no mercado de trabalho, fenômenos relativos à urbanização da vida, o redesenho dos corpos e a ascensão da imagem e da tecnologia. Se a subjetividade e seus respectivos conflitos sempre envolvem, em alguma medida, a relação com o Outro, ocorre que, quando o Outro muda, mudamos juntos e com os outros, na medida em que é do lugar do Outro que os sintomas se enlaçam. É do Outro que o sujeito toma suas identificações, ideais e significantes, assim como os estilos de gozar, que o inclui ou o exclui (SOTELO, 2015 p. 29).

Com efeito, nos dias de hoje, o conjunto de mulheres, adolescentes “rebeldes” e crianças com problemas escolares já não tipificam os únicos que acorrem aos consultórios no âmbito privado. A demanda infantil recua em idade e alcança crianças de 2 a 3 anos, cujos encaminhamentos não procedem mais da escola, substituídos pelo pedido de avaliação por parte de pediatras e neurologistas com dúvidas sobre desenvolvimento normal e com suspeita de quadros autistas. Outros dois exemplos que se distinguem em relação às décadas passadas dizem respeito às mulheres e ao segmento LGBTQ+. No caso das primeiras, o conflito não aparece mais atrelado à legitimidade do desejo, nem passa pela permissão ao exercício sexual. A emancipação feminina se encarregou de levantar a interdição que pairava sobre o desejo das mulheres. Uma das consequências dessa luta é a quase inexistência de queixa de anorgasmia entre esta população, algo muito diferente do que se ouvia das gerações anteriores. As comunidades gays e lésbicas, por sua vez, também repercutiram as mudanças culturais relativas às questões de gênero que ganharam força e espaço nas últimas décadas, subvertendo as representações binárias da divisão sexual.

Este movimento é, certamente, o maior responsável pela descaracterização da homossexualidade como psicopatologia. Nesse prisma, é legítimo inferir que a retirada desta categoria como doença/transtorno das classificações médicas de psicopatologia, como DSM e CID, respondeu mais à pressão exercida por esta população do que pela livre concordância da comunidade científica, que ainda detém hegemonia discursiva em temas relativos à

normatização dos processos de subjetivação (AYOUCHE; BULAMAH, 2013). Recentemente o movimento alcançou uma conquista também referente aos manuais diagnósticos: no ano passado, na elaboração do CID 11, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou da categoria de transtornos mentais o “transtorno de identidade de gênero”, transpondo-o para outro capítulo sobre sexualidade em que consta como “incongruência de gênero”. Este reposicionamento também é uma resposta à reivindicação de igualdade de direitos por parte do movimento trans, cuja parcela significativa do seu público vive à margem do universo social, submetido a um sem número de violências simbólicas e concretas.

Por sua vez, o segmento masculino, anteriormente pouco afeito ao enquadre analítico, adentra aos consultórios sem maiores inibições e se põe a falar com relativa naturalidade sobre os impasses relativos à desestabilização e desconstrução do modelo tradicional da identidade do homem no mundo ocidental: sobre a paternidade, sobre a insegurança sexual, sobre conflitos no trabalho, sobre as exigências que lhe cabem por ser “homem”.

Nessa nova ordenação, reconhece-se a perda da autoridade, o enfraquecimento e a desvalorização da representação masculina como ponto mais alto da hierarquia que ditava os modos e as leis do funcionamento coletivo. Tal mudança não se fez sem resistências e ressentimentos. Para um paciente masculino que acompanhei durante algum tempo, parte significativa da responsabilidade sobre o seu mal-estar era atribuída à emancipação feminina. Do ponto de vista diagnóstico, ele é, sem nenhuma dúvida, um neurótico que se autodenomina “*incel*”. Os “*incels*” (*involuntary celibates* = celibatários involuntários) não constituem um grupo organizado, mas reúnem homens em fóruns de discussão na internet para reclamar da solidão e das dificuldades de relacionamento sexual e emocional. Em comum, cultivam a misoginia, a raiva e o ódio às mulheres e ao feminismo, consideradas responsáveis pelas frustrações relacionais de que sofrem. Abdicam das mulheres e das relações afetivas por entenderem que elas, hoje, buscam apenas explorar e tirar vantagem dos homens. Para este contingente, as consequências da revolução feminina não são compreendidas como conquistas de uma parcela da humanidade que esteve subjugada durante séculos ao domínio patriarcal. Na visão dos mesmos, as mudanças dos costumes são vistas como ameaçadoras, a ponto de se sentirem descartáveis e reagirem com violência por se julgarem superiores às mulheres, de modo que não lhes caberia renunciar a nada no mundo.

Este é um exemplo mais extremo para demonstrar a pluralização das demandas junto à classe média e alta brasileira. Todos e qualquer um, à sua maneira, a seu tempo e com diferentes expectativas, podem buscar tratamento dentre as variadas práticas e éticas que constituem o conjunto psi. O constrangimento para falar e para expor dificuldades, conflitos,

dilemas e sintomas individuais e relacionais mostra-se uma situação infrequente que, na maior parte das vezes, se dissipa.

Esta breve descrição exemplifica o caráter singular das mudanças que se processam em termos dos discursos sociais e como o sintoma individual revela algo do mal-estar do nosso tempo. Isso nos permite recuperar e esclarecer um mal-entendido histórico relativo à psicanálise: o de que seu interesse pela singularidade se colocaria em oposição à cultura. Distante disso, a investigação psicanalítica sustenta que não é possível pensar nenhuma manifestação fora do campo discursivo onde a mesma se inscreve.

Em certa medida, entendemos que a nuance metafórica vinculada ao sintoma perdeu sua hegemonia na contemporaneidade, e o reconhecimento do sofrimento já não interpela tanto o sujeito pela via do enigma, tampouco convoca à posição interpretativa, estando mais próximo de uma experiência carente de sentido e vivida como alheia ao sujeito, ou seja, na perspectiva da angústia e do desamparo. Nesse ponto de vista, os caminhos para a solução distanciam-se do saber e encontram o Outro da ciência, que aborda o mal-estar através da promessa de acesso a objetos concretos que recusam a falta como um elemento estruturante da subjetivação.

Nesta linha de raciocínio, a medicação surge como uma alternativa viável e valorizada, em especial pelos familiares, embora seu resultado frequentemente fique aquém da eliminação do sofrimento que lhe é suposto. O apelo farmacológico seduz e encontra um número crescente de adeptos, desfazendo a associação entre o uso de medicação psiquiátrica como coisa de “pessoas loucas”. Por outro lado, em uma parcela de casos, é facilmente identificável a decepção com os resultados da panaceia química, comprovados pela baixa efetividade dos benefícios e pela dificuldade de manter o uso prescrito, consequência dos efeitos colaterais e adversos que reconfiguram aspectos cruciais da relação do sujeito com seu Eu e com o corpo.

Como referido há pouco, nos últimos tempos a urgência mostrou sua cara também no âmbito privado da prática e, desta vez, pressiona por resposta, presença e corpo do analista. A antiga aposta na revelação de um saber se converteu num pedido de fazer – especificamente, um fazer do analista mais do que do paciente que se oferece numa vivência de desamparo radical. Nestas circunstâncias clínicas, o tratamento exige assumir prerrogativas próprias em função da especificidade que este quadro apresenta, ou seja, o acolhimento à crise se mostra uma intervenção que alarga os enquadres clínicos e institucionais, quando for este o caso. Desde este ponto de vista, a disponibilidade para algum tipo de acolhimento precisa considerar, por exemplo, a ampliação de horário e o uso de recursos eletrônicos como estratégias de materialização da posição de alteridade que se colocam como suporte da função simbólica e imaginária frente ao desamparo.

7.2 MINHAS EXPERIÊNCIAS NO MULTIFACETADO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Para a presente tese, é imprescindível inserir os registros da minha trajetória no campo da saúde mental, linha mestre que dá margens para os caminhos que forjaram esta escrita. O olhar que dirijo ao passado – recurso metodológico necessário – confirma a passagem do tempo e as transformações no corpo, nas concepções e nos modos de prática. Não conseguirei explicitar boa parte das contradições pelas quais me vi confrontado, tampouco posso afirmar que não as tenho comigo. Ainda hoje, percebo-me interrogando o que qualifica como “legítima” uma prática analítica, a propósito de sua inserção no território ampliado da saúde mental, em especial, no âmbito das instituições. Digo isso porque, como veremos, esse dilema é histórico e já teve várias versões e soluções. Desde cedo, esta questão se colocou para Freud (1919/1996), que vislumbrava possíveis benefícios do tratamento psicanalítico para as classes populares a partir da sua oferta pelo Estado. Nesta direção, a prática no âmbito institucional foi objeto de experimentação de analistas contemporâneos a Freud, como Abraham, Eitingon e Simmel, que criaram o Instituto de Berlim, o mais conhecido dentre vários, ofertando tratamento gratuito e de valor variado (ROUDINESCO; PLON, 1998), o qual se tornou inspiração para outras tantas instituições ao redor do mundo.

Partindo das dúvidas mais elementares referentes ao trabalho clínico privado, sigo em direção à prática no ambulatório público para, em seguida, passar pela experiência inovadora de um CAPS ad, até chegar ao desafio de, junto com outros colegas, construir um modelo clínico e institucional para o acolhimento à crise e à urgência no contexto de um desastre coletivo e de sua dimensão traumática.

7.2.1 Reformas pelo mundo

O período que se seguiu ao final da Segunda Guerra Mundial foi marcado pela crítica e pelo questionamento do papel do Estado na responsabilidade principal do mesmo na pauta dos direitos sociais, baseado na concepção do Estado de Bem-Estar (*Welfare State*). Nesta direção, observamos o surgimento de movimentos de diferentes naturezas no mundo ocidental alertando sobre circunstâncias que se assemelhavam ao contexto de totalitarismo e violência recém-vivido. O caráter traumático decorrente da violação sem medida dos direitos humanos, tanto no nível individual quanto coletivo, fizeram com que temas como a saúde mental adquirissem centralidade na pauta pós-guerra. Na nova configuração geopolítica mundial, tornou-se urgente problematizar o dever, a competência e distribuição de responsabilidades envolvidas na relação entre sujeito e Estado, em termos de políticas assistenciais, proteção de direitos básicos e garantia das liberdades individuais em condição de dignidade.

É sob este ambiente de reestruturação do Estado e das funções das instituições na vida social que despontam críticas aos modelos assistenciais vigentes no tratamento da doença mental, que, até aquele momento, definiam sua terapêutica por uma operação de destituição subjetiva do louco, com efeitos em todos os âmbitos da existência do mesmo. A exclusão social, concebida como método de tratamento, fazia com que o projeto terapêutico se resumisse, em grande medida, ao isolamento em grandes instituições hospitalares de cunho asilar e à submissão aos modos de cura preconizados pela psiquiatria. Nesta estrutura, facilmente a cronicidade e o estigma sobrevinham como efeitos iatrogênicos. Da parte do sujeito, este fato promovia o incremento das dificuldades de convívio social e, da parte da sociedade, reforçava-se a atribuição de periculosidade e incurabilidade à loucura.

A referência ao termo “reforma psiquiátrica” não é unívoca, considerando que o mesmo abrange experiências suscitadas em diferentes contextos históricos, sociais e culturais, nas quais a compreensão, a interpretação e o interesse de mudança dos saberes e das práticas psiquiátricas se colocaram singularmente (NICÁCIO, 2003). As iniciativas ao redor do mundo – inicialmente em países europeus, depois nos Estados Unidos e, em seguida, em outros países, como o Brasil – tiveram trajetórias particulares e resultaram em construções únicas, assemelhadas em muitos aspectos, mas embasadas em referenciais teóricos distintos e respondendo ao conjunto de forças de cada contexto (*ibid.*).

É nesta perspectiva que destacamos a presença de mudanças em países como França, Inglaterra, Estados Unidos, Itália, Portugal, que desenvolveram experiências com diferentes enfoques e graus de mudança nas políticas públicas de saúde mental. Algumas centralizaram a crítica à institucionalização, enfatizando a aposta clínica do cuidado na direção do território e do enfoque na prevenção, outras se ocuparam de problematizar a hierarquia vertical das relações, e outras, por fim, se juntaram na crítica ao paradigma psiquiátrico e seu modelo normalizador. De acordo com Birman e Costa (1994), o que vimos foi uma profusão de iniciativas que, cada uma à sua maneira, geraram paradigmas distintos em relação à abordagem da loucura. Foi neste ambiente em que surgiram modalidades de cuidado orientadas pelo viés da inclusão e da reinserção social, como hospitais-dia, comunidades terapêuticas, centros comunitários, oficinas e grupos terapêuticos. Cada país levou adiante a sua reforma, elencando prioridades e compondo forças, conforme as particularidades do seu contexto histórico e político. Podemos dizer que existem tantas experiências de reforma quanto países que a fizeram.

7.2.2 A Reforma em Portugal

Entre agosto de 2018 e janeiro de 2019, estive em Portugal como doutorando visitante, junto ao Doutorado em Antropologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e sob a orientação do Prof. Francesco Vacchiano. Durante este período busquei conhecer a realidade portuguesa de saúde mental através da participação em seminários teóricos, visitas a serviços, entrevistas com profissionais e pesquisa documental.

Em sintonia com outros países do mundo ocidental e muito antes do Brasil, Portugal buscou atualizar seu modelo de tratamento à loucura através da elaboração e promulgação da Lei nº 2118/1963 (PORTUGAL, 1963). Em sua tentativa de oferecer novas “bases para a saúde mental”, considera-se que o país se colocou, à época, numa posição de vanguarda. Os fundamentos da nova legislação incentivavam a lógica da descentralização dos serviços em torno da criação de centros de Saúde Mental, em articulação com os cuidados de saúde primários. A lei de 1963 perdurou até 1998, quando foi aprovada uma nova legislação com vistas à adequação, tanto à nova constituição estabelecida em 1976 quanto à realidade clínica e social do país. A Lei de Saúde Mental nº 36/98 (PORTUGAL, 1998) dá novos contornos e cria condições jurídicas para a retomada das reformas que pouco haviam avançado desde 1963, evidenciando um hiato entre as intenções da lei e a realidade das transformações dos serviços.

A nova lei, de alcance nacional, consagra princípios e diretrizes que postulam um conjunto de serviços organizados em torno de uma rede pluralizada de cuidado, baseada em respostas e ações articuladas com a colaboração interministerial (SIQUEIRA-SILVA; NUNES; MORAES, 2013). Com a intenção de ser representativa, foi precedida por um grupo de trabalho designado como Comissão de Saúde Mental em Portugal (CESM), composto por representantes de diversos órgãos, visando oferecer um estudo preliminar das bases políticas e clínicas da nova lei. Passados praticamente 20 anos da Lei 36/98, publica-se o relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) pela Direção Geral da Saúde (DGS). Este documento oficial atesta a situação da saúde mental no país e indica que pouco se alterou: permanecem as dificuldades de financiamento, mantém-se a centralização dos serviços em centros urbanos, existe um número insuficiente de profissionais e vigora o estigma à doença mental. Aliás, a referência ao sofrimento psíquico ainda se traduz em termos de doença mental, como se pode observar em inúmeras publicações e reportagens jornalísticas sobre o tema.

A realidade portuguesa caracteriza-se por uma crescente rede informal de respostas sociais (atendimento clínico, apoio para moradia, alimentação, faxina, entre outros), iniciativas privadas articuladas com as autarquias, criando um circuito paralelo de oferta clínicas e de ações de suporte. Este conjunto específico se organiza, majoritariamente, em nível local e não está contemplado nos relatórios e documentos oficiais da saúde mental. Quadros de urgência

e de pacientes em crise são referenciadas aos hospitais gerais que criaram departamentos de psiquiatria como alternativa de descentrar o hospital psiquiátrico, tanto em termos operacionais quanto com o propósito de reduzir o estigma que se associa ao mesmo.

Considerando a trajetória da reforma portuguesa, é possível inferir que os modelos comunitários da psicoterapia institucional e, mais decisivamente, da psiquiatria de setor tenham se estabelecidos, originalmente, como as linhas inspiradoras no desenho clínico, legislativo e estratégico da reforma no país. A influência da psiquiatria de setor apareceria identificada na concepção de organização territorial dos serviços, preservando a referência ao hospital adstrito e compondo o desenho geográfico dos fluxos (HESPANHA, 2010). Já o traço da psicoterapia institucional apareceria na manutenção da instituição hospitalar enquanto dispositivo terapêutico atrelado à necessidade de mudanças nos processos de trabalho e nas formas de convivência entre todos que habitam este espaço: médicos, enfermeiros, técnicos, usuários (CEZAR, A; COELHO, P. , 2017). Não foram encontradas evidências significativas do pensamento basagliano e da proposta de desinstitucionalização. Particularmente, o que houve foi um expressivo movimento de desospitalização, com a transferência de boa parte dos usuários dos hospitais psiquiátricos (alguns foram fechados) para instituições religiosas, segmento de grande influência neste setor.

Durante este breve percurso, compreendi que existem “reformas e reformas”. Da minha parte, vindo da experiência brasileira, de várias influências, mas principalmente afeita ao modelo italiano, foi necessário abstrair “o modelo ideal” para me aproximar das particularidades da realidade portuguesa. Com efeito, as reformas desencadeadas ao redor do mundo partiram do mesmo propósito de humanização da loucura e do tratamento ao louco e possuem inúmeras semelhanças. Entretanto, é preciso estar atento às trajetórias singulares que levam em conta o contexto histórico e social, a qualidade e intensidade do engajamento, os atores sociais participantes, os agentes institucionais que se fazem presentes e o fundamento epistemológico que funda as noções de sujeito, de sofrimento e de saúde mental.

Neste último quesito, a experiência portuguesa mostra-se muito arraigada à representação da loucura em torno do saber psiquiátrico (doença mental), sendo dominante e consensual entre os diferentes participantes deste universo. As críticas ao atual estado da saúde mental daquele país por parte dos gestores, profissionais, usuários (utentes), familiares e comunidade não descrevem um campo de tensão e conflito, e o discurso mostra-se unificado em torno da definição de doença e da referência à autoridade psiquiátrica. As principais reivindicações se concentram na necessidade de proceder mudanças na organização dos serviços e no trabalho junto à comunidade, com vistas à redução do estigma que envolve a doença mental. Nesse sentido, existem movimentações de uma ampla gama de organizações

não governamentais, criadas em torno da identificação e agrupamento de usuários a partir de tipos de transtornos, pela busca da garantia dos direitos e do tratamento dos usuários e pelo interesse de informar e prevenir à comunidade sobre um transtorno. Há, portanto, uma linha de continuidade entre praticamente todos os segmentos envolvidos (gestão, usuários, comunidade, universidade) em torno da concepção binária saúde-doença, em que o usuário é parte do processo de legitimação desta concepção de cuidado. Em síntese, embora seja possível identificar a pluralização e ampliação do cuidado em termos de inclusão da comunidade e do caráter multiprofissional, o pensamento científico da psiquiatria se sobressai como a linha ideológica da reforma portuguesa.

Precisamos estar cientes de que, assim como em Portugal, em boa parte do mundo os avanços e os projetos de modernização da saúde mental têm sido concebidos e mantidos em torno do conhecimento da psiquiatria. Assim, a realidade daquele país não é uma exceção. Pelo contrário, tem se mostrado cada vez mais presente. Dessa forma, podemos depreender que, embora Portugal e Brasil tenham sido inspirados pelo desejo reformista, os projetos de mudança na assistência em saúde mental resultaram em projetos singulares.

7.2.3. A versão brasileira da Reforma e o paradigma psicossocial

Fartamente documentado, o cenário brasileiro na assistência em saúde mental era desumanizante até a década de 1970, organizado em torno de grandes instituições manicomiais de cunho asilar. Impulsionada pelo caráter militante de profissionais, usuários e familiares reunidos em torno das críticas ao caráter científico da loucura como objeto de estudo, a reforma psiquiátrica no Brasil se revelou mais ambiciosa e revolucionária do que na maioria dos outros países. Na conjuntura nacional, os primeiros anos da década de 1980 tinham como pano de fundo o contexto de redemocratização do país, depois de duas décadas de um regime de ditadura civil-militar. Vemos surgir o movimento pela Reforma Sanitária, que culmina com a inclusão na Constituição Federal da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Pouco tempo depois, é instituído o Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080, que preconiza uma rede pública/conveniada de saúde visando uma atenção integral à população em todos os níveis de cuidado: prevenção, promoção e reabilitação.

No campo da saúde mental, localizamos as décadas de 1980 e 1990 como marcos teóricos e políticos fundamentais no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em suas diferentes camadas. Neste período, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), esta última culminando na promulgação, no mesmo ano, da Lei 10.216, de âmbito nacional. Esta lei dispõe sobre a

proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e decreta o redirecionamento para o modelo assistencial de natureza psicossocial, normatização que impulsiona e fortalece os novos dispositivos institucionais de base territorial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal equipamento de cuidado e de regulação da rede de saúde mental.

A saúde mental é um conceito incorporado à RPB como um marco da mudança paradigmática do rumo da assistência e da ética, em substituição à referência manicomial, síntese do processo de transformação da loucura e da captura do louco e do seu lugar social pela medicina em torno da doença mental. Figueiredo (2010) afirma que esta referência advém do contexto das amplas reformulações das políticas psiquiátricas que ocorreram ao redor do mundo, inspirada, em parte, no modelo preventivista da psiquiatria comunitária norte-americana, pela ênfase na promoção das ações em saúde visando estabelecer novas relações com a loucura.

Tenório (2002), por sua vez, analisa que o lugar estratégico que a expressão “saúde mental” assumiu no discurso da reforma brasileira se deve a dois aspectos: para indicar o afastamento da figura médica da doença – que negligencia os elementos subjetivos que participam da existência concreta do sujeito em questão – e para afirmar a expansão do campo de práticas e de saberes não limitados à medicina e aos saberes tradicionais da psicologia. Aos poucos e apesar da crítica quanto ao contexto de seus primeiros usos, a definição de saúde mental é positivada pela reforma por sua importância estratégica, transmutando-se em bússola das políticas públicas, conclui o autor. Segundo Noal *et al.* (2016), o termo saúde mental circunscreve um conjunto denso e complexo de conhecimentos e formas de cuidado que não se restringem à psicopatologia, à semiologia ou ao tratamento dos transtornos mentais, sendo reconhecido como um campo polissêmico, intersetorial e transversal, inserido no âmbito das políticas públicas de saúde e incluindo, na mesma medida e proporção, sujeitos e coletividades.

Neste recém constituído universo psicossocial, as ações iniciais foram dirigidas, prioritariamente, aos usuários com longa história de institucionalização, população que sofria no corpo e na alma as consequências nefastas do seu lugar social. A partir dos anos 2000, a ênfase é dirigida à população com uso problemático de álcool e outras drogas e, mais recentemente, o debate se centrou nas questões relativas à infância e à medicalização da mesma. Podemos concluir que, via de regra, hoje em dia não há grandes lacunas para o tratamento dos transtornos acima referidos, cujo acompanhamento é previsto, em tese, pela articulação entre os diferentes equipamentos de saúde e assistência no território dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011. Em contrapartida, o mesmo não se pode

dizer das experiências de sofrimento moderado e das urgências desta população, que se mostram relegadas e com pouco avanço em termos de políticas públicas.

Para Alberto Diaz (2013), apesar do nível crescente de interesse pela questão da crise, muitas vezes pressionados pelo seu aparecimento, parece surpreendente não que não se encontre muitos estudos sobre o tema na aproximação do que chamamos de clínica da urgência. Já Lobosque (2011) situa o atendimento à crise como nevrálgico para a sustentação do processo reformista. Para ela, não é possível avançarmos sem nos ocuparmos da garantia deste atendimento, ressaltando a importância de avaliar a gravidade da mesma para que os casos possam ser acolhidos em diferentes pontos da rede.

Souza (2008) é outro que faz coro a esta discussão e assinala que a formulação de respostas à crise se mostra um dos principais desafios no atual momento da reforma, na medida em que é uma condição para o prosseguimento das mudanças e da manutenção do ideário reformista. O autor afirma que as respostas à crise funcionam como analisador dos processos implementados pela Reforma, indicação que nos alerta para a importância dos serviços e suas respectivas equipes com relação ao seu manejo. Coerente a este contexto, o tema foi destaque no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em Brasília no ano de 2010:

A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado (BRASIL, 2010, p. 74).

Temos, portanto, o registro da atualidade política e clínica desta discussão. Em estudo mais recente, Dias, Ferigato e Fernandes (2020) colocam-se a tarefa de desenvolver uma reflexão mais apurada sobre este cenário em relação às políticas públicas brasileiras. Os autores destacam as disputas em torno dos conceitos e dos tipos de intervenção sobre a mesma. Apesar disso, concluem que a expansão da rede de saúde mental no modelo comunitário, e a consequente redução de leitos, promoveu um inovador conjunto discursivo distinto do vocabulário convencional e novas abordagens, diferenciadas daquelas produzidas no âmbito hospitalar.

Contudo, cabe a ressalva de que a maior parte dos estudos e pesquisas fazem alusão aos usuários com transtornos graves, ameaçados pelo circuito tradicional de internação que as eventuais crises poderiam suscitar e que, por conta disso, a rede de saúde deve estar preparada ao acolhimento. Contudo, e uma vez mais, faz-se necessário ratificar a presença de uma outra parcela da população, que não corresponde ao segmento anterior, que se encontra suscetível a impasses subjetivos durante a vida e que não tem, até o presente momento, projetos de cuidado

definidos na RAPS. Relembremos que a qualificação de crise que nos orienta remete a um momento específico da vida (e não a uma condição permanente) e à forma como o sujeito neurótico se inscreve e circula no laço social e nos serviços de saúde em distinção aos demais usuários com transtornos graves. Ou seja, a condição de “autonomia” do sujeito com sofrimento moderado em relação aos serviços é distinta da condição daqueles. Tais apontamentos são fundamentais na discussão deste segmento na atenção psicossocial, que não passa pela generalização do modelo destinado à população com transtornos graves e de longa história de tratamento.

De alguma maneira, a secundarização desse grupo descreve um mecanismo de recalque do ideário reformista cujo enfrentamento precisa ser feito buscando alternativas condizentes a esta parcela da população. De maneira geral, as soluções indicadas não tiveram o alcance esperado nem foram bem-sucedidas em relação aos serviços de natureza territorial e interdisciplinar, como o CAPS e demais dispositivos clínico-políticos. Esta dificuldade aponta a inexistência de um lugar simbólico dentro da RAPS para essa demanda e favorece a ampliação do discurso médico psiquiátrico, que a acolhe e a ela responde com seus mecanismos tradicionais – como os ansiolíticos e antidepressivos –, fazendo com que a rede básica de saúde seja responsável por número significativo de prescrições e pelo aumento do consumo desses medicamentos em nosso país.

A RAPS foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, abrangendo sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Com as mudanças editadas pelo novo governo, através da Nota Técnica 11/2019, do Ministério da Saúde, são incluídos o Hospital Psiquiátrico, o ambulatório multiprofissional de Saúde Mental e as comunidades terapêuticas. Antes disso, a Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, fez adendos à RAPS, incluindo leito em hospital psiquiátrico especializado como parte da RAPS e alterando os modos de financiamento para leitos hospitalares (tornando mais interessante financeiramente a internação de longa duração). Com estas inclusões, a nova Política agride frontalmente a pauta de conquistas obtidas com a Lei 10.216, ao definir que o princípio orientador do redirecionamento do modelo de cuidado deixa de ser substitutivo e passa a ser alternativo.

Em meio a tal retrocesso, essa mesma portaria incluiu o financiamento para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT). Muitos municípios que não haviam desativados seus ambulatórios de saúde mental, apesar de não terem financiamento para os mesmos, agora estão buscando sua habilitação. Nesse sentido, o atendimento ambulatorial reaparece como serviço e passa a

receber incentivo de custeio. Esta mudança, sob certo ponto de vista, parece representar um avanço ao prever uma modalidade de cuidado que não estava adequadamente contemplada na versão anterior da RAPS e que não se percebia acolhida, nem na atenção básica e nem nos CAPS. Contudo, o fato de incluir uma equipe multiprofissional especializada não garante, *a priori*, nenhuma mudança significativa no modo de cuidado. Pelo contrário, o que se pode depreender desta decisão, e que hoje já temos elementos concretos para afirmar, é que a mesma tenta dar novas roupagens ao antigo ambulatório reintroduzindo o modelo privado de cuidado, que resulta nos mesmos problemas que forçaram o seu fechamento: consultas burocratizadas, filas de espera, incremento da prescrição medicamentosa e provável tendência de cronificação do doente pela identificação e submissão às novas formas de captura do sujeito, referido aos códigos diagnósticos de transtornos.

Frente a esta realidade, impõe-se um trabalho árduo de afirmação do modelo, disseminação de informações e qualificação dos serviços, usuários e trabalhadores, em especial na atenção básica, que mantém uma estreita dependência em relação ao código médico para o acolhimento aos casos de saúde mental. Neste ponto, fica nítido que o agenciamento e a produção de novas respostas destinadas às situações de crise precisam contar com a participação ativa da rede de assistência da saúde, sem a qual pouco se conseguirá avançar na direção de mudanças paradigmáticas. Esse desafio passa também pela inclusão de temas que atravessam estruturalmente as possibilidades de acesso e a qualidade do cuidado, como a população negra, indígena, LGBTQ+ e moradores de rua.

7.2.4 Trajetória da saúde mental em Santa Maria

No município de Santa Maria, região central do estado do Rio Grande do Sul, até a década de 1960 (na época com 120 mil habitantes) o fluxo dos casos identificados como “doença mental”, de acordo com Crassoves (1995)⁹ não se diferenciava do que ocorria no resto do país: encaminhamento para internação junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre. O deslocamento era feito por trem e, durante o período de espera, os pacientes eram mantidos em celas no presídio da cidade. Oliveira (2003) menciona a contratação de uma assistente social em 1956 para ser incorporada à equipe do Centro de Saúde da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, com a atribuição de identificar e encaminhar os doentes

⁹ Dos poucos documentos que registram a história da saúde mental de Santa Maria, destacamos: *O percurso da loucura em Santa Maria: Comunidade - Instituição - Sociedade*, de Mara Lucia Crassoves (1995); *Cartografias da Reforma Psiquiátrica: Desinstitucionalização e Gestão*, de Douglas Casarotto de Oliveira (monografia de graduação em Psicologia - UFSM, 2003); e *O Processo de Construção de uma Rede em Saúde Mental: Desafios e Potencialidades no Processo da Reforma Psiquiátrica*, de Gustavo Zambenedetti e Claudia Maria Perrone (2008).

mentais ao referido hospital. Segundo Oliveira (2003) e Crassoves (1995), com a criação da Universidade Federal de Santa Maria, em 1960, e da faculdade de medicina, surge a unidade de psiquiatria, que estabelece uma parceria com o Hospital de Caridade da cidade para a instalação de um ambulatório de Saúde Mental nos porões do referido estabelecimento.

Em 1968, ocorre a abertura deste ambulatório junto ao dispensário anti-venéreo, sob a responsabilidade do Estado, disponibilizando atendimentos individuais e praxiterapia com o propósito de reduzir encaminhamentos à capital. Em 1969, um convênio entre a UFSM e a Secretaria de Saúde do Estado (SES/RS) pôs em funcionamento o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM), ampliando o leque de tratamento com eletroencefalograma e eletrochoque. De acordo com Oliveira (2003), a criação do CCSM teria suscitado o surgimento de outros núcleos similares, a ponto de, no início da década de 1970, a cidade contar com uma rede extensa de atendimento, esboço de um movimento de reforma conforme inspiração de outras iniciativas similares pelo mundo.

Paradoxalmente, Crassoves (1995) reconhece que “a década de 60 caracterizou-se por um empenho dos profissionais em concretizar o projeto do Hospital Psiquiátrico da Universidade” (p. 47). Na pesquisa disponibilizada pela autora, 1972 marca o ano de inauguração de um hospital-dia, e 1974 registra a abertura de uma unidade de internação integral com 20 leitos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), inaugurado em 1970. Tal ocorrência faz com que a atenção em saúde mental na cidade assuma contornos hospitalocêntricos. Nos anos 80, ocorre a incorporação do Centro Comunitário pelo HUSM, que amplia a sua capacidade de internação e se torna referência para a cidade e região, prestando serviço ambulatorial, emergencial e de internação. Na mesma medida em que se ampliava o serviço de internação, verificava-se o enfraquecimento e a extinção dos demais serviços de cuidado em saúde mental existentes (CRASSOVES, 1995, p. 48). Durante a década de 80, seria possível afirmar que todo o serviço de saúde mental se realizava vinculado ao hospital psiquiátrico, transformado na única referência na cidade. Em 1982, esse hospital foi transferido do centro para o Campus e transformado em Unidade do Hospital Geral, mudança administrativa que teria gerado descontentamento pela perda do status de hospital que a unidade dispunha, ao mesmo tempo em que marca o surgimento do serviço de emergência psiquiátrica do HUSM.

A trajetória santa-mariense não é indiferente aos movimentos que acontecem em nível nacional e estadual, com repercussão municipal. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e da I Conferência de Saúde Mental (1987), verifica-se o aprofundamento dos questionamentos sobre os modos de funcionamento das instituições responsáveis pelo tratamento da loucura. Em 1987, Sandra Fagundes é a primeira mulher,

psicóloga de profissão e não médica, a assumir a coordenação da política de saúde mental da SES/RS, e inova com a criação da Política de Atenção Integral em Saúde Mental (PAISMental) do estado do Rio Grande do Sul, com uma série de iniciativas articuladas em torno da RPB. Fagundes (2018) identifica três acontecimentos decisivos para o rumo do PAISMental no estado, ocorridos em 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no Rio de Janeiro, o encontro de Bauru-SP e o curso de Administração de Serviços de Saúde Mental em Concórdia (Argentina).

Na referência à CNSM, destaca-se a inclusão do usuário e dos trabalhadores como segmentos legítimos no debate sobre os rumos da reforma de saúde mental. Apresenta-se um novo protagonismo na cena do debate, compatível com o ambiente democrático. Desde então, não parece ser possível discutir a reforma sem que se façam presentes representantes dessas categorias. A conferência abre lugar à participação social. O encontro de Bauru, como ficou conhecido o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental – com o lema "Por uma sociedade sem manicômios" –, é um marco histórico do movimento, que escolheu 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Este simpósio foi um acontecimento propulsor para o projeto de lei nacional e o da lei gaúcha da reforma. Já o curso, realizado em solo argentino, teve apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), e sua relevância se deu, segundo Fagundes (2018), pelo compromisso de multiplicar a aprendizagem por meio de metodologias ativas, fazendo dessa formação a principal estratégia dos processos loco-regionais do PAISMental-RS.

Se por um lado o movimento nacional estabeleceu um contínuo e rico diálogo com experiências internacionais, em especial com a iniciativa italiana da desinstitucionalização, por outro, no Rio Grande do Sul, como dito acima, este intercâmbio se nutriu também de trocas latino-americanas, em parceria com cursos de aperfeiçoamento e especialização regionalizados e com a assessoria do sanitarista argentino Ruben Ferro. Encontros, fóruns, conferências e seminários se multiplicaram por municípios do interior, como Passo Fundo, Santa Maria e Bagé, estampando o traço latino-americano da reforma gaúcha, em aproximação com os países da bacia do rio da prata (*ibid.*). A capilarização e o fortalecimento junto aos diferentes movimentos sociais foi fundamental para a aprovação unânime, pela Assembleia Legislativa gaúcha, da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul (Lei nº 9.716/92). Entende-se que esta conquista resultou de um amplo movimento de mobilização e participação social com a presença de um novo ator social: o usuário de saúde mental, cuja voz e manifestação afirmou sua condição cidadã e sua capacidade de viver em liberdade.

Este recorte histórico e político oferece subsídios que nos auxiliam a compreender as influências e os caminhos que fizeram com que o estado do Rio Grande do Sul criasse a

primeira lei de Reforma Psiquiátrica no país e a segunda na América Latina (a primeira teria sido na Província de Rio Negro, na Argentina em 1991), antecedendo a legislação nacional. Aliás, a proximidade do estado com a Argentina e a presença de afinidades históricas e culturais com os países da Bacia do Prata foram componentes que favoreceram a cooperação e a aceleração das intenções de mudanças na saúde mental.

Foi nesse ambiente, impulsionado pelos ventos da reforma, que cheguei a Santa Maria em meados dos anos 1990 para assumir o cargo de técnico-científico (psicólogo) como servidor público estadual. Em decorrência do processo de municipalização da saúde, sou transferido para o ambulatório de Saúde Mental vinculado à secretaria de saúde do município. O ambulatório foi um dispositivo instituído pela Portaria/SAS/MS n. 224 de 1992, a qual definiu o atendimento em saúde mental a partir de dois modelos: o hospitalar e o ambulatorial. O primeiro compreendia os diferentes níveis de internação. Já o segundo corresponderia às demais práticas, desde consultas individuais, atendimentos grupais, visitas domiciliares, podendo ocorrer na atenção básica, centros de saúde e ambulatórios especializados. Além disso, a portaria orientava para a oferta intermediária de atendimento por meio de serviços como NAPS e CAPS, dispositivos ainda em estágios iniciais de desenvolvimento.

Apesar das críticas dirigidas ao ambulatório, será pela participação de alguns de seus trabalhadores e com o apoio da gestão municipal que veremos surgir os primeiros CAPS da cidade. Assim, em 2002 é criado o CAPS II e, em 2003, é feito o cadastramento do primeiro CAPS ad. Em 2005, é inaugurado o CAPS Infância e Adolescência e, em 2009, um segundo CAPS ad. De acordo com Zambenedetti e Perrone (2008), a expectativa de diminuição dos atendimentos e das respectivas demandas endereçadas ao ambulatório não se concretizou, seguindo em alta e com permanente lista de espera, fato que se manteve após a abertura dos quatro CAPS. Parte desta situação pode ser compreendida pelo fato de que uma parcela significativa de usuários vinculados ao ambulatório não migrou para os CAPS, em decorrência da especificidade da população adstrita a este modelo. Por outro lado, a saúde mental na rede pública porta uma especificidade: qualquer oferta tende a ser imediatamente respondida e esgotada, ou seja, toda oferta criada gera demanda.

Em termos de serviços de urgência em saúde mental, Santa Maria dispunha de um serviço especializado de psiquiatria ligado ao Hospital Universitário, com acolhimento de urgência de alcance regional até 2015. Com a reforma administrativa e adequação aos novos fluxos, o P. A. psiquiátrico foi fechado, assim como a unidade destinada aos usuários de álcool e outras drogas, mantendo-se apenas com uma unidade para internações de usuários com transtornos mentais sem relação direta, *a priori*, com este quadro. Tal fato favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas e repercutiu nos CAPS ad da cidade, que precisaram

estabelecer referência com hospitais da região para as situações em que a internação era indicada. Atualmente, o HUSM mantém plantão 24 horas de clínica geral e os casos psiquiátricos são inseridos no mesmo fluxo, conforme protocolo Manchester¹⁰ e avaliação de médicos emergencistas, que podem solicitar interconsulta com os médicos psiquiatras de plantão na unidade de psiquiatria. A articulação e parceria do HUSM, com os equipamentos de base comunitária, é uma dificuldade histórica com queixas e reclamações de lado a lado.

Atualmente, o município dispõe de dois serviços de Pronto-Atendimento adulto (Tancredo Neves e Patronato) com médicos emergencistas e, recentemente, por decisão judicial, a segunda unidade viu-se obrigada a implantar um plantão psiquiátrico com regime de 12 horas para o atendimento de crianças, adolescentes e gestantes. Como a procura de atendimento deste segmento foi considerada baixa, muitos adultos estão sendo encaminhados para este P.A., que faz a função de acolher o usuário e proceder os encaminhamentos para os serviços de saúde mental, como os CAPS, Santa Maria Acolhe ou à internação no HUSM.

A cidade ainda conta com a UPA Santa Maria, Unidade porte III, que funciona ao lado da Hospital Casa de Saúde, em operação desde 2012, administrado pela Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS) por meio de convênio com a prefeitura municipal. A UPA presta atendimento a toda e qualquer urgência e emergência (inclusive psiquiátrica), conforme classificação de risco, e conta com 20 leitos. As urgências em saúde mental são acolhidas e, se necessário, procede-se ao encaminhamento para a Unidade Psiquiátrica do HUSM, que se mantém como referência para internação. Em 2018, a UPA atendeu 793¹¹ casos psiquiátricos, que foram referenciados a diferentes serviços, em especial aos CAPS e ao Acolhe Saúde¹², serviço definido para o acolhimento dos usuários envolvidos em contexto suicida¹³.

7.2.5 O início no ambulatório de saúde mental

¹⁰ O Sistema de Triagem de Manchester é um instrumento que faz parte do processo de avaliação e gestão de risco para ordenar o fluxo de pessoas que buscam atendimento nos serviços de urgência e emergência. O protocolo tem o objetivo de estabelecer e classificar o risco de vida como forma de oferecer subsídios para a decisão das equipes de saúde quanto à priorização no atendimento. O STM apresenta uma ordem decrescente de risco em cinco níveis: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada uma destas categorias, existe um tempo previsto como ideal, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos [VOLMER, A.L.; FILHO, C.A. Protocolo de Manchester em pauta: como este aborda as questões de saúde mental? *Disciplinarum Scientia*, v. 17, n. 1, 2016].

¹¹ Fonte: Assessoria da Associação Franciscana de Assistência à Saúde (instituição responsável pela gestão da UPA porte III na cidade de Santa Maria - RS).

¹² Serviço criado e gerido pela Secretaria de Saúde de Santa Maria como estratégia de Atenção Psicossocial em resposta ao incêndio ocorrido na Boate Kiss, ocorrido no município em 27 de janeiro de 2013, para o cuidado imediato e longitudinal das pessoas afetadas direta e indiretamente pela tragédia.

¹³ Segundo dados da Vigilância Sanitária do Município de Santa Maria, em 2019 foram registrados 39 suicídios (28 homens e 11 mulheres).

O ambulatório foi o segmento institucional que, já na época do meu ingresso como psicólogo, viu-se envolvido em polêmica quanto à sua permanência e pertinência em compor a rede de saúde mental recém-criada. As divergências procediam pelo fato de que seu modelo clínico se centrava em atendimentos individuais, sem a consideração da inclusão da rede ampliada de cuidado. A crítica não se dirigia a uma categoria exclusivamente, como a psiquiatria, visando a prática que se exercia neste espaço. Era a própria existência e estrutura da clínica enquanto dispositivo que estavam sendo problematizadas. Desde lá, o debate avançou pouco e está à espera de maiores desdobramentos acerca dos usuários com sofrimento moderado. Sobre isso, Bezerra Jr. (2007) publica *Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor*, artigo cujo título testemunha os meandros históricos desta tensão no horizonte reformista. O autor descreve o impasse que vigorou nos primeiros tempos e traz as duas posições que, segundo ele, se mantiveram conflitivas e concorrentes:

A necessidade de desenhar um horizonte de ação que ultrapassasse os limites da assistência e se dirigisse aos aspectos culturais, sociais, políticos, e jurídicos da cultura manicomial fez com que o movimento insistisse muito nas limitações das propostas de transformação do cenário psiquiátrico centradas na dimensão clínico-assistencial. Por conta disto, muitos chegaram a colocar em segundo plano o debate sobre os desafios clínicos trazidos pela desmontagem da cultura asilar, desconsiderando o fato de que a construção de novas abordagens terapêuticas do sofrimento psíquico é uma tarefa axial da Reforma. Por outro lado, muitos profissionais engajados na clínica tendiam a não compreender a necessidade de lutar pela instituição de um enquadre político, jurídico e organizacional forte o suficiente para resistir aos movimentos de restauração da velha ordem psiquiátrica. Por causa desta incompreensão mútua, as conversas acerca da clínica no campo da luta antimanicomial frequentemente resultaram em nada mais que monólogos cruzados, sem que se avançasse na formulação de novos referenciais para a clínica que se experimenta fazer nos novos cenários assistenciais (BEZERRA JR., 2007, p. 23).

O autor destaca que, apesar de ainda existirem resquícios, o fato é que vimos surgir um vigoroso e estimulante debate sobre o tema, que incluiu a presença de analistas de diferentes matizes teóricas e com presença expressiva do pensamento laciano, o que resultou numa característica ímpar do movimento brasileiro, pouco comum em outros países.

Na mesma perspectiva, Tenório (2001) identifica duas posições sobre a natureza das transformações com relação ao lugar e ao valor da clínica: uma que propõe a sua superação pela ênfase na dimensão política e social e outra que entende haver na loucura uma especificidade que somente o viés clínico seria capaz de acolher de maneira positiva. Na leitura do autor, o campo teórico-prático brasileiro não teria recebido apenas uma única influência, tendo sido emoldurado por três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicomotora. De acordo com ele, a psicanálise, junto com a psiquiatria, constituiu os saberes de base desse novo campo, embora fosse rechaçada na primeira vertente e comparecesse em proporções distinta na segunda e terceira categoria. Assim, a influência da

psicanálise seria reduzida nas práticas estritas da reabilitação; negada na vertente da desinstitucionalização de inspiração das práticas italianas, mesmo que presente como saber e interlocutor criticado; e explícita na psicoterapia institucional, como no exemplo da Clínica La Borde. Para o autor, a psicanálise irá se alinhar ao novo campo da atenção psicossocial, advertida de que sua prática se fará no espaço clínico-institucional público, afetada pela categoria do Estado, algo de que, na clínica cotidiana, pode se desvencilhar.

Esta trama mereceu atenção de Veras (2009), em sua tese de doutorado. Para ele, o projeto brasileiro foi decisivamente influenciado pela crítica foucaultiana aos asilos, pelo pensamento esquizoanalítico de Deleuze e Guattari e pelo movimento basagliano, cerne da reforma democrática italiana. A centralidade da crítica em torno das relações de poder – incluindo aquelas em referência ao pai freudiano, ao nome-do-pai lacaniano e, especialmente, à figura do psiquiatra – buscavam banir o poder psiquiátrico, mas, com isso, teriam excluído também o saber clínico, o que teria acarretado o declínio desta dimensão neste contexto inicial. De maneira geral, os autores supracitados concluem que a oposição e a intensidade do conflito inicial cederam e hoje há um novo momento, no qual se reconhece a pertinência da clínica como um recurso adicional, que colabora na sustentação da atenção psicossocial e que assume diferentes formas, em dispositivos que vão dos modelos mais próximos do formato tradicional até a prática da supervisão clínica-institucional.

Parece que é disso que se trata quando Amarante (2003) sugere proceder à reconstrução do conceito e da prática clínica como uma tarefa essencial da reforma psiquiátrica, para que a relação entre profissional, instituição e sujeito não reproduza a concepção de tratamento fundada no isolamento da doença, enquanto um fato alheio à vida concreta dos sujeitos. Tal sugestão se aplica a todos os segmentos – gestores, trabalhadores e usuários –, colocando em questão a prática, não apenas em nível individual, mas relativa aos fundamentos do próprio campo de conhecimento a que pertence. Com efeito, isso se aplicaria à psiquiatria, à psicologia, à psicanálise, ao serviço social, à enfermagem e às demais áreas de saber.

Após este balizamento, retomamos e damos prosseguimento a nossa linha histórico-subjetiva. Considerando a diretriz de descentralização dos serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à competência municipal de organização e execução das ações de saúde, eu, servidor público estadual, sou cedido ao município de Santa Maria em 2001, sendo lotado no Centro Integrado de Saúde e Bem-Estar Social (CISBES), que respondia com uma estrutura e funcionamento de ambulatório de saúde mental nos moldes preconizados pela portaria 242/92, com atividades individuais, grupais e experimentações clínicas variadas.

O ambulatório surgiu em conjunto com outros equipamentos como: emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas, etc. De alguma maneira, tinha-se a expectativa de que a demarcação concreta de fronteira que sua existência operava entre o dentro e o fora do manicômio tivesse um efeito simbólico de reposicionamento do lugar social da loucura. Contudo, o resultado ficou aquém do esperado, e o que se viu foi uma relação de continuidade com a instituição hospitalar, especialmente pela manutenção da mesma concepção sobre a loucura e pela baixa interferência no fluxo que estabeleciam entre si.

No contexto ambulatorial daquela época, o conjunto de usuários reunia loucos e neuróticos, quase sempre os primeiros para os psiquiatras e os segundos compartilhados com os psicólogos/psicanalistas. O dispositivo de consulta individual tipificava seu principal *modus operandi* e, na eventualidade de se presenciar uma situação de urgência, a mesma era referida imediatamente ao pronto-atendimento psiquiátrico do Hospital Universitário. O perfil de pacientes com sofrimento moderado (neurose) e de usuários graves em condição estável constituía seu maior contingente e favorecia a manutenção de um ambiente sem sobressaltos e sem interferências externas. Apesar disso, não foi um processo fácil nem rápido encarnar o “psicanalista que convém”, conforme formula Figueiredo (1997, p. 168) em suas reflexões sobre o trabalho conduzido por analistas em ambulatórios públicos. A autora recolhe em sua pesquisa o cotidiano dos ambulatórios que identifiquei na minha própria experiência de expansão clínica, de interrogação sobre a ortodoxia psicanalítica e sobre quais seriam as condições mínimas para se atribuir a qualificação de um trabalho clínico que não se garante pelas insígnias imaginárias. Nesta travessia, foi indispensável ser confrontado com dilemas sobre o pagamento, o manejo da transferência, as particularidades relativas à classe social, a definição de frequência e a percepção de universos culturais distintos.

O psicanalista que convém, sugere Figueiredo (*ibid.*), não é o inconveniente que se atravessa na garganta da instituição como a espinha de um peixe, também não é aquele que se faz notar e se reconhecer por convencer, e tampouco se identifica ao convenientemente dócil que esconde sua arrogância. O psicanalista que convém é aquele que convive: “Conviver, viver com, é atravessar esse jogo em que o psicanalista faz de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade. O psicanalista não é especial, é específico. Só assim ele convém” (FIGUEIREDO, 1997, p. 168). Em sua diferença, segue a autora, o psicanalista se subtrai, mas não se retira do campo de trabalho, discussão e elaboração com a equipe; não lhe cabe ser “sabido”, justamente porque seu modo de compreender e lidar com o sintoma presume que este porta uma verdade não sabida. No meu caso, estava por se fazer um caminho de formação

que passava pela formalização da prática, no mesmo processo de engendramento de laços com os demais colegas do ambulatório e da comunidade psicanalítica.

A clínica concebida para o cuidado à saúde mental, seja no âmbito privado, seja no público, está em estreita relação com a forma como nos oferecemos transferencialmente— do ponto de vista individual e institucional – como destinatários da demanda do/a usuário/a. Dito de outra forma, como nos situamos em relação aos processos de acolhimento e da oferta de tempo e de espaço que permita ao sujeito perceber-se incluído, para, ato contínuo, nos confiar sua angústia e nos incluir no seu sofrimento.

Em termos gerais, o discurso psiquiátrico de caráter biopolítico se transmitia amplamente nos ambientes ambulatoriais, introduzindo ou ratificando formas generalizadoras de nomeação do sofrimento a tal ponto que esta nomeação passou a ser requerida por meio de um diagnóstico. Segundo Dunker (2015), acompanhamos uma mutação do valor social do diagnóstico, que se converteu numa prática desejável e integrada na nova conformação da relação entre produção e consumo. Nesse sentido, o diagnóstico psicopatológico se tornou um poderoso meio de determinação e de reconhecimento, inclusive como instrumento para articular demandas e direitos. Esta foi uma das circunstâncias que marcou negativamente os processos clínicos dos ambulatórios, a ponto de deixarem de ser vistos como alinhados aos propósitos e à expansão da política de saúde mental, para serem considerados como uma forma renovada do exercício de micropoder. Este desdobramento ocorre pela popularização e generalização dos códigos classificatórios de doenças mentais, embasada numa gramática que produz diagnósticos no mesmo ato em que associa medicamentos como resposta terapêutica a esses diagnósticos. Curiosamente, a identificação de novos transtornos emerge quase que simultaneamente à oferta farmacológica correspondente à sua terapêutica.

Paralelamente, minha prática filiada ao campo psicanalítico não ficava indiferente no cenário ambulatorial. Por um lado, era questionada e criticada por reproduzir o modelo médico e, por outro, duvidava-se da qualificação de psicanalítica como atributo do trabalho. Por muitas vezes, fui questionado sobre como esta clínica se sustentaria nestes lugares, considerando a discrepância entre o modelo tradicional do que se propunha neste lugar. A tal pergunta, respondia me valendo mais da reprodução de uma indicação de Freud, sobre a provável e necessária presença de analistas no âmbito institucional e público, do que pela segurança de estar ocupando legitimamente este lugar. Para Freud (1916-1917/1996), cedo ou tarde chegaria o momento de haver oferta de tratamento analítico dirigido às classes mais pobres. Quando isso acontecesse, seria preciso adaptar a técnica a estas novas condições, atentos ao risco de fundir o ouro da análise com o cobre da sugestão, ou seja, de intervirmos respaldados pelo exercício de poder em detrimento do acolhimento sensível da singularidade.

De certa maneira, o dispositivo clínico de orientação psicanalítica concebido para a neurose não está imune a sobressaltos, tanto para quem fala quanto para aquele que escuta. Contudo, uma eventual desestabilização não comporta os efeitos de urgência e costuma ser manejada na própria relação e entre os envolvidos. Assim, no contexto ambulatorial, as experiências agudas de sofrimento não eram regulares a ponto de requisitar um dispositivo específico. A manifestação da urgência, tanto quanto associada ao psiquiatra, era referenciada ao hospital, e mesmo após a reformulação da assistência em saúde mental, o atendimento à crise mantém-se pouco elucidado no que diz respeito à sua descrição fenomênica e à abrangência da sua assistência – ou seja, como se define uma crise e a quem cabe fazer o quê. A disponibilidade para este acolhimento, como dito acima, depende da concepção que cada serviço elabora para sua existência e da própria definição do que é crise. Desta forma, é comum que algumas UBS, CAPS e mesmo ambulatórios estejam mais disponíveis do que outros para este tipo de cuidado.

Conforme já mencionado, o ambulatório tornou-se alvo de críticas vindas de várias frentes. Com a expansão dos CAPS e com o desinvestimento progressivo do mesmo ambulatório e da população acolhida por ele, este vai perdendo o lugar estratégico que outrora lhes teria sido atribuído. Por fim, no novo desenho que institui RAPS por meio da Portaria 3.088/11, o ambulatório é formalmente excluído como dispositivo de cuidado, perde o respaldo da política oficial e deixa de receber verbas para seu autofinanciamento, circunstância que levou ao fechamento de muitas dessas unidades no país.

A mobilização pela redução e extinção destes equipamentos por parte dos movimentos da reforma não mobilizou, na mesma medida, a discussão e a proposição de soluções mais efetivas para o quadro, fato que merece ser problematizado devido à pouca visibilidade dos sujeitos em sofrimento moderado que permanece, ainda hoje. A intenção de que os mesmos pudessem ser acolhidos e acompanhados na atenção básica não obteve o êxito esperado. O caráter atípico da demanda “mental”, a dificuldade de manejo dos efeitos transferenciais e a importação do modelo de consulta médica frustraram as expectativas. Com poucas exceções, as condutas são reservadas para a prescrição e a renovação de receitas psiquiátricas e algumas atividades de cunho educativo inseridas em programas de tabagismo, diabetes, hipertensão, etc. Se tais ações, por seu caráter coletivo, portam um importante viés inclusivo e terapêutico, muitas vezes negligenciam demandas mais particulares.

Se no consultório privado a semelhança cultural entre analista e paciente esvazia a tensão social destes elementos, tomados como intrínsecos, nos serviços públicos de saúde esta variável tem outro destino – ora negada e naturalizada, ora marcada pelo viés assistencialista e moral a mascarar a hierarquia vertical que se afirma entre profissional e usuário. Ainda hoje,

este impasse permanece oculto e dissimulado nos equipamentos de saúde e de saúde mental, tanto em nível nacional quanto.

Permaneci no ambulatório durante dois anos, sensível às limitações, às críticas e às possibilidades. Durante este caminho, colaborei com a introdução da lógica interdisciplinar, pela importância da reunião de equipe e pela inclusão de oficinas de geração de renda como alternativas clínico-políticas de reinserção social. Simultaneamente, junto com outros colegas, compartilhávamos da tarefa inadiável de interrogar as bases discursivas do tratamento da loucura, promovendo a disseminação da nova lógica da saúde mental. Mantive-me no ambulatório até ser convidado para compor a equipe formada para a instalação do primeiro CAPS ad da cidade, o CAPS Caminhos do Sol. O ambulatório de saúde mental, por sua vez, manteve-se em funcionamento até abril de 2017, quando foi desativado definitivamente, e seus poucos profissionais foram transferidos para unidades de saúde especializadas, onde seguiram com atendimentos nos mesmos moldes anteriores.

7.2.6 Ampliando territórios: a experiência com a crise no trabalho no CAPS

A minha mudança para o CAPS ad não resultou no apaziguamento das incertezas. Pelo contrário, minhas inquietações foram deslocadas para outro lugar, incorporando novas perguntas ao protagonizar, com outros colegas, a implantação de um serviço desse tipo na cidade. Muitos de nós estávamos cientes de que participávamos de um movimento maior. Com a Lei 10.216, o CAPS se constituiu como o núcleo estratégico clínico-institucional do modelo substitutivo que se espalhava pelo país, apostando na relevância de um espaço institucional territorializado e aberto. Os CAPS são equipamentos destinados ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, numa referência clara à prioridade que se deve garantir a esta população para que a mesma se mantenha distante das malhas manicomiais. Santa Maria conta, atualmente, com quatro CAPS – um CAPS II, um CAPS infância/adolescência e dois CAPS ad –, que são responsáveis por parte significativa dos atendimentos deste conjunto da população. Não é demasiado dizer que, assim como “cada reforma é uma reforma”, cada CAPS é um CAPS. Dito de outra forma, apesar da política pública ser explícita em seus princípios e diretrizes, sabemos que a política admite um viés instituinte que reconhece a realidade local como elemento decisivo.

O período em que atuei no CAPS ad pode ser dividido em dois momentos. O primeiro, enquanto integrante da equipe, momento inicial de construção coletiva de um desenho institucional para o acolhimento de usuários com uso problemático de álcool e outras drogas. A demanda era predominantemente masculina, com uso crônico e abusivo de álcool, seguida por um contingente pequeno de usuários de cocaína e, esporadicamente, de maconha. Apesar

desta discrepância, havia a preocupação em diferenciar as especificidades do uso e como se articulava com o domínio da saúde, da segurança pública e dos direitos humanos, considerando critérios como classe social, gênero, faixa etária e suporte familiar. Da mesma forma que tínhamos consensos, havia discordâncias com relação aos propósitos e modalidades terapêuticas, e o ideal de abstinência predominava sobre o da redução de danos, que demorou para encontrar legitimidade. A pergunta sobre o que eu e demais integrantes da equipe poderíamos fazer em situações de crise, orientados pela psicanálise, movimentou-me a escrever um artigo¹⁴, ainda incipiente, mas importante para a época.

O segundo tempo marca minha função de coordenação do CAPS e coincide com a entrada do crack no universo do consumo de drogas da cidade, numa epidemia que nunca se revelou como tal. Tempos agitados com noites insones, antecipando o fluxo de pessoas que estariam à porta do CAPS no amanhecer. Eis que aqui se produziu um momento de crise em suas várias faces: da instituição, do saber, da cidade, do usuário, do laço social, dos dispositivos clínicos. A urgência era a modalidade de tempo que organizava os discursos sobre o crack e as expectativas de solução. Era uma temporalidade ainda mais premente daquela que habitualmente se fazia presente com usuários de álcool, com a qual eu havia adquirido relativa familiaridade. Perturbado, tentava compreender o fenômeno me fazendo aprendiz, embora sem os resultados clínicos esperados. A tensão era companheira fiel entre os envolvidos, e as condutas consistiam no acolhimento em regime intensivo, atividades de grupo, visita domiciliar, atendimentos individuais, uso de medicação e encaminhamentos para internação pelo afastamento da vida cotidiana, que, em grande medida, se encontrava estremecida. O limite estrutural da eficácia simbólica se fazia mais evidente, e os efeitos terapêuticos e subjetivos dos atendimentos em suas variadas modalidades mostravam-se aquém do esperado. Trabalhávamos acuados pela urgência, o que dificultou a introdução de pausas para a reflexão sobre o próprio processo de trabalho e sobre como se fazia sentir nesta demanda um tipo de discurso moralizador e excludente. Víamo-nos desamparados com o que tínhamos de recursos terapêuticos, fato que não passou despercebido pelos usuários, os quais, por sua vez, não conseguiam se situar em relação ao CAPS e ao que lhes acontecia com outra demanda que não o pedido de medicação e internação.

A recusa inicial dos hospitais gerais da região central do estado em receberem em suas unidades de saúde mental usuários de crack, identificados, à época, como violentos, foi resolvida quando o ministério da saúde ofereceu um valor de diária hospitalar muito acima

¹⁴ RODRIGUES, J.; DASSOLER, V.; CHERER, E. A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. *Mental*, v. 10, n. 18, p. 69-88, jun. 2012.

daquele que custeava as internações de natureza orgânica, e mesmo as demais do próprio campo da saúde mental. Em seguida ao acréscimo pecuniário, não sendo coincidência, houve um abrandamento das recusas de internação justificadas pelo risco e perigo que eram atribuídos aos usuários de crack. Rapidamente, unidades de internação em hospitais gerais foram criadas ou ampliadas, muitas delas submetidas à lógica do mercado e do apagamento da subjetividade, com projetos terapêuticos fixos e generalizadores.

Entre as atribuições do CAPS, o cuidado à crise com seus usuários é previsto com a modalidade intensiva do arsenal técnico-institucional. Desde o vasto campo psicossocial e a partir da experiência da reforma italiana, Dell Ácqua e Mezzina (2005) referem a dificuldade que se tem para definir o que se entende como crise ou emergência/urgência em saúde mental. Segundo eles, a definição de urgência não passa somente pela descrição clínica, envolvendo aspectos de gestão e aquilo que se tem disponível de organização na região/comunidade onde o sujeito se situa naquele momento histórico específico. Para os autores, a entrada da pessoa neste circuito está subordinada a uma medida de “valor limite” socialmente construída e que oferece as coordenadas que definem em que momento o sujeito e seu sofrimento serão lidos. O valor-limite, por sua vez, é estabelecido por meio de “sistemas de reconhecimento como limite do sofrimento, do distúrbio, da periculosidade social, da miséria individual, do peso das relações familiares ou de trabalho, da diversidade de comportamentos, da intolerância e da violência daquele particular tecido social” (DELL ÁCQUA; MEZZINA, 2005, p. 162). Como se pode ver, a experiência subjetiva da crise envolve uma diversidade de elementos, percepções e interpretações que vão do sujeito a outras instâncias, o que faz com que a atenção à crise não seja apenas uma questão clínica e individual.

Esse dado é curioso e revela que os próprios CAPS muitas vezes são responsáveis por encaminhar usuários para unidades de pronto atendimento sem que tenham procedido a uma avaliação mais criteriosa sobre a situação. Tal decisão, por vezes, é influenciada pela conjuntura precária em que muitos estão funcionando em termos de equipe, espaço físico, equipamentos. No referido CAPS ad, éramos confrontados diuturnamente com a explicitação viva e sem retoques dos limites da linguagem e da capacidade de tramitação significativa do aparelho psíquico, chamados a intervir em quadros de intensa vivência de angústia. “Fazer alguma coisa” se impunha, fosse uma resposta administrativa, subjetivante ou disciplinadora frente ao risco de passagem ao ato e de angústia decorrente da relação problemática com o contexto de uso e abuso de álcool e outras drogas.

Eram momentos em que o corpo aparecia em excesso, e o sujeito se via desprotegido e desprovido da capacidade de representação, de maneira que as atuações (*acting-out*) e o risco de passagem ao ato se mostravam iminente. Os episódios de crise não faziam alusão apenas à

fissura das drogas e à angústia da abstinência do álcool, mas se revelavam no enfrentamento daquilo que fica à espera do usuário enquanto ele está à deriva e retorna quando suspende ou reduz o consumo. Muitas vezes, a crise sobrevinha quando a lucidez lhe fazia ver as dificuldades financeiras decorrentes da compulsão e do abuso, da percepção de que a maioria dos familiares se mostrava indiferente, distante ou desconfiada das tentativas de aproximação, da identificação de problemas de saúde que desconhecia, do enfrentamento com questões judiciais, do pedido de separação, dentre outras que testavam a capacidade de elaboração e o propósito de promover algum tipo de mudança mais radical na vida.

Para muitos, a intenção de “mudar de vida” acabava se revelando um caminho difícil, marcado por exigências e acontecimentos que lhes surpreendiam e, por vezes, traziam como consequência um questionamento profundo e difícil acerca dos motivos de viver e das condições para se manter no propósito de recompor a vida sob outros parâmetros. Nenhuma alternativa parecia desejável, possível e suportável. Momentos como esses nem sempre surgem nas salas fechadas dos atendimentos individuais ou nas atividades de grupo. Dispositivos importantes, os espaços de ambiência são lugares privilegiados onde estes impasses subjetivos circulam e ganham força de expressão pela suspensão dos valores morais supostos aos espaços individuais e grupais. Sendo assim, lugares não formalizados dos CAPS são extremamente potentes, mas ainda não foram suficientemente dimensionados, razão pela qual não são lugares de presença efetiva da equipe que os localiza como habitat dos usuários.

Cientes disso, empreendemos um grande investimento à modalidade “intensiva” com resultados surpreendentes. Aos poucos, tínhamos um número significativo de usuários que desfrutavam de uma experimentação de convívio em que a “falta da bebida e da droga” tornava-se uma questão secundária – em sua perspectiva simbólica, a falta dava acesso a outras formas de representação do objeto. Dentro da conjuntura psicossocial, a oferta da modalidade intensiva é extremamente valiosa para o CAPS ad nos momentos de crise, desde que esta intensificação envolva uma aposta e uma presença da equipe para não configurar apenas um “lugar de contenção”. O fato do CAPS ter um funcionamento que permitiu ao sujeito circular na instituição, lhe conceder abrigo e, ao mesmo tempo, preservar sua liberdade foi um fator decisivo para transformar o cotidiano do serviço. Assim, eu e mais alguns deslocamos a ênfase dos atendimentos em salas fechadas para a extensão do pátio. O início da manhã, que havia se revelado carregado de tensão, se revelou fecundo clinicamente, momento em que nos colocávamos como destinatários para acolher as vivências do dia anterior, do retorno para casa, das dificuldades de seguir o tratamento, das surpresas da rua, das soluções que havia criado e que ganhavam formas diferentes diariamente.

Este breve relato surge como uma medida em favor da modalidade intensiva nos CAPS para o acolhimento de situações de crise, relacionadas ou não a álcool e drogas. Cuidar o sujeito em crise no território inclui o dispositivo CAPS, cuja função foi prevista na Portaria nº 336/2002. Segundo a portaria, os CAPS estariam capacitados para prestar atendimento público em saúde mental com a oferta de tratamento em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, dentro dos atos normativos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O atendimento intensivo é descrito como aquele destinado aos pacientes que, em função do quadro clínico atual, requerem acompanhamento diário. Esta indicação parte do pressuposto de que, em determinadas situações e com alguns usuários, o abrigo do serviço tem função terapêutica.

No cotidiano dos CAPS, observamos a ênfase das modalidades semi-intensiva e não intensiva vinculada a grupos/oficinas e atendimentos com casos que não requererem uma atenção mais complexa. Por outro lado, a indicação para o regime intensivo tende a ser uma estratégia mais restrita, menos usual e mais criteriosa. Em parte, esta decisão se justifica pela preocupação de não transformar o CAPS na referência central do usuário, privilegiando a sua circulação no território e em diferentes e múltiplos espaços no laço social. Paradoxalmente, o fantasma da “cronificação” tem sido um dos responsáveis pelo desinvestimento da modalidade intensiva, deixando de ver que esta proposta assegura ótimas condições para o acolhimento à crise, o que evitaria inúmeros encaminhamentos à internação.

Entretanto, a simples indicação da modalidade intensiva não é suficiente. Para que esta promova o efeito que supomos é preciso que a equipe problematize a noção de crise. Cabe, portanto, desmistificar o fantasma da cronificação que assombra os serviços e redimensionar as possibilidades de manejo e abordagem à crise como função do serviço e uma prerrogativa sustentável em muitos casos. Além disso, existe uma demanda que não corresponde ao “perfil CAPS”. Por muito tempo, esta delimitação não foi compreendida por parte da rede de saúde, os quais tinham seus encaminhamentos recusados, causando a impressão de que os CAPS serviam para pouco. Esta realidade mudou, e hoje, com raras exceções, o modelo de funcionamento do CAPS e suas respectivas clientelas são informações de posse de todos.

Para a sustentação da argumentação, é preciso incluir um elemento a mais referente à necessária presença dos profissionais nos espaços coletivos onde circulam os usuários, estabelecendo uma convivência com estes. Espaços físicos como o pátio, o corredor, o refeitório e a sala de espera são ambientes propícios ao acolhimento numa perspectiva que preserva a diferença clínica necessária, mas que reduz a dimensão vertical e hierárquica, que serve para ratificar lugares sociais distintos a partir da imposição unilateral de exercício de poder, conforme descreve Foucault (1961/2004). Nesse sentido, o cotidiano da vida institucional é entremeado pela presença de estratégias de tratamento que têm como pano de

fundo a vigência de conflitos relacionados aos saberes, técnicas e discursos. Advertidos de que o poder não é uma propriedade inerente a alguém ou a um campo específico, as intervenções devem visar o uso de práticas menos coercitivas e mais participativas.

Assim, durante minha permanência no CAPS ad, todo o serviço era compreendido como um território clínico, político e subjetivo. Se no ambulatório a dificuldade residia em dar provas da eficácia analítica no contexto público institucional, no caso do CAPS a dúvida residia em comprovar como a presença em espaços não convencionais tinha respaldo clínico-terapêutico. Um trabalho importante foi conduzido no acompanhamento com estagiários e residentes, para que este deslocamento e esta ampliação pudesse ser apreendida.

O lugar e a função da instituição ainda permanecem ambivalentes na atenção psicossocial. Para muitos trabalhadores e usuários, ela é a única referência possível de tratamento e sua função depende da manutenção e aplicação das regras para todos, sem abrir exceção. Para outros, a instituição é vista como uma ameaça ao sujeito e à reforma pela tendência de se regular pelo instituído, operando pela captura e massificação do sujeito, razão pela qual ela deveria ser buscada o menos possível. Segundo Zenoni (2000), a instituição encarna e condensa duas funções com lógicas discursivas distintas: acolher e tratar. Esta dupla face compõe a mesma cena: por um lado, vigora a dimensão institucional e a incontornável organização e proposição de normas de funcionamento e de garantias sociais; e por outro, a imbricação da clínica com a ética psicanalítica, preservando-se a dimensão singular para os casos em que a devastação do real – colocando em risco o sujeito em certos estados de psicose, em certas passagens ao ato ou em condições de abandono físico – pode levar à morte. Assim, há uma primeira função social que responde a uma necessidade individual e social. Simultaneamente, há uma segunda operação, que passa pela clínica e que abre as condições para novos enlaces e significações que não aqueles marcados e antecipados sobre o sujeito.

De acordo com Alvarenga (2011), o importante é que a equipe não funcione dividida entre aqueles que apoiam o particular em oposição àqueles a favor do universal, ou entre os que defendem a singularidade e os partidários da instituição, mas que funcione como espaço que encontre saídas criativas para esta tensão, orientando a direção de tratamento para o sujeito e para a própria instituição. Num determinado dia, um paciente trouxe um baralho e juntou outros três para compor um jogo de cartas. Eu estava no pátio e acompanhei a cena se armando. Ao redor da mesa, vários outros usuários se postavam e se revezavam no carteador. Nos dias seguintes, os baralhos e as mesas se multiplicaram, numa típica cena do interior gaúcho. Durante as semanas seguintes, a frequência dos usuários ao CAPS aumentou consideravelmente. Tal situação não passou despercebida pela equipe, que colocou o tema em discussão durante a reunião semanal. Pessoalmente, entendia que estava se produzindo, de

maneira não prevista, um efeito terapêutico importante para aquele grupo de pessoas, naquele CAPS e naquele momento específico do tratamento. Não via como uma nova ferramenta clínica replicável, mas uma solução que se revelou singular, justamente respondendo à ideia de inventar saídas para o real que se confirmam *a posteriori*.

Uma colega, por sua vez, se manifestou contrariada com aquela aglomeração. Para ela, o CAPS parecia um bar e, naquelas mesas, só estava faltando a cachaça. Esta frase foi o disparador para que pudéssemos, dentro das possibilidades de implicação de cada trabalhador, problematizar a rigidez do projeto institucional e como poderíamos responder sem que interviéssemos apenas de forma reativa para a preservação de um ideal. Para muitos de nós, era justamente porque outros objetos entraram (jogo de cartas) que a cachaça poderia faltar, e a falta desta não era uma ameaça iminente, mas um deslocamento criativo com viés de subjetivação. Contudo, parte da equipe não conseguiu ver além da composição imaginária de uma cena de bar adentrando e ameaçando o serviço.

De alguma maneira, este exemplo, referido ao contexto do CAPS ad, aproxima-se da posição de aprendiz proposta por Zenoni (2000) em relação à clínica da psicose na instituição: “É a psicose que nos ensina sobre a estrutura e que nos ensina sobre as soluções que ela mesmo encontra face a uma falta central no simbólico. É na escola da psicose que nós nos colocamos para aprender como praticar.” (p. 19). Ao levarmos estas considerações para a realidade psicossocial e para o exemplo acima referido, sustentamos como ponto de partida a posição de reserva quanto ao que é melhor para o usuário – posição que o analista e, indiretamente, a equipe devem assumir diante de situações novas. Assim, a posição de aprendiz da clínica defendida por Zenoni pressupõe a suspensão prévia e imaginária do que é o “bem” para o outro (alteridade enquanto um semelhante igual a nós), que se institui a partir de uma ordenação lógica, ou seja, é desde este “não sabido” que poderão surgir os indicativos permitindo ao próprio sujeito construir seu saber e suas soluções.

Sabemos que cada CAPS erige o seu contorno micropolítico em relação àquilo que lhe afeta do contexto macropolítico, constituindo, portanto, uma experiência clínica e institucional única e não replicável. Diante disso, a vigência da crise interfere nas coordenadas habituais que organizam a rotina dos serviços: horário de atendimento, agenda, decisões rápidas. O planejamento das ações e a manutenção da rotina, elementos valorizados no cotidiano, são afetados, assim como o espaço e o tempo em nível individual e institucional. Questionados sobre a dificuldade de atendimento destes casos, a maioria das equipes revela que esta opção se baseia no entendimento de que o cuidado à crise não é parte integrante do objeto de trabalho (“urgência é na UPA ou no PA”), bem como na percepção de que o serviço não possui estrutura adequada para oferecer o tipo de resposta apropriada que um caso desta natureza requer. Se

seguíssemos perguntando sobre qual seria a estrutura necessária, provavelmente obteríamos como resposta: presença do psiquiatra e medicação disponível.

As perguntas que podemos fazer é se esta demanda é necessariamente melhor atendida num ambiente hospitalar e quais foram os motivos determinantes para o encaminhamento a um serviço especializado ou ao psiquiatra. A partir de quais critérios esta decisão foi baseada? No limite operacional do serviço e dos profissionais? Na inexistência de recursos apropriados, como medicação, escuta especializada e tempo disponível, sem os quais o acolhimento não faria sentido? Durante os dez anos em que estive no CAPS, foi comum observar que poucos profissionais se dispunham a assumir e acolher o paciente em crise, mesmo aqueles já “cadastrados”, ou seja, vinculados à unidade. A renúncia se dava desde a inexistência de disponibilidade subjetiva para tais casos até a falta de compreensão do manejo clínico que não aquele referido ao campo psiquiátrico. Assim, se minha posição diante de um episódio de urgência nos tempos do ambulatório se fez como a de um espectador curioso, no CAPS isso mudou. Ali tratava-se de um interesse implicado, arriscando-me a pensar e a intervir com o suporte e amparo da instituição, dos princípios da atenção psicossocial e com a contribuição oriunda da formação analítica.

A problematização da crise e da urgência em saúde mental, inclusive no CAPS, não é uma tarefa fácil de ser assumida, em parte porque esta hegemonia se alimenta da retirada voluntária e precipitada dos profissionais das outras áreas, os quais se percebem assustados e tecnicamente deficitários na comparação com a eficácia atribuída ao poder psiquiátrico e seus recursos como, por exemplo, o efeito concreto da medicação. Além disso, o que vem ocorrendo é que esta retirada é também uma escolha consciente de não se envolver com quadros de maior complexidade, que exigem manejo e dispêndio psíquico e de tempo.

A questão que vale a pena destacar diz respeito ao fato de que é preciso escapar da polarização em relação ao discurso psiquiátrico, que, como sabemos, faz parte do próprio campo da atenção psicossocial. Não passamos diretamente de um discurso para outro de maneira simples, rápida e sem resquícios, se é que isso seja de todo possível. A denúncia da falácia da eliminação do sintoma, que concerne ao discurso psiquiátrico, deve ser acompanhada pelo desenvolvimento implicado de novas formas de intervenção que introduzam diferenças que possam ser reconhecidas pelos usuários, familiares, comunidade e trabalhadores.

7.2.7 Experimentações no cuidado à crise: o Acolhe Saúde

Trago agora meu último registro de atuação profissional no contexto público como recurso metodológico para aprofundar a investigação sobre a intervenção em andamento e

registrar desde onde o tema ganhou a relevância presente. A criação do Acolhe Saúde e minha inserção nele foram suscitadas pelo efeito de um grave e dramático acontecimento.

Embora fosse período de férias escolares e universitárias, a vida noturna prosseguia animada na cidade de Santa Maria quando, na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013, um incêndio na boate Kiss resultou na morte de 242 pessoas e mais de 600 feridos. Segundo a perícia oficial, a principal causa das mortes foi asfixia decorrente da inalação de monóxido de carbono e de cianeto. Num piscar de olhos, a rotina da cidade foi suspensa. Uma legião de pessoas chegou à cidade movida por diferentes interesses: familiares, imprensa, voluntários, representantes de instituições públicas e religiosas, dentre outros. Durante as primeiras semanas, rituais religiosos e manifestações de solidariedade multiplicavam-se pela cidade, pelo estado, pelo país e pelo mundo¹⁵, num esforço de recompor, como envelope protetor, a trama simbólica (SOLER, 2004).

Antevendo a complexidade que o acontecimento iria tomar no campo da saúde, o governo federal autorizou o envio da Força Nacional do Sistema Único de Saúde, que instalou e coordenou o comitê de crise, estrutura de ampla e múltiplas representações com a atribuição de avaliar e definir estratégias frente às consequências de um acontecimento com alto impacto individual e coletivo. Especificamente neste caso, cabia ao comitê gerenciar as frentes de trabalho criadas a partir das necessidades identificadas (hospitalar, transporte, psicossocial, vigilância), as quais contaram com a colaboração de representantes da política nacional, estadual e municipal de saúde mental, da Política Nacional de Humanização (PNH), do Conselho Regional de Psicologia (CRP) e de outros conselhos profissionais.

Não havia se passado nem 24 horas quando, na madrugada do dia 28 de janeiro, o comitê de crise decide pela abertura de um espaço exclusivo para o cuidado psicossocial. Informalmente, o local ficou conhecido como “acolhimento 24 horas”, agregando grupos de trabalho (GT) de composição multiprofissional e voluntária, conforme descrevem Krum e Mafacioli (2016): (1) Equipe de regulação de saúde mental; (2) Equipe de Acolhimento e plantão 24 horas; (3) Equipe de apoio para ritos de despedidas; (4) Equipe de apoio psicossocial às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU); (5) Equipe de apoio psicossocial aos hospitais; (6) Equipe de apoio psicossocial na atenção básica; (7) Equipe de cuidado ao cuidador. Com o passar do tempo, alguns destes grupos de trabalho foram extintos pela ausência de demanda.

Nesse primeiro momento, minha participação se fez no acompanhamento de ritos religiosos, na supervisão clínica e no GT de cuidado ao cuidador. Mais adiante, fui indicado

¹⁵ Matéria da revista Rolling Stone com depoimentos de personalidades internacionais: <https://bit.ly/339xTq5>

como um dos representantes da Secretaria de Saúde do Município para compor a cogestão e a coordenação clínica, onde permaneci até 2016. Diante da continuidade das demandas e pela avaliação de que a repercussão do incêndio alcançaria a comunidade de maneira mais ampla, decidiu-se pela manutenção e formalização de um projeto psicossocial baseado em dois eixos: acompanhamento clínico especializado e apoio matricial como suporte aos profissionais das unidades de saúde do município. Instituiu-se então o Acolhe Saúde, com uma equipe multiprofissional contratada para esta função.

Após funcionar com a colaboração voluntária, a entrada deste conjunto de profissionais e a definição do modelo de trabalho e de cogestão adquiriram, por si só, estatuto de intervenção, tanto para os usuários quanto para a gestão e para a rede de saúde do município. Nessa perspectiva, a definição pela cogestão previu a participação ativa de toda a equipe como estratégia de fortalecimento das relações entre os pares, pelo compartilhamento da responsabilidade e pela aposta na criatividade na busca de soluções. Do ponto de vista do projeto institucional, o acolhimento se impôs como eixo ético da direção clínica, amparado pela Política Nacional de Humanização (ONH) e pela instauração da dimensão singular da escuta orientada pelo campo psicanalítico.

O acolhimento é uma diretriz da PNH que a define como uma postura ética, sem local e hora para acontecer e sem a definição exclusiva de qual profissional é responsável por sua realização. Nesta perspectiva, o acolhimento descreve uma disposição subjetiva de abertura ao usuário, aos atravessamentos que constituem a sua história de vida e o compromisso quanto à responsabilidade de promover resolutividade às demandas que o incluem como parceiro ativo neste processo (BRASIL, 2010). Tomado numa perspectiva pragmática, o acolhimento se distancia do modelo de triagem como mecanismo de recepção do usuário, que visa a coleta de dados e o direcionamento para um determinado profissional ou conduta estabelecidos ao final da entrevista. Em distinção a este modelo, a perspectiva de acolhimento no Acolhe Saúde adotava a contribuição da clínica psicanalítica para qualificar as intervenções.

Dentre as pessoas encaminhadas, a grande maioria não tinha qualquer histórico de sofrimento psíquico grave ou persistente, tampouco havia cogitado a ideia de buscar tratamento em saúde mental e provavelmente não o faria fora deste contexto. Os atendimentos marcados pela dimensão traumática descreviam sujeitos invadidos pela angústia decorrente da exposição forçada a um acontecimento que os colocou em risco de morte e implodiu a dimensão ficcional que demarcava a existência de cada um¹⁶.

¹⁶ No transcorrer da sua obra e, marcadamente, no texto *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/1996) se viu forçado a reconhecer, na experiência peculiar de sonho traumático e compulsivo, um tipo de construção onírica na qual não era possível identificar uma experiência de satisfação ou realização disfarçada de desejo submetida ao

Este serviço se converteu num campo institucional de experimentação e foi crucial para trazer à tona a discussão sobre as diferentes concepções do cuidado à crise, testemunhando e interrogando as atuais abordagens clínicas para a crise e para a urgência e, a meu ver, recolocando o tema como um dos desafios atuais da reforma brasileira. De início, é preciso situar o serviço na rede de saúde do município e na própria RAPS, visto que sua criação não havia sido planejada e tampouco havia outra experiência institucional similar no país. De maneira geral, frente à uma ocorrência de alto impacto coletivo e traumático, a rede prévia dos serviços costuma ser ampliada em caráter provisório, indicando vida curta para esta adequação, justamente porque ela responde a um quadro extraordinário e não corriqueiro. Sabe-se, portanto, que a demanda irá diminuir com o tempo, de tal forma que a existência daquela estrutura deixará de fazer sentido. Assim, serviços criados para estes contextos tendem à extinção ou transformação, adequando-se a uma nova realidade.

Comumente, a clínica ampliada orienta que se ofereça “uma escuta”, como dispositivo de cuidado. E essa indicação se ratificava frequentemente diante da dificuldade de saber como proceder com aqueles que buscavam atendimento – sobreviventes, familiares, trabalhadores e comunidade, em geral. Mas foi preciso que nos interrogássemos sobre qual tipo de escuta seria possível propor naquele primeiro momento frente ao trauma, à repetição e àquilo que permanecia fora do processo de representação. Logo ficou claro que não se tratava de uma escuta com vistas à produção narrativa que capturasse ou traduzisse um tipo de experiência que se mostra fora da captura simbólica, estando para além das palavras¹⁷. Para muitos casos, a intervenção se sustentava pela presença e pelo acolhimento do desamparo frente à emergência de um excesso que ficou sem bordas e para o qual o outro, enquanto alteridade, surgia como suporte de identificação mais do que de elaboração.

Da nossa parte, assumimos uma posição de testemunho daquilo que era difícil de ser compartilhado. Do ponto de vista clínico e estratégico, atentos à dinâmica tensa que faz mediação entre eu e o outro¹⁸, fazíamos-nos presente sempre e que solicitados, precavidos para

processo de simbolização e afeita ao modelo do princípio do prazer, regente da vida mental até então.

¹⁷ Com efeito, o viés disruptivo e a vivência do excesso marcam a vivência traumática e fazem referência a esse encontro com o real, no qual o sujeito não se reconhece, se vê fora ou incluído forçosamente, e frente ao qual se vê desprovido das vias do discurso para tratar da quantidade de excitação que o envolve. Diante da ausência de respostas no plano do simbólico, produz-se a precarização do eixo imaginário e da função estabilizadora da imagem que atinge o Eu, o qual, por sua vez, encontra dificuldades em se reconhecer nas referências prévias que o definiam (DASSOLER, 2015).

¹⁸ Na obra freudiana, o outro tem várias faces e ocupa vários lugares na relação com o sujeito. No momento do nascimento, o próximo é participante ativo do encontro traumático na mesma medida em que é esteio da inserção do bebê no mundo. Posteriormente, no estudo sobre o narcisismo, a discussão retorna e Freud (1914/1996) ressalta o duplo investimento libidinal dirigido ao eu e ao outro, além de destacar o investimento narcísico que provem das figuras parentais. Mais adiante, no artigo *Psicologia das Massas e análise do Eu*, Freud (1921/1996) faz proliferar as relações possíveis entre o eu e o outro, destacando que estas se dispõem em inúmeras variantes onde o outro

não assumir posições intrusivas, que poderiam deslizar para uma violência silenciosa, revestida do intuito de fazer o “bem”. Assim, entendíamos porque muitos não queriam – ou não podiam – falar. Quando conseguiam, já num registro de ligação significativa, muitos se queixavam da incerteza quanto ao futuro, da perda dos amigos, do temor por efeitos psicológicos e físicos que poderiam persistir durante a vida, descreviam medo de sair de casa, desejo de voltar no tempo e de mudar a história, sentimento de culpa, sonhos de angústia que repetiam *flashes* da noite do incêndio, sensação de inadequação da condição de sobrevivente, sensação ambivalente pela condição de sobrevivência.

Cabe lembrar que boa parte destes atendimentos era conduzida por duplas de profissionais de diferentes formações. A particularidade da configuração deste dispositivo foi objeto de discussão durante as reuniões de equipe, concebidas como ferramenta clínica no trabalho institucional, permitindo-nos abordar divergências conceituais e práticas e intervir nos conflitos que se produziram como efeito do processo grupal. Assim, como o usuário pode adoecer e se atrapalhar em situações e momentos específicos, esta também é uma possibilidade factível aos próprios serviços.

O Acolhe Saúde funcionou em regime de plantão 24 horas durante seis meses. Nas primeiras semanas, as pessoas chegavam em desespero, na maioria das vezes levadas por outros – um traço da clínica da urgência. Percebíamos que o próprio espaço se mostrava como uma estratégia de cuidado para algumas pessoas que escolhiam permanecer no Acolhe Saúde mesmo sem uma consulta ou atividade prevista. De certa maneira, a estrutura física, a presença dos profissionais e o movimento que presenciavam proporcionavam certa sensação de segurança de acesso ao outro em caso de angústia.

Os familiares, por sua vez, sentiam culpa em meio à incredulidade, ao desespero e à revolta. Questionavam Deus, religião, justiça, qualquer forma instituída de autoridade e de oferta de sentido e de auxílio, inclusive com relação a profissionais de saúde. Nesse momento de comoção, falas de raiva e impotência tinham tamanha intensidade que a ideia de morrer parecia uma saída desejável e viável. Pensamentos e manifestações de desejo suicida causavam grande preocupação entre os profissionais e na própria comunidade. Boatos recorrentes noticiavam o suicídio de familiares e de sobreviventes, de tal maneira que o serviço era permanentemente interrogado e questionado sobre esta circunstância e sobre o que fazia a

pode estar em relação ao eu enquanto modelo, objeto, auxiliar e rival, fórmulas que tratam das vicissitudes que participam do mecanismo de identificação que figura na estrutura do processo de subjetivação.

respeito disso. Contudo, até o momento em que esta tese é escrita, nenhum ato desta natureza se confirmou¹⁹.

Poucas semanas após o incêndio na boate Kiss, os pais de um jovem que morreu no desastre nos procuram. Eles estão juntos e, depois da entrevista inicial onde expressam sua desolação, a mãe pede para falar em separado. Quando isso se dá, ela diz que o marido está afastado do trabalho, passa boa parte do dia bebendo, evita convívio social e manifestou a intenção de se matar. Ela tem firme convicção de que ele poderia fazer isso, pois é um sujeito quieto e decidido. O profissional que estava atendendo o casal perguntou se ela falaria sobre isso na presença dele e se teria ideia de qual poderia ser a sua reação. Ela disse que falaria novamente e que acreditava que ele não iria ficar contrariado. O marido, então, foi chamado, escutou o que a esposa disse a seu respeito e, ao final, confirmou que pensava nesta ideia todos os dias. Desta vez, foi pedido que sua esposa se retirasse, e a entrevista se prolongou na escuta e na atribuição de dignidade ao seu sofrimento e, por consequência, à sua ideia suicida. Foi proposto que o atendimento seguisse por telefone (o casal morava em outra cidade) já que, durante a consulta, percebeu-se uma possibilidade efetiva de que o ato suicida se concretizasse. Em situações como esta, em que a ruptura com o laço social (com o Outro) é uma possibilidade, trata-se de encontrar uma maneira de participar e de se inserir – minimamente – na dinâmica de vida do paciente. Assim, distante de qualquer fala protocolar, foi lhe perguntado se, a partir daquele momento, o profissional e o serviço poderiam ser seus parceiros naquela jornada. Sem mudar o semblante fechado e triste, ele concordou e, durante os sete dias seguintes, ora o profissional, ora o paciente, fizeram contato entre si, por mensagem de texto e por breves contatos telefônicos. Do ponto de vista clínico, importava que ambos se percebessem incluídos no desejo um do outro. O tratamento seguiu nestes moldes durante alguns meses, com poucas consultas presenciais e com os contatos rareando até deixarem de acontecer. Depois disso, ambos se encontraram durante as manifestações de protesto da associação de familiares, quando se falaram rapidamente. Como dado complementar, o paciente fez uso de antidepressivo durante alguns meses. Este fragmento clínico descreve uma das principais indicações clínicas na atenção à crise e à urgência: a produção de pausa para fazer advir um mínimo de condição narrativa que passa pela inclusão do profissional na rede discursiva do sujeito.²⁰

¹⁹ Em 2016, foi lançado o livro *A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões*, de Mafacioli *et al.* (2016), cuja obra reúne um conjunto de textos em diferentes protagonistas descrevem os diferentes processos de trabalho desencadeados a partir do desastre para fazer frente às demandas suscitadas.

²⁰ Aqui, uma vez mais, constatamos a presença do outro como componente crucial para a estabilização imaginária em contextos de crise, a partir do registro simbólico, que tem no conceito freudiano de *desamparo* um dos pilares para sua compreensão. No ensaio *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895/1996) faz referência à condição de desamparo (*Hilfslosigkeit*) para descrever o estado de absoluta dependência a um agente externo (para

As falas dos pacientes no Acolhe Saúde orientavam a direção do tratamento, em nível individual e institucional, sobre o que se estava conseguindo elaborar e o que ainda restava à deriva. Nesta perspectiva, ficávamos atentos ao que já havia sido possível esquecer (efeito do recalque) e aquilo que se mantinha como não assimilado, ainda sob o efeito da surpresa e da perplexidade, componentes que caracterizam o acontecimento traumático.

Percebíamos que, para muitos pacientes, quando alguma brecha de desejo se produzia, isso era suficiente para a interrupção dos atendimentos, algo que, aos poucos, fomos entendendo como revelador de uma posição implicada do sujeito, e não como atitude de abandono. Ou seja, a demanda de cuidado suscitada pelo acontecimento traumático não se converteu, na sua grande maioria, em demandas de tratamento psicoterápico, analítico e mesmo psiquiátrico para a maioria das pessoas. Do ponto de vista psicanalítico, este período de acompanhamento não se caracterizou como um tempo para “as entrevistas preliminares”, conforme definiu Lacan (1955-1956/1998), ou “tratamento de ensaio”, nas palavras de Freud (1913/1996), período que se desenvolve na expectativa de transformar a queixa em sintoma analítico como etapa lógica de uma análise²¹.

Tivemos o cuidado de considerar que, para muitas pessoas, deixar de vir aos atendimentos representava a retomada das condições mínimas para voltar à rotina por sua própria conta, sinalizando que um tanto do irrepresentável do acontecimento se inscreveu, ou seja, produziu memória, registro suficiente para instalar alguma distância com o próprio acontecimento. Insistir na continuidade do tratamento porque ainda havia sofrimento representaria um risco iatrogênico, já que as consequências psíquicas do confronto com estes acontecimentos não são mensuráveis de maneira generalizada. Do ponto de vista clínico, trata-se de favorecer ao sujeito o reestabelecimento das condições de operação da cadeia significativa para advir algum efeito de significação novo ou para a sustentação de uma pergunta que já não encontra lugar para ser formulada.

Numa determinada manhã, chega ao Acolhe Saúde, uma mulher acompanhada de seu filho. Ela falava alto que não tinha sentido nem razão para levá-la até o serviço, pois já havia decidido o que fazer. A mulher havia perdido a filha no incêndio, já tendo realizado algumas consultas anteriores com psiquiatra e psicólogo. O filho que a acompanhava explicou que ela

Lacan, o Outro primordial) a que o recém-nascido está submetido como garantia de vida. O estado de desamparo constitui o trauma estrutural freudiano, marca da violência instituinte no processo de subjetivação, alusiva da passividade frente à ação necessária do outro (para Lacan, Desejo do Outro) e à experiência de excesso desta presença para o aparelho psíquico, pela mediação ordenadora da linguagem.

²¹ Para Quinet (1991), trata-se de converter a queixa em demanda endereçada ao analista, no qual o sintoma passa do estatuto de resposta para o estatuto de questão, de enigma que interpela o sujeito a decifrá-lo.

havia avisado que iria se matar. Como ele precisava voltar naquele dia para a cidade onde trabalhava, não tinha mais o que fazer. Segundo ele, o pai (marido da mulher) estava cansado da situação, de vê-la chorando, reclamando, de ficar remoendo o passado. Não sabiam mais o que fazer. A psicóloga que havia feito o acolhimento a conduziu para uma sala onde ficaram em atendimento por aproximadamente uma hora. Após isso, a psicóloga foi à sala da equipe pedir ajuda porque a mulher se mostrava irredutível na intenção de suicidar-se, insistindo que toda aquela conversa era perda de tempo. A interrupção da consulta durante o atendimento era algo relativamente frequente. Sempre que havia um impasse ou dúvidas outros colegas eram chamados a participar. No caso em questão, a mulher justificava sua decisão dizendo que após o incêndio havia definido que iria esperar os dois filhos se formarem e começarem a trabalhar e depois iria se matar. Como isso havia se realizado, teria chegado o momento de cumprir com seu acordo e que já sabiam disso há algum tempo. Portanto, estava em paz e não deveríamos nos sentir culpados pelo seu ato. Um outro colega vai até a sala encontrar a mulher que o recebe dizendo que estava perdendo tempo, que já estava decidido, que já havia contado tudo para todo mundo. Nesse momento, ele diz: mas você não contou para mim, eu gostaria de saber. A mulher se surpreende com a resposta, baixa o tom da voz e conta a sua história, de novo. Por fim, combinam que ela poderia ir embora, sendo-lhe perguntado se haveria problema de alguém da equipe fazer contato por telefone no dia seguinte. Ela não se opôs. Foi o que fizemos por alguns dias. Oferecemos acompanhamento psicológico regular, que nunca foi aceito.

Nesse sentido, o Acolhe Saúde sustentou um caráter dinâmico e de abertura na sua operação clínica e institucional, afinado com o mesmo traço que se atribui ao processo de subjetivação: portas abertas, idas e vindas, em qualquer tempo. Nosso propósito delineava a aposta no sujeito e deste em relação ao serviço, para que o mesmo se tornasse referência e pudesse ser demandado quando necessário. Dito de outra forma, intervindo para que o serviço se incluísse como um significante novo na cadeia de significantes. Nesse sentido, muitos usuários não tiveram acompanhamento regular e apareciam por demanda livre, sem um contrato de consultas regulares. Esta forma de relação concerne a uma lógica condizente com usuários neuróticos, os quais possuem uma condição de circulação no laço social que lhes permite transitar na rede de saúde sem requisitar uma adesão mais rígida à mesma e sem que interpretem essa forma como ruptura ou abandono do tratamento por parte dos serviços: “uma rede sem o devido manejo pode fixar, em discursos e posições discursivas enrijecidos, aqueles que se pretende cuidar. Quando isso ocorre, a rede pode exercer a manutenção e a repetição da violência de que se pretende cuidar” (SEINCMAN, 2019, p. 16).

Assim, as ações com cada usuário se definiam a partir e daquilo que se apresentava, reafirmando, novamente, uma convergência entre o campo psicanalítico e a saúde mental: a dimensão do “caso a caso” como eixo clínico, levando em conta tanto o diagnóstico estrutural quanto o viés contingencial que, nos casos de crise, é um marcador decisivo. Do ponto de vista da psicanálise, o diagnóstico estrutural se define como uma operação necessária, efetuada partir do registro simbólico, com o objetivo de reconhecer qual é o estatuto da defesa que permitiu ao sujeito se subjetivar em torno de três categorias: neurose, psicose e perversão. O viés contingencial, por sua vez, diz respeito aos arranjos que se produzem em cada atendimento, sob efeito da transferência e das associações que se colocam durante cada consulta, de tal maneira que é no próprio percurso da consulta que os caminhos e as intervenções vão se colocando. É dentro desta perspectiva que os tratamentos possuíam uma diversidade de conformações e encaminhamentos, incluindo avaliação psiquiátrica, acompanhamento psicológico, visitas domiciliares, encontros com familiares, visita à escola, acolhimento interdisciplinar, etc.

Nos primeiros meses, a maioria dos atendimentos não tinha um formato convencional funcionando com uma estrutura compatível com os serviços criados para demandas decorrentes de acontecimentos traumáticos de grande alcance²². É nesta direção que, aos poucos, emerge o termo “acolhimento estendido”, nomeação espontânea e sem autoria, que se incorporou para fazer referência ao modelo clínico desenvolvido pelo Acolhe Saúde: um modo de cuidado que inscreve a ideia de “continuidade”, mas que não corresponde a uma necessária passagem e conversão a um tratamento convencional. A qualificação estendida procurava preservar o viés de suporte que o dispositivo acolhimento imprime em sua designação.

Boa parte dos casos eram avaliados e discutidos entre o conjunto dos profissionais, além dos responsáveis pelo acolhimento propriamente dito, e muitas vezes o acompanhamento foi mediado por contato telefônico. A ligação acontecia pela hipótese de uma condição de desamparo, com grande sofrimento e com limitação da rede de apoio. A implementação desta estratégia presumia um mínimo de laço transferencial, reconhecido no profissional ou no serviço, que autorizava apostar no seu efeito subjetivante. Havia uma combinação prévia com o usuário e caberia a ele decidir atender ou não. Outras vezes, a iniciativa foi do serviço, motivada pelo pedido de familiares, amigos ou vizinhos. Na maioria das vezes tivemos resposta favorável, porém algumas pessoas se recusaram a falar, solicitando a suspensão do contato. Isso aconteceu especialmente nas primeiras semanas, período em que o Acolhe Saúde funcionou

²² O Acolhe Saúde prestou assessoria aos comitês de crise criados a partir do acidente envolvendo estudantes na cidade de Borborema (SP), no rompimento da barragem de Mariana (MG) e no desastre aéreo da Chapecoense (SC).

predominantemente com alta rotatividade de voluntários, que desconheciam alguns delineamentos e tomavam a decisão de ligar em resposta à sua própria angústia.

Por outro lado, mudanças sobre o funcionamento do serviço em termos de horário, ajuste da equipe, participação em eventos coletivos ligados ao desastre e uma série de outras situações foram definidas com a participação efetiva dos representantes da Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria (AVTSM). Esta relação de parceria e confiança foi construída com muita dificuldade e foi levada a cabo apesar da posição inicial de desconfiança com o serviço pelo fato do mesmo ser subsidiado pela prefeitura municipal.

Um dos dispositivos clínicos mais comuns, no reordenamento do campo da atenção psicossocial, é oferta de grupos e oficinas. Tais propostas partem do reconhecimento de que um determinado número de pessoas apresenta traços comuns entre si, que permite reuni-las na suposição de que esta estratégia funcione como contraponto e anteparo à angústia e ao real. Na realidade do Acolhe Saúde, o alcance terapêutico destas medidas se colocou inúmeras vezes como pauta de reunião. Num determinado momento, fizemos uma pequena enquete com usuários sobreviventes e com outros que transportávamos para as sessões de fisioterapia no HUSM, e a decisão de não participação em grupos e oficinas terapêuticas foi unânime. Tempos depois, nova tentativa com grupos de artesanato e cinema, abertos a familiares e sobreviventes, mais uma vez sem adesão. Por fim, optamos por não propor, ao concluirmos que o elemento apaziguador ofertado pelo mecanismo de identificação poderia ser alcançado nos espaços de circulação e apoio social de que as pessoas afetadas participavam. Além disso, entendíamos o território cultural como pano de fundo da vida de cada sujeito, dispensando o campo da saúde como categoria central para todas as soluções sintomáticas e traumáticas.

A invenção da atenção psicossocial em nosso país desencadeou inúmeras modificações de ordem política, clínica, administrativa, cultural e legal. A presença de psicanalistas incitou diálogos profundos entre os referidos campos, que se viram atravessados reciprocamente. Do ponto de vista “técnico”, as modificações nos modos de atendimento são, sem sombra de dúvidas, uma das principais consequências. Isso obrigou e resultou em muito trabalho para compreender como seria possível conciliar na mesma prática aquilo que é “impossível” e o que é “necessário” a partir da inclusão de novos cenários, de novos atores e de novos territórios. Afastados dos muros dos manicômios e das paredes dos consultórios, criaram-se novos espaços clínicos na esfera pública. Nessa abertura, talvez uma das lições decantadas no dia a dia do trabalho no Acolhe Saúde com as crises, os traumas, as cobranças, as incompreensões e os conflitos foi lidar com o que Alberti e Figueiredo (2006), nas pistas da condução caso a caso, descrevem como “essa dimensão real que se impõe a cada dia e que nos lança o desafio de

responder sem compreender num tempo que não é o nosso e sim o do sujeito, e deixá-lo concluir algo sobre si na condução da sua vida, marcando seu estilo” (p.11).

7.2.8 A supervisão clínico-institucional e o apoio matricial como estratégias na atenção à crise

Dentro desta perspectiva, é fundamental trazer a contribuição que a supervisão clínico-institucional proporcionou ao Acolhe Saúde e a rede de saúde mental do município. Durante três anos, contamos com o apoio externo de uma escuta clínica ofertada pelo Ministério da Saúde como estratégia para lidar com as angústias e os impasses referentes ao lugar na rede de saúde, os objetivos do serviço, ao seu destino, aos conflitos interpessoais e à gestão. A supervisão clínico-institucional é um dispositivo de educação permanente criado pela Portaria 1.174/2005 do Ministério da Saúde, com o objetivo de constituir um espaço de discussão clínica dos projetos terapêuticos em relação às vicissitudes do processo de trabalho.

Na experiência com o Acolhe Saúde, sua implementação favoreceu o questionamento dos saberes e das práticas ligadas ao contexto em cena: conceito de trauma, uso de medicação, especificidades na escuta, abordagem ao luto, relação com a cidade e com a cultura, parcerias intersetoriais, organização do processo de trabalho e mediação com a AVTSM. Nesta direção, a supervisora assumia a posição de “estar com” a equipe, auxiliando na discussão e na formulação de projetos terapêuticos considerando os conceitos de sujeito, rede, autonomia e território. Diante do impacto positivo desta experiência, lamenta-se muito que o dispositivo não tenha mais financiamento.

Paralelamente à supervisão, e cientes de que o impacto do incêndio alcançaria a comunidade de maneira ampla, o Acolhe Saúde apostou no apoio matricial. O apoio matricial é um método que respalda a aposta na clínica ampliada, fomentado a integração e a horizontalização das especialidades em busca de maior resolutividade, melhor qualificação no encaminhamento, diversificação do conhecimento clínico-institucional e, fundamentalmente, aperfeiçoamento do fluxo da rede (LUDKE *et al.*, 2015). Num primeiro momento, as ações conduzidas pela equipe de apoio do Acolhe Saúde visavam oferecer uma escuta aos profissionais da atenção básica sobre os impactos do incêndio entre eles próprios e como isso chegava na rotina do trabalho. Na sequência, com a redução dos casos vinculados ao desastre, surgiram outras demandas relacionadas à saúde mental, que justificaram a continuidade da iniciativa. O projeto durou quatro anos e teve o mérito de reunir trios de apoiadores de diferentes núcleos, com presença ativa na RAPS: de representantes do Acolhe Saúde, de três dos quatro CAPS da cidade e de profissionais da residência multiprofissional da UFSM. Assim, como mais um efeito inesperado, foi proposta a criação de um Núcleo de Apoio em Saúde Mental (NASM),

nos mesmos moldes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família²³, mas com ênfase na saúde mental, ideia que não prosperou por divergências com a gestão municipal de saúde. Deste período, e considerando a discussão que esta tese propõe, cabe trazer algumas reflexões com base em uma cena clínica.

Na composição interinstitucional e interdisciplinar do trabalho, coube que, em uma das equipes, havia um psiquiatra como um dos seus componentes. Ao iniciar o trabalho de apoio junto a uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre os acordos, um deles acertava a realização quinzenal de consultas conjuntas com o médico da ESF com prioridade para demandas psiquiátricas, referidas tanto a usuários com transtorno grave quanto a situações de crise e demandas de sofrimento leve e moderado, visando a construção ou revisão e ajuste dos PTS. Durante seis semanas cumpriram o combinado, porém, na última destas semanas, durante um atendimento, o médico da ESF levantou-se e saiu da sala. O caso que estava sendo atendido era de uma mulher com queixa de ansiedade, já em uso de medicação, mas sem resultado efetivo. Durante a consulta, ela conta da preocupação com o filho usuário de drogas, que estava sumido, e das inúmeras tentativas de ajudá-lo. Durante o relato, a mulher chora, e o psiquiatra segue fazendo algumas perguntas sobre o contexto de vida. É nesse momento que o clínico geral se levanta e sai da sala sem retornar. No final do atendimento, o psiquiatra e o médico clínico conversam sobre o acontecido, e este último refere que, apesar do esforço de ambos, ele não tinha perfil para fazer aquele tipo de consulta, de perguntar coisas da vida e de se demorar nos atendimentos. Não lhe era difícil comentar brevemente com os pacientes sobre o dia a dia, o tempo ou alguma trivialidade. Segundo ele, a angústia não vinha apenas porque se sentia impotente e tocado pelo drama humano. De certa forma, ele se angustiava porque não conseguia compreender nem saber como ele e a medicina poderiam ajudar nestes casos. Não desconhecia as nuances singulares e como dados da realidade eram componentes importantes na maneira como o sofrimento dos pacientes se manifestava. Entretanto, não sabia como proceder e, de alguma forma, perturbava ter que pensar sobre o caso e sobre o esforço que isso demandaria. A partir desse acontecimento, preferiu não fazer mais atendimentos conjuntos, embora seguissem discutindo algumas situações psiquiátricas mais específicas. Sua abordagem para os casos de saúde mental fazia uso de um modelo de anamnese psiquiátrica tradicional, com perguntas como: está dormindo? ouve vozes? pensa em se matar? pouco ou muito? Assim ele conseguia fazer e fazia o que tinha aprendido.

²³ O NASF foi criado em 2008 para consolidar ações ampliadas na atenção primária com a colaboração de várias especialidades através da discussão de casos clínicos e da construção conjunta de projetos terapêuticos. Em janeiro de 2020, o atual governo suspendeu novas adesões para recebimento de incentivo financeiro federal, sinalizando uma aposta na extinção progressiva desta estratégia e do modelo de atenção integral para a atenção básica.

A cena que retrata a retirada do médico da consulta articula questões importantes em torno da responsabilidade e das condições mínimas no cuidado à saúde mental na APS. Delinear uma clínica que se oriente pela singularidade parte de uma concepção não normativa de escuta, pressuposto que implicaria, se não a ruptura com o discurso estabelecido no campo da saúde em geral, ao menos a sua desestabilização, o que geraria, por consequência, estremecimento com a própria figura do médico ou da equipe. De certa forma, tanto o médico da ESF quanto o médico psiquiatra faziam uso da escuta como ferramenta clínica. De um lado, uma escuta atenta na busca de signos, de sinais que convertessem o sofrimento em sintoma. De outro, uma posição de escuta cujo interesse se dirige para os significantes, ou seja, uma curiosidade sobre como aquele sujeito se “meteu” nesta história. Não são diferenças simples nem fáceis de serem apre(e)ndidas e reconhecidas em seu valor clínico. De certa forma, a clínica médica convencional pede uma redução da história, entendida como um entretenimento que costuma atrapalhar e distrair do foco principal, que é ter a lógica diagnóstica sob controle. Na atenção básica, muitas vezes o convite para escutar a história de um sujeito em sofrimento mental é uma proposta perigosa, um convite para trilhar caminhos sem uma bússola que pareça confiável, seja porque desconhecem e, portanto, não confiam, seja porque não sabem manejá-la adequadamente. Assim, a defesa do apoio matricial, como uma das estratégias mais resolutivas no conjunto de práticas ampliadas, precisa supor e contemplar manejos diante dos embaraços subjetivos que se produzem nos diferentes profissionais.

7.2.9. Do Acolhe Saúde ao Santa Maria Acolhe: a incorporação das demandas de crise

Aos poucos, a rotina do Acolhe Saúde e o caráter artesanal que o caracterizavam começam a ser afetados pelo fluxo de demandas de urgência sem vinculação com o incêndio, oriundas de diversos pontos da rede de saúde, da assistência social e da educação. Cria-se uma nova categoria nos prontuários e nos relatórios: “sem relação\morte violenta”. Nas fichas de referência dos encaminhamentos, constavam poucas informações, como “o marido se suicidou”, “ideação suicida”, “perdeu o filho recém-nascido”, “ameaçou que vai matar a mulher”, “sofreu um acidente de carro”, “sofreu abuso sexual”. A eles era dado o endereço onde, segundo a explicação recebida, teriam o atendimento necessário. Noutras oportunidades, a equipe responsável solicitava o atendimento ou avaliação com “urgência”. Importa dizer que, quase sempre, tratava-se de uma demanda endereçada ao psiquiatra, deixando explícita a relação entre a experiência de crise, o caráter de urgência e o referido campo clínico.

A redução dos usuários iniciais referidos ao acontecimento do incêndio da Boate fez com que a equipe tivesse condições para receber um novo contingente de pessoas vinculadas a um tipo de sofrimento de natureza violenta e traumática, o qual se torna, a partir de 2015, a

maior parte dos novos casos. Período tenso, pois não havia unanimidade sobre este redirecionamento. Dentro dos limites possíveis que o cargo de coordenação oferecia à época, defendi que esta mudança deveria ser assumida pela equipe. Com meu afastamento para o doutorado (2016), o serviço optou por se manter exclusivo para os usuários que tinham alguma relação com o incêndio, decisão que gerou o esvaziamento do próprio serviço, imprecisão sobre seu lugar na RAPS da cidade e um clima de tensão com a gestão e com os demais serviços da rede de saúde mental, que forçavam que usuários em crise pudessem ser acolhidos.

Em 2018, outra mudança. Por recomendação dos entes signatários do termo de compromisso à época do incêndio, a nova administração pública municipal ratifica a manutenção do Acolhe Saúde como referência psicossocial para os casos relacionados à Boate Kiss e o transforma em Santa Maria Acolhe, com a inclusão de uma nova demanda de cuidado. De acordo com a reportagem divulgada pela página da Prefeitura Municipal²⁴, o novo formato passa a acolher casos relacionados ao comportamento suicida (ideação suicida, plano suicida, tentativas de suicídio, automutilação) a partir de 12 anos de idade, que não tivessem vinculação com outros serviços da rede de saúde mental da cidade, como os CAPS. A ideia de dispor de acolhimento imediato após uma tentativa de suicídio ou na iminência do próprio ato, e pela exposição a situações de natureza violenta e disruptiva, está coerente com o que descrevemos como condição paradigmática deste modelo de trabalho. Por conta disso, as principais fontes de encaminhamento são a UPA, o PA municipal e as UBS.

Muitas vezes, os pacientes eram encaminhados imediatamente após a ocorrência de um determinado acontecimento imprevisto de alto impacto e violência ganhando, automaticamente, o carimbo de traumático. Nesse contexto, esta definição é atribuída unilateralmente ao fato em si, desprezando que a condição traumática só pode se afirmar *a posteriori* e encontra-se na dependência das possíveis soluções e respostas subjetivas. Esta conduta espelha algo relativo à vida contemporânea e passa pela generalização dos efeitos do acontecimento a partir do qual se constrói a figura de vítima presente na atualidade. Laurent (2014) argumenta que, além de vivermos numa relação de urgência constante na nossa vida, estaríamos imersos numa espécie de sociedade de controle constituída em torno da programação da vida e da recusa da contingência. Para o autor, o avanço da ciência requer a descrição e classificação minuciosa de todos os aspectos da vida, desde o cálculo genético até as questões ligadas ao meio ambiente, o que resulta na crença e na difusão de uma causalidade determinista universal. Nessa

²⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Superintendência de Comunicação. Santa Maria Acolhe: em novo endereço, Prefeitura estrutura e amplia serviço de acolhimento. 2018. Disponível em: www.santamaria.rs.gov.br/saude/noticias/17223-santa-maria-acolhe-em-novo-endereco-prefeitura-estrutura-e-amplia-servico-de-acolhimento. Acesso em: 12 mar. 2019.

programação, o mundo não se apresentaria tanto como um relógio, aproximando-se do formato de um programa de computador, modelo atual de fazer a leitura do livro de Deus, diz ele. Com efeito (*ibid*) a extensão social e discursiva do trauma na atualidade decorre de um fenômeno que se coloca na interface entre a descrição científica do mundo e aquilo que o excede. Assim, quanto mais esta gramática entra na nossa grade de leitura da vida, mais o escândalo do contingente irá nos apavorar, surgindo sempre que algo irrompe fora da programação com a nomeação de trauma. É na medida em que nos beneficiamos da descrição científica do mundo que o não programável toma consistência como trauma e convoca à urgência. Em síntese, a generalização do trauma aparece como interface da descrição científica do mundo, fazendo com que qualquer experiência possa ser nomeada como traumática pela identificação aos significantes desse discurso mais do que pelos efeitos subjetivos decorrentes dos acontecimentos. Reportamo-nos a um fragmento de história clínica que dá contornos ao que mencionamos acima.

Homem de 57 anos, sem histórico anterior de tratamento em saúde mental, é encaminhado ao serviço após ter se envolvido em um acidente que resultou na morte de uma pessoa. Sente-se culpado e não consegue parar de pensar no fato. Declara que era pró ativo e organizado. Depois do que houve se percebe desanimado, esquecido, desconcentrado e tem medo de sair de casa porque acha que pode acontecer alguma coisa com ele ou a partir dele. Pensamentos recorrentes relacionados ao acidente dificultam seu sono. Reza todos os dias e está indo na umbanda em busca de explicações para o que está passando. Tem medo de que aconteça algo com ele como forma de pagar o que fez. Durante o acolhimento pediu para usar medicação que o ajudasse a dormir e a esquecer, embora acredite que não irá usar. Teve acompanhamento psicológico durante dois meses e, na sequência, solicitou que parasse pois se sentia melhor. Não estava tudo bem, ainda tinha pesadelos e pensava no acontecido, mas não sentia mais medo.

Para que o relato dessa travessia se revele mais coerente, é necessário dizer que o acontecimento da pandemia interferiu, diretamente, no tempo cronológico dos prazos da tese e no tempo lógico das elaborações finais do pesquisador. Isso se deu porque, após um período de licença, regressei ao serviço na dupla função de coordenação e no trabalho clínico. No intervalo que durou meu afastamento, como referido acima, ocorreram mudanças na gestão municipal e o Acolhe Saúde foi renomeado para Santa Maria Acolhe, o que, na prática, pouco ou nada interferiu, já que seguiu conhecido apenas como “Acolhe”. O aspecto mais importante faz referência ao fato de que seu público majoritário não está mais formado pelas pessoas afetadas

pelo incêndio na Boate Kiss²⁵ compondo-se, principalmente, de demandas associadas à problemática suicida e ao contexto traumático. Dessa maneira, a contingência inesperada da pandemia que atrasou a conclusão da tese resultou em que parte dos meus “achados”, reflexões e proposições emergissem confrontados com esta tela, de tal sorte que o capítulo final foi feito e refeito à luz desta condição.

Durante esta transição, o Acolhe foi cadastrado junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como policlínica, iniciativa da gestão municipal para garantir financiamento público. No meu regresso, encontro uma nova equipe com profissionais que tinham pouco conhecimento da história prévia e que tampouco haviam conseguido forjar uma narrativa para o processo de transição de que participavam. A equipe se mostrava tímida e intimidada, além de um pouco acomodada, e apresentava dificuldades para contextualizar, justificar e situar o serviço na rede de saúde mental. O desconhecimento da política de saúde mental se fazia notar e a fragmentação do cuidado indicava uma ordenação à lógica ambulatorial, com triagem, consultas individuais centradas na psiquiatria e com a ausência de reunião de equipe.

Distante do tempo mais pulsante da RPB, tal fato não parece ser uma amostra isolada e nos interpela sobre as dificuldades de implicação de parcela significativa dos atuais profissionais de saúde mental em relação aos princípios que balizam a proposição das suas práticas e a conformação institucional. É comum observarmos a oferta de atividades como grupos, oficinas, visitas domiciliares e apoio matricial, que num primeiro momento parecem atestar a disseminação de práticas inclusivas. Contudo, se atentarmos para as posições discursivas mais do que para o formato, observaremos que muitas destas ações dissimulam a hierarquização de saberes e a descrença na eficácia simbólica como recurso terapêutico que implica o sujeito, sua história e a história do seu sofrimento.

Durante este período, a equipe estabeleceu um fluxo de atendimento em três frentes: usuários pós-alta encaminhados pelas unidades de urgência e emergência como PA, SAMU e UPA; pessoas referenciadas pela rede básica de saúde (UBS e ESF) através de contato telefônico e por meio de formulários de referência; e usuários em acolhimento espontâneo e direto, menos recorrente. Os critérios reportam à problemática do suicídio (intenção, tentativa), eventos de natureza violenta com nuance traumática (interpessoal, acidentes) e demandas vinculadas ao desamparo decorrente de perdas econômicas, sociais e afetivas. Como índice de exclusão, definiu-se a vinculação prévia dos usuários a outros serviços especializados da RAPS

²⁵ Em 2019, 38 pacientes com relação ao desastre ainda seguiam com algum tipo de acompanhamento.

da cidade. Em síntese, qualquer sujeito em situação de crise e sem vínculo prévio com os CAPS pode, potencialmente, buscar o Acolhe.

Apesar do desinvestimento em relação ao trabalho, a equipe aguardava meu retorno, apostando em mudanças no processo de gestão. Juntei-me à equipe formada por uma enfermeira, uma assistente social, um médico psiquiatra, uma psicóloga e dois servidores administrativos. A expectativa se devia ao incômodo de se perceberem à margem da RAPS, e, rapidamente, a equipe se engajou nas propostas de mudanças. Em poucas semanas, muitas ações já aconteciam e repercutiam na prática, no ambiente de trabalho e na própria rede de saúde. Vale ressaltar que esta adesão não incluiu o psiquiatra que, após um engajamento inicial, afastou-se manifestando autonomia quanto ao projeto que se gestava. Esta decisão é um elemento adicional que atualiza as divergências entre os paradigmas que convivem na atenção psicossocial.

O caráter original, inventivo e de experimentação que havia germinado em 2013 e que parecia ter desaparecido, foi recuperado e uma nova narrativa foi se construindo coletivamente, produzindo efeitos de pertencimento e implicação ao projeto institucional. Se, naquele período, o Acolhe foi uma experimentação, um ensaio clínico-institucional, hoje sua permanência se garante desde um outro lugar. Esta retomada se impulsiona pelo reconhecimento de demandas que dificilmente são acolhidas pelo atual modelo de atenção. Aquilo que se configurou como resposta circunstancial e emergencial se transformou numa afirmação institucional que responde a demandas legítimas e convoca os envolvidos - gestão, políticas públicas, trabalhadores e sujeitos - a desenvolver intervenções coerentes com as necessidades desta realidade.

Frequentemente, durante o acolhimento, usuários relatam uma espécie de peregrinação por outras unidades de saúde nas quais recebiam a informação de que seu “problema” não era de responsabilidade daquele serviço. Numa destas ocasiões, uma mulher mencionou que a ida ao Acolhe seria a sua última tentativa e, caso não conseguisse atendimento, iria desistir, pois este já seria o quarto lugar para onde era encaminhada. Esta fala denuncia aquilo que acontece no dia a dia com alguns endereçamentos que não encontram correspondência na distribuição da responsabilidade. Tal circunstância se agrava nos quadros de crise, pois a pessoa ou é remetida para os PAs, que tendem à sua recusa por não considerarem a situação suficientemente urgente ou é incluída em listas de espera no modelo de regulação que não prevê nenhum tipo de resposta objetiva sobre onde e quando o sujeito terá seu atendimento.

Após uma ampla revisão dos prontuários visando extrair indicadores do lugar do serviço na rede e definir estratégias institucionais e clínicas, sistematizamos dois segmentos de usuários. Foi identificado um primeiro grupo em que a crise que motivou a demanda revela

uma primeira experiência de sofrimento agudo e desestabilização da condição psíquica e da insuficiência da rede de apoio. Essa diversidade é reunida e delimitada pelo fato de que se trataria de um “mau encontro na vida”, a primeira vez em que se veriam numa experiência extrema de sofrimento a ponto de requerer suporte no campo da saúde mental. O segundo segmento é composto por usuários com ocorrências anteriores de crise e história progressiva de atendimento em saúde mental em diferentes pontos de cuidado da rede de saúde, mas que não têm o perfil de usuários de CAPS.

De maneira concreta, identificamos que a maioria dos usuários que vivem uma primeira experiência de crise motivada por um acontecimento traumático ou por uma ruptura amorosa tem um desfecho e uma resolutividade mais rápida, estabelecendo uma relação com o serviço de menor necessidade de acompanhamento contínuo. O mesmo não ocorre com aqueles que apresentam reincidência de situações de crise. Tais casos têm uma complexidade maior e distinta do grupo anterior exigindo intervenções e perspectivas clínicas em que a relação com a rede de saúde mostra-se como um indicador importante.

Por fim, abrimos espaço para uma questão específica vinculada à rubrica do suicídio. É difícil negar que há um aumento expressivo de tratamentos associados a esse contexto. Do ponto de vista clínico, o Acolhe recebe e inclui estes casos enquanto evidência de uma crise subjetiva, descentrando o significante suicídio para a referência à crise. Essa indicação é uma aposta de que a manifestação de pensamentos e atos neste contexto podem ser lidas como uma convocação ao Outro, quer dizer, fala mais da desestabilização circunstancial do arranjo ficcional e da solicitação do Outro do que do desejo de ruptura com o laço social. Nesse sentido, trata-se de um apelo à função do Outro que promova alguma descontinuidade na sensação de que o futuro será um *continuum* de sofrimento. Aliás, este enunciado é comum nas falas de pessoas que pensam em atentar contra a vida: de que morrer é a única forma de interromper a condenação do futuro, já que este é projetado como a extensão do presente como angústia. Este deslocamento do suicídio para a crise, traz consequências clínicas decisivas, na medida em que a equipe se percebe menos acuada a responder movida pela angústia que, muitas vezes, é respaldada por contenção medicamentosa e pela prescrição de um protocolo de vigilância.

Mulher, 24 anos, 1 filha de 3 anos está no terceiro relacionamento e foi encaminhada pelo PA após ingesta de medicação, tendo seu acolhimento agendado para o dia seguinte. Nesta consulta o marido foi orientado a ficar com a medicação e dar conforme prescrição. Antes disso, em quatro oportunidades a jovem havia feito cortes em seus braços. Desempregada, gostaria de trabalhar, mas como recebe auxílio doença por cardiopatia da filha, teme perde-lo se arrumar emprego. Tem rede de apoio familiar com poucos vínculos de amizade e vida social. Lúcida em sua fala, queixa-se de que o marido a enganou no início do

relacionamento e que não confia nele. Tem dias que acorda bem e outros fica triste, deitada na cama, pensando em morrer para terminar todo o sofrimento. Após o acolhimento, a paciente é encaminhada para avaliação psiquiátrica em função do uso de psicofármacos que já fazia e para o analista – escuta especializada. No final da primeira consulta pergunta se eu poderia falar com o marido. Amanhã, sim- respondo. No outro dia após o atendimento chamo o marido, faço algumas perguntas, e ela pede que ele fale, que ela diga alguma coisa sobre o sofrimento dela. Ele “assume” os erros do início do relacionamento e saem bem. Durante duas semanas e sem maiores sobressaltos, ambos veem e, após o atendimento da mulher, o marido entra para falar. Numa manhã em que não tinha horário agendado a paciente vem trazida pelo marido com cortes nos braços. Ela não quis ir no pronto atendimento e pediu para ser levada ao Acolhe. Como eu não estava, a enfermeira a recebeu, e ela insistia que queria ser internada, fugir de tudo. À tarde, liguei para ela e, no dia seguinte, vieram os dois novamente. Ela relata que, naquela manhã, haviam sido padrinhos de casamento de um amigo e que ela ficou pensando que nunca teria nada daquilo. Angustiou-se, foi para casa e se cortou várias vezes em um dos braços. Volta a falar em tomar toda a medicação que tem para morrer. Durante uma semana foram feitas várias consultas presenciais e remotas com ela e às vezes com o marido. A psiquiatra e a enfermeira participaram da discussão clínica e houve mudança na medicação.

A descrição acima delinea o sujeito numa condição forçada de solidão, frente à qual o acolhimento requer a presença como intervenção e mediação com o caráter pacificador da linguagem. Sem estabelecer um regime de incomunicabilidade entre a psiquiatria e a psicanálise, reconhece-se diferenças de concepção e de manejo entre ambas. O primeiro atendimento é entendido desde a perspectiva multidisciplinar que abre um campo fértil para introduzir fissuras no paradigma psiquiátrico. É um momento crucial, quando as escolhas sobre um outro paradigma de cuidado podem fazer diferença entre manter o anonimato como parte da queixa ou circunscrever elementos em direção da singularização da demanda. Diante disso, é preciso garantir o acesso imediato ao cuidado, premissa básica de um fluxo que não pode incluir lista de espera. Esta equação é um desafio diário, pois precisamos garantir o acolhimento sem demora a novos usuários e manter critérios de avaliação permanente dos casos visando o encaminhamento daqueles casos que já não correspondem à qualificação de crise e urgência. Caso isso não ocorra, existe uma grande probabilidade de haver uma saturação da capacidade de atendimento. Nesse sentido, a discussão sobre o processo de trabalho e a atenção aos demais serviços da RAPS são tão importantes quanto a atenção aos casos clínicos.

Idealmente, o trabalho em rede preconizado pela RAPS sustenta que os componentes deste sistema podem abordar a crise e a urgência dentro dos limites operacionais previstos.

Nossa posição está de acordo com esse postulado. Entretanto, fizemos a ressalva de que parte significativa da população que acolhemos não corresponde a uma demanda excedente que os serviços não conseguem atender ou de uma população desviada de um lugar que lhe seria legítimo. Do nosso lado, consideramos que se trata de uma demanda que não encontra lugar porque este não está previsto atualmente.

A constatação de um vácuo das políticas públicas para a população com sofrimento moderado e sua exacerbação convertida como urgência se impõe já faz algum tempo, a despeito da existência de importantes estratégias como o apoio matricial à atenção básica, as ações de prevenção e promoção de saúde mental e a qualificação de equipes especializadas. Nessa conjuntura, observamos que o fechamento progressivo dos ambulatórios, ação coerente pela falência do seu modelo terapêutico e pela incapacidade de responder com outras alternativas, não acarretou, em contrapartida na formulação de alternativas efetivas e amplas para este segmento da população. É um segmento que segue, da mesma maneira, submetido a longas filas de espera que se perpetuam pela burocracia, pelo encaminhamento descontextualizado e pela ausência de respostas clínicas apropriadas. Na realidade da saúde mental de Santa Maria, esta situação conta centenas de nomes, pessoas cujo desfecho em relação ao seu pedido é desconhecido. É uma tarefa que está à nossa espera no sentido de interrogar e compreender como este mecanismo se reproduz ao longo do tempo, naturalizado pela gestão pública e pelos próprios trabalhadores. Além disso, é comum que muitos usuários ao serem chamados, após longo tempo de espera, não compareçam ou informem que não há mais interesse. Outro, por sua vez, deixam a entender que o pedido foi feito por indicação médica e que não possuem compreensão sobre como o atendimento em saúde mental poderia ajudá-los.

Os elementos que aportamos neste debate podem ser contextualizados na realidade brasileira das políticas públicas. Por óbvio, trata-se de uma pauta que não se inaugurou em um único fato, nem se fez linearmente por um caminho que dizia o que e o como fazer. Com efeito, existem alguns pressupostos incontornáveis que passam por alinhamento às políticas públicas, pela defesa dos direitos humanos; crítica qualificada à medicalização do social; valorização e inclusão da atenção primária como território de cuidado à crise; afirmação de que, em alguns casos, a prática especializada é requerida; garantia de uma direção de tratamento que promova o acolhimento no tempo do sujeito; uma organização de fluxos que sinalize de que não é possível haver lista de espera; incorporação do apoio matricial como recurso clínico fundamental na APS.

Diante do exposto, entendemos que a discussão, atualização e proposição de novos dispositivos clínicos é uma necessidade inexorável na passagem do tempo, afetados que somos pelas mudanças sociais, pela produção de novos ideais e pela recomposição dos modos de viver

e de sofrer. Trata-se, com esta proposta, de uma transgressão ao instituído que concerne aos vastos e variados campos psicossocial e psicanalítico, visando, na mesma medida, o delineamento de eixos teóricos e clínicos que possam ser apropriados pelo conjunto de profissionais das equipes interdisciplinares que atuam na RAPS.

Fica claro que esta proposição não desqualifica as estruturas institucionais existentes, tampouco se coloca em sobreposição ou concorrência no atendimento à população. As justificativas para a sua implantação estão fundamentadas por uma constatação social – reconhecimento da existência de uma demanda; por uma leitura da política de saúde mental – inexistência de modelos de serviços com esta atribuição; por um projeto clínico, orientado pela ênfase no recurso simbólico como eixo dos processos clínicos; por uma organização de cuidado que considera a especificidade da demanda de cada usuário; por uma estrutura institucional de trabalho interdisciplinar que leva em conta a premência do atendimento para cada caso, distanciando-se de qualquer semelhança com o antigo modelo ambulatorial; por uma aposta efetiva e concreta de vínculo entre serviço, usuário e rede de saúde; por uma atenção ao risco de medicalização e à hegemonia do discurso médico-psiquiátrico; por uma disponibilidade de acolhimento afeita à demanda do usuário quanto ao tempo e a idas e vindas; por um propósito de pluralização de intervenções construídas além dos formatos tradicionais que caracterizam as práticas dos profissionais inseridos na atenção psicossocial. Consideramos necessário fazer este detalhamento argumentativo para explicitar que a proposta que desenvolvemos se funda afirmando seu distanciamento e diferenciação com o caráter especializado, segmentado, hierárquico, isolado e pouco resolutivo que caracterizou o clássico modelo ambulatorial.

8. PARADIGMAS ATUAIS DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Um homem de 43 anos vem para uma consulta com o psiquiatra após ter sido acolhido dias antes. A enfermeira que havia feito o acolhimento o reconheceu na sala de espera e o chama para verificar a pressão arterial. Ele pergunta se era solicitação do médico. Ela responde que não e, então, ele rebate dizendo que só iria fazer caso o médico pedisse.

- Uma mulher, 42 anos, casada e atualmente desempregada com quadro depressivo de longa história é encaminhada pela UBS em função de tentativa de suicídio por abuso de medicação. Chega com dificuldades de falar pelo efeito da sedação. Ainda assim, é acolhida e conta um pouco da sua história. Relata uma gravidez aos 16 anos sem que o genitor tenha assumido. Criou a filha junto com a mãe até sair de casa por conta de um novo relacionamento, quando a deixou aos cuidados da avó. Há quatro anos a filha rompeu convívio com ela, acusando-a de tê-la abandonado na infância e ter preferido viver com um homem e construir uma nova família. Esta acusação vem de longa data, e é fonte de culpa que não cessa e que

costuma ser o motivo para desejar tirar a vida. Tem outros quatro filhos com o atual companheiro, que é costumeiramente infiel, fato que também a deprime bastante. Faz uso de antidepressivo prescrito pelo médico da UBS há mais de cinco anos. Participa ativamente de um grupo da comunidade que organiza atividades para famílias mais carentes, inclusive com a preparação de refeições. De vez em quando escuta vozes e vê vultos, mas não é algo que a perturba, e os próprios filhos e marido brincam pelo fato de falar sozinha. É acompanhada durante dois meses de maneira presencial e remota e, após esse período, deixa de comparecer sem avisar, inclusive nas consultas psiquiátricas.

- Um homem de 50 anos, com graduação universitária, entra no serviço no meio da tarde e pede para ser atendido. Diz que precisa de terapia, que está doente, desempregado, sem amigos, isolado pela pandemia e soropositivo. O paciente apresenta-se agressivo e arredio a qualquer objeção ou pergunta mais direta. Durante a consulta, deixa claro que não quer tomar medicação, apenas falar, embora não goste de psicanálise porque esta visaria ajustar as pessoas à sociedade.

A questão de propor à crise e à urgência, e mesmo ao cenário ampliado da saúde mental, intervenções distintas das coordenadas da psiquiatria presume ter à disposição outro código epistemológico/ético conhecido, reconhecido e compartilhado. Fica difícil esperar condutas diferentes se a ordenação discursiva destes fenômenos se mantém subordinada à psiquiatria. É nessa direção que tomamos a crise como pano de fundo que, por seu caráter de intensidade e vulnerabilidade, problematiza a eficácia das diferentes abordagens e consequências na fala de cada sujeito. Frente ao apelo do sujeito em crise, apresentam-se inúmeras condutas terapêuticas, dentre elas, a psicofarmacologia de um lado e a escuta de outro. Atualmente, no que concerne à saúde mental, estes balizadores se abrem para dois paradigmas: no primeiro, o profissional assume uma posição de exterioridade em relação à queixa do usuário, buscando, com isso, preservar as melhores condições para a execução do processo de avaliação e definição do rumo do tratamento (paradigma médico); o segundo se configura num tipo de estrutura clínica que requer a inclusão do profissional como parte do sintoma, mediante sua disponibilidade à transferência como estratégia necessária (paradigma psicanalítico).

O paradigma psiquiátrico, que durante décadas se constituiu como dominante, já não ocupa mais o protagonismo isolado na saúde mental. O processo de medicalização do social, sustentado na proliferação de normas oriundas da biologia e da natureza (BIRMAN, 2014), é alvo de inúmeras críticas, a despeito de terem força e espaço no pensamento e na vida social. Na saúde mental, o reducionismo biológico traz como consequência a desimplicação do sujeito frente ao que lhe faz sofrer. A promessa da eficácia bioquímica acarreta que a história do sujeito

perca espaço e significado na participação da causalidade dos fenômenos psíquicos, que são interpretados como desarranjos químicos.

Segundo Miguelez (2014), o termo “medicalização” se presta a fazer referência à incidência da medicina no cotidiano da vida humana, produzindo modos de pensar e de viver “saudáveis” e normais. Segundo o autor, esta interpretação deriva do pensamento de Foucault, quando este explicita a trama moderna do exercício do poder que encarrega principalmente a medicina da tarefa de normalização dos indivíduos e das populações por meio da medicalização da existência. Com efeito, esta abordagem postula a função política da intervenção médica – e da ciência, de maneira geral – no plano social e nos contextos particulares dos serviços de saúde, inclusive na atenção psicossocial. Dito de outra forma, desvela-se que esta terapêutica está articulada ao discurso capitalista da produção, que se sustenta em detrimento da subjetividade e, na saúde mental, se materializa na proliferação de nomenclaturas diagnósticas difundidas e reportadas ao caráter neuroquímico da patologia.

Para o autor, a complexidade que o sofrimento psíquico tem adquirido contemporaneamente coloca o discurso psiquiátrico numa encruzilhada que o confronta a um duplo risco: por um lado, a consideração de hipóteses psicológicas dilui seu pertencimento ao domínio médico; por outro lado, a adesão a este domínio empurra a psiquiatria ao organicismo, trazendo o risco de diluir-se no campo da neurologia. Nesse embate clínico e ético, não restam dúvidas da escolha que se aproxima do paradigma biológico, fator que favorece e consolida a aliança entre a psiquiatria biológica e a indústria farmacêutica no mundo ocidental (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Miguelez (2014) afirma ainda que, na versão atualizada, a psiquiatria teria se tornado hoje a “maior ideologia de nossa contemporaneidade” (p. 100): através da minuciosa descrição de condutas, a psiquiatria processa a normalização, distribuição e classificação das mesmas em normais ou patológicas como base para a criação de protocolos; por meio de detalhamentos pormenorizados e estatísticas, realiza recortes semiológicos que acabam se reificando e ontologizando (“sou bipolar”). Para o autor, haveria uma comunhão de interesses entre a psiquiatria biológica e a psiquiatria pós-moderna, que se acomodam confortável e acriticamente nos padrões da cientificidade, ratificando o saber do especialista como ato suficiente para resolução de qualquer problema sobre a verdade.

Amparado na leitura extensa que Foucault faz do tema da medicina e de seus efeitos civilizatórios, Birman (2014) entende que não existe possibilidade de pensar a modernidade sem a inclusão desta categoria como marca constitutiva. Nesta nova ordem social, cria-se uma sociedade normativa que fará da medicina uma espécie de modelo antropológico, cujo saber opera como fonte de regularização e normalização da vida. A migração do pensamento médico

para a saúde mental o tornou dominante nas formações das ciências humanas e da saúde, determinando ativamente concepções e intervenções.

Embora haja certa desconfiança quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos, às promessas e às consequências destes, na medida em que se desconhece a atuação de muitos mecanismos neuroquímicos a sua modalidade objetiva e pragmática segue seu curso, inserida nas ciências biológicas. Segundo Costa (1998), nesse contexto de objetividade científica, em que predomina a redução do corpo ao biológico, parece não haver mais lugar à representação. Esta vertente faz eco no campo da saúde mental, inclusive no âmbito das intervenções à crise, na medida em que muitas das ações terapêuticas propostas podem simplesmente estarem reproduzindo a lógica do discurso capitalista, que ambiciona um ritmo acelerado de recuperação para retomar os embates do cotidiano (LEITE, 2015). Com efeito, o desenvolvimento da vocação totalitária do discurso científico repercute na cultura ao fazer prevalecer a moral da suficiência corporal, ao desvalorizar o exercício da palavra, a dimensão da escuta e os atributos sociais e políticos que participam dos modos de subjetivação.

Nesse sentido, a psicanálise se coloca como contraponto à idealização da psiquiatria biológica e oferece uma perspectiva distinta para a etiologia dos fenômenos psíquicos, bem como um modo de clínica amparado na defesa do sujeito do inconsciente, sem situar o analista na posição de mestria, isto é, como aquele que sabe e compreende o que constitui o sofrimento do sujeito (KLAJNMAN; FERREIRA; COUTINHO JORGE, 2015). Distintamente de outras formas de terapia que operam através de um saber constituído, o analista reorienta o analisante a que fale e o convida a assumir uma posição ética que o coloque em causa em relação ao que é reconhecido como sofrimento. Sobre isso, Kehl (2002) indica que a experiência psicanalítica almejaria possibilitar a produção de respostas éticas ao conflito, modo de pensar distinto daquele que embasa as práticas medicamentosas. Nesse caso, a ideia de cura não se encontra atrelada à supressão de todas as manifestações sintomáticas, tampouco acena com uma promessa de que no horizonte haveria uma pacificação definitiva da relação do sujeito com o *isso* e com a cultura. Se, por fim, para a psicanálise, o sintoma é da ordem da metáfora, um tratamento orientado pela psicanálise (como o que advogamos nas intervenções à crise) supõe a ampliação da cadeia metafórica que suporta as representações do objeto a²⁶, causa do desejo.

²⁶ Objeto a: conceito lacaniano com o propósito de responder ao problema da relação entre o conceito e a falta na psicanálise afastando-se da dinâmica da “relação de objeto”. Com este entendimento, Lacan tenta desenvolver tanto a articulação da falta enquanto registro de um suposto real originário, quanto, se dirige à experiência da falta naquilo que aparece na experiência analítica. DARRIBA, Vinicius. A falta conceituada por Lacan: da coisa ao objeto a. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 63-76, Jan. 2005.

Não restam dúvidas de que ambos os paradigmas (psiquiatria e psicanálise) atravessam a realidade psicossocial de composição heterogênea, multidisciplinar, interdisciplinar e interinstitucional. No cotidiano, esta convivência se mostra, por vezes, amistosa e colaborativa e, noutros momentos, indiferente ou tensa. Nesta lógica, observamos diferentes modos de lidar com este conflito: ora pelo reconhecimento das diferenças, em busca de um ponto convergente que permita atuar em favor do projeto psicossocial, ora em total oposição, com críticas generalizantes que tomam um viés absoluto que desqualifica *a priori*, na defesa de “cada um no seu quadrado”, possibilidades de intervenção e colaboração.

Segundo Klajnman, Ferreira e Coutinho Jorge (2015), a construção da psicanálise teria enraizamento na psiquiatria clássica. Diferentemente de Foucault que entende que a emergência da psicanálise está em linha de continuidade com a psiquiatria/neurologia, os autores defendem que, deste solo comum, Freud procedeu um corte epistemológico anunciando um novo corpo, que escapava da ordenação médica e que abre possibilidades de acolher modos singulares de viver, compatíveis com o projeto psicossocial da RPB e em distinção aos modos colonizadores da vida. Este método defende o protagonismo do sujeito em relação ao seu adoecimento, na mesma medida em que reconhece a contradição entre estas duas instâncias.

Para avançar, Veras (2018) lembra que é preciso demarcar qual corpo faz questão para a medicina em diferença com a psicanálise. A representação na medicina destaca o sintoma apreendido como algo a ser eliminado, supondo o corpo apenas na dimensão real, indiferente de que, para o *falasser*, é a imagem do corpo, enodada aos registros do simbólico e do real, que o sustenta. Apesar disso, segue Veras, o discurso médico ainda é um discurso que tem como pano de fundo a ética *da pessoa humana*, concepção que não seria nada mais do que uma imagem ideal que trata de converter o real em ideal. Assim, a categoria médica de “corpo” condensa dois pontos de vista que recusam a castração da imagem, justamente aquilo que o paradigma psicanalítico sustenta. Nestes casos, sua ética se fundamenta em princípios como a objetividade e a universalidade, assentados num saber prévio sobre o fenômeno e sobre o próprio sujeito, com vistas a alcançar a restituição da imagem. Desta forma, a dimensão subjetiva da experiência vivida tem pouco espaço, sendo, muitas vezes, compreendida como um resíduo que atrapalha a ambição terapêutica.

No interesse particular da psiquiatria como disciplina médica, a descoberta dos psicofármacos com seus efeitos concretos, na década de 1950, foi um achado sem precedentes, que lhe deu a credencial de ingresso na era científica. Assim, será pelo meio farmacológico, mais do que pela elucidação etiológica dos sintomas psíquicos, que a psiquiatria terá suas referências reelaboradas (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Com isso, torna-se possível equivaler o sintoma psíquico ao sintoma médico comum e ambicionar a eliminação pura e

simples. Com a abrangência e a eficácia suposta da interação medicamentosa no mal-estar, inicia-se a revisão e problematização do parentesco entre psiquiatria e psicanálise, que culmina com o distanciamento entre as mesmas e com a perda progressiva do valor atribuído à dimensão simbólica como método de tratamento. O selo de especialidade médica incita a deslegitimação da singularidade colocando em descrédito a complexidade da vida como fator etiológico e as versões terapêuticas de estrutura simbólica que entrelaçam a fala e a escuta.

Reconhecidamente, a estratégia da medicalização tem sido o artifício mais recorrente para lidar com o sofrimento psíquico na contemporaneidade, mesmo que os benefícios dividam protagonismo com efeitos colaterais e adversos e sem a garantia da cura. Apesar disso, esse é o cenário que vemos se desenhar em nosso país, a partir do século XXI, no âmbito público e privado, numa substituição “das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação” (DUNKER, 2015, p. 28).

Em continuidade e afinidade com o paradigma freudiano, Lacan vai, desde seus primeiros textos, identificar que o corpo é tomado pela psicanálise a partir do encontro deste com o Outro primordial, que o inscreve na linguagem desde as respostas que oferece aos apelos que lhe são endereçados. Desta inscrição irreduzível no campo significativo, condição de subjetivação, produz-se uma perda - algo se separou do corpo, falta que se inscreve como simbólica e que estabelece a condição desejante do sujeito. Assim, desde a perspectiva psicanalítica, compreendemos que o sujeito se constitui em relação ao Outro. De acordo com Costa (1998), tal circunstância mantém um campo de tensão entre estas duas instâncias – sujeito e Outro-, que se posicionam numa dissimetria de lugares a requerer a produção de uma versão. Decorre que o sujeito é construído por essa versão, por meio da qual, em que ele tematiza e projeta, sem saber, sua ligação com o lugar do Outro. A realidade psíquica teria, portanto, uma estrutura de ficção que assume estatuto de verdade.

Assim, enquanto na vertente da psiquiatria, o diagnóstico coincide com a conclusão de um processo semiológico que define a prescrição do tratamento a ser cumprido pelo sujeito, na psicanálise, o diagnóstico é uma formulação que valoriza a experiência de vida e abre para as representações e elaborações do sujeito provocado pela dimensão de enigma suposto ao seu sintoma. É evidente que, no cenário de crise, o apelo ao sentido e à resposta tem uma urgência que lhe são próprias e que confrontam as práticas de cuidado referidas ao significativo, em comparação com aquelas intervenções orientadas pelo signo, como as que se originam na psiquiatria. Em outras palavras, demarcamos duas concepções de sintoma que convivem em diferentes níveis de conciliação na atenção psicossocial: do lado da psiquiatria, o sintoma é signo cuja interpretação é prerrogativa do médico, que supõe uma causalidade; do lado da psicanálise, o sintoma assume uma dimensão de enigma e de abertura à função da fala, que visa

implicar o sujeito para torná-lo singular, incluindo o tratamento do gozo, ou seja, daquilo que não passa no campo do Outro. Esta orientação conjuga a ideia de que, diante de um pedido de resposta ou solução imediata, normalmente endereçada à figura do “doutor/a”, proceda-se o convite à problematização do que acomete o sujeito. Sob certa perspectiva, esta indicação corresponde à ideia de introduzir uma pausa como um convite para o trabalho significativo.

Durante um encontro de apoio matricial entre a equipe do Acolhe e de uma Estratégia de Saúde da Família, enquanto se discutia o acolhimento aos pacientes em crise, uma residente de fonoaudiologia pergunta ao analista: “O que digo ou o que faço quando na minha frente está uma pessoa dizendo que está pensando em se matar?”. Noutra oportunidade, uma enfermeira declara que, durante o acolhimento, fica apreensiva e não faz muitas perguntas pelo receio de não saber o que dizer. Ambas as situações dão contorno a questões comuns suscitadas em profissionais que não se reconhecem como especialistas nesta área. São dúvidas legítimas, que precisam ser reconhecidas, pois partem da suposição de um saber fazer técnico prévio que desconhece os efeitos transferenciais que se instauram reciprocamente durante a consulta.

Esta configuração adiciona um elemento que interessa em nossa discussão. Trata-se do fato de que a identificação da urgência depende das ideias, limites e recursos do próprio sujeito, do contexto em que ele vive e do serviço que é demandado. Dito de outra forma, o parâmetro que descreve a passagem da crise para a urgência não está dado objetivamente, estando atrelado ao limite subjetivo, aos suportes a que ele pode ter acesso e à noção de crise e de urgência que cada serviço opera. Nessa direção, destacamos a dimensão de responsabilidade que concerne qualquer equipe independentemente do nível de atenção em que a mesma se insere. Por estar na linha de frente das ações e mais próximas do usuário, as equipes da atenção básica precisam sintonizar suas práticas com o cultivo dos laços com os usuários. Se no campo especializado da saúde mental a referência é o psiquiatra, na atenção primária, este elemento é o médico clínico geral. Assim, na avaliação deste da crise ou ele opta por medicação – da sua atribuição- e pode incluir ou não o encaminhamento.

Assim, normalmente quando chega um usuário oriundo da atenção básica, ele já está em uso, provisório ou não de algum psicofármaco ou seu encaminhamento deixa entrever a sua inclusão. Com efeito, o uso de medicação psiquiátrica, em suas diferentes indicações e formulações, é um dado onipresente nesta demanda. Por vezes, tem a ver com a acomodação da equipe que projeta na medicação e poupa trabalho – afinal o trabalho de falar do usuário exige o trabalho de escutar do profissional- algo que nem sempre e nem todos estão disponíveis. Pode ser resultado, também, de dificuldades subjetivas do profissional – médico ou enfermeiro em assumir as consequências de se abrir a história do sujeito (quando a angústia do paciente

pode produzir angústia no profissional) como no exemplo da enfermeira que não sabe o quanto pode avançar na abordagem sobre o tema do suicídio.

Isso aponta para que se possa promover mudanças na lógica paradigmática torna-se vital dispor de algum tipo de suporte externo que acolha e tencione de maneira criativa os impasses e as verdades. Nesse sentido, a questão do acesso à medicação e da continuidade do tratamento farmacológico segue sendo um problema ao qual pouco avançamos. Nesta lógica, o uso da medicação é uma possibilidade que comparece, ou não, em conjunto com outras medidas, em especial ao envolver situações limites de sofrimento e do recurso de mediação simbólica.

Com efeito, a crítica e o risco da medicalização não é pela sua ação isolada, mas pelo discurso de fundo, efeito da cultura e da idealização de formas de administração e controle da vida que promete e que se difunde socialmente. Logo, não nos seduzimos pela recusa ingênua dos avanços na pesquisa e na produção farmacológica, tanto no campo psiquiátrico, quanto nos vários âmbitos da vida e do qual, muitas vezes recorremos com benefício. Nossa intenção é problematizar a concepção de sujeito como objeto da doença que opera em determinadas vertentes do domínio psiquiátrico e que representa um viés totalitário do discurso científico que se faz sob o exercício biopolítico do poder a partir do corpo.

Para finalizar, propomos alguns indicadores que subsidiam os serviços para que se localizem frente à filiação de suas práticas nos distintos paradigmas que habitam o campo psicossocial:

- deslocamento da centralidade da figura do médico para a equipe;
- configuração multidisciplinar e interdisciplinar que consiga fazer frente à hegemonia médica;
- não hierarquização das consultas convencionais em relação a outros dispositivos;
- identificação da ética psicossocial e psicanalítica na execução das intervenções;
- nível de convívio entre os diferentes campos discursivos;
- disponibilidade ao trabalho em rede, se necessário;
- abertura da equipe para invenções clínicas;
- reconhecimento do saber-fazer do sujeito para além das prescrições institucionais;
- acolhimento dos efeitos do mal-entendido no processo de trabalho;
- apropriação quanto à natureza política e clínica do acolhimento;
- tensão entre instituído e instituinte;
- problematização de posições dogmáticas;
- existência de uma narrativa institucional quanto à sua função e seu lugar na RAPS;

9. SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE: CONJUNTO CONCEITUAL MÍNIMO

Até o presente momento vimos expondo argumentos teóricos, postulados sociológicos e fragmentos clínicos que dão conta de que vivemos num tempo e numa estrutura de laço social que desqualifica a eficácia simbólica da produção narrativa, sendo propícia ao desamparo e à intromissão da violência como desorganizadores da ficção que cada um constrói como sendo a sua vida. Se há certo consenso sobre esta realidade e sobre novas formas de representação do mal-estar, não parece despropositado formular respostas qualificadas para o contexto da crise e da urgência na realidade brasileira. Em torno disso, interrogamos os dispositivos atuais em relação às muitas demandas que estão surgindo e que não se caracterizam como transtornos graves ou, ainda que se encontram situadas no enquanto fenômenos de sofrimento leve.

Os fragmentos clínicos descritos portam traços que demarcam a singularização de cada tratamento e abordagem tanto em sua expressão, na forma como foram vividos, na maneira como estabeleceram as respostas e as saídas, quanto em termos de como o serviço propôs de si e para aquilo que cabe ao próprio sujeito. Por vezes, a expressão de desejo de morte e mesmo o ato de produzir cortes em algum lugar do corpo indicam uma operação subjetiva defensiva em seu limite frente a um momento difícil da vida, mas não se qualificam como um transtorno. Acolher o sujeito em crise ou estabelecer diretrizes à crise na atenção psicossocial significa afirmar, fundamentalmente, que o próprio acolhimento é um dispositivo clínico efetivo cujo enquadramento simbólico promove contornos à angústia pela oferta e construção de um vínculo transferencial particular. O fato é que não é possível receber um sujeito em crise sem ter claro que este encontro não obedece a um cumprimento protocolar. Muitas vezes, orientadas pela pressa, as condutas precipitam conclusões que deixam de fora da hipótese diagnóstica e do projeto terapêutico elementos importantes da história do sujeito. Nesse sentido, o acolhimento tanto é o momento inicial que pode ou não estabelecer confiança na rede de saúde criando vínculo, quanto é uma intervenção que produz, no seu próprio ato, efeitos terapêuticos importantes, em especial nos casos de crise e urgência. Diante disso, condições subjetivas graves correm o risco de serem minimizadas e situações menos complexas podem ser elevadas a graves e urgentes.

Num país tão diverso quanto o nosso, vamos encontrar múltiplas realidades, alguns com abordagens sensíveis e comprometidas, mas, também, intervenções de cunho moral, patologizantes e depreciativas. Nesse ponto, destacamos a atenção primária como outra estrutura envolvida na resolução de quadros de crise. Tal constatação força a necessidade de pensar e projetar alternativas afinadas com os princípios da política de atenção psicossocial e com as particularidades do tempo e do sujeito, qualificando, ampliando e diversificando formas, espaços, protagonistas e soluções que respondam ao que está em espera.

Aqui voltamos a nos encontrar com um dos objetivos desta tese, o de oferecer fundamentos capazes de balizar mudanças na lógica de compreensão e de intervenção que, ainda hoje, permanecem marcadamente referidas à qualificação de risco e à psicofarmacologia. A formulação que iremos propor encontra-se alinhada às políticas públicas; é sensível à garantia dos direitos humanos; sustenta uma crítica qualificada à medicalização do social; atua pela valorização e inclusão da atenção primária como território passível de cuidado à crise; reconhece que, em alguns casos, a prática especializada é requerida; ratifica a garantia do acolhimento no tempo do sujeito; opera uma organização de fluxos que recusa lista de espera; e incorpora o apoio matricial como estratégia clínica ampliada, compartilhada e corresponsável. Tais indicadores respaldam a proposta de ser apresentada, tanto em sua versão institucional quanto na forma do dispositivo clínico, assumindo a pretensão de ser substitutiva à prática ambulatorial clássica que se encontra sempre à espreita nas iniciativas institucionais. Esta proposta que tem como pano de fundo a compreensão de que, na experiência da crise, o sujeito se vê ameaçado em seu enlace com o Outro, de tal maneira que o direcionamento clínico visa o retorno à palavra através do convite à fala pela aposta na eficácia simbólica.

Tanto a psicanálise quanto os fundamentos da saúde mental no projeto reformista brasileiro compartilham da premissa de que o sofrimento é uma experiência que comporta a subjetividade na sua expressão, sendo tanto da ordem do sofrimento, quanto da paixão. Esta referência é fundamento para a clínica da crise que inclui o sujeito na sua experiência, ao invés de separá-lo daquilo que sofre atribuindo uma causalidade de mau funcionamento bioquímico e alijando o sujeito de um saber sobre si e seu viver. No horizonte da experiência de crise e urgência, muitas vezes, o sujeito está desprovido das palavras ou atormentado por um excesso perguntas/respostas/queixas que o impedem de sustentar um lugar ou o lançam fora de uma posição de elaboração como na angústia que projeta o suicídio ou no decorrer uma experiência traumática.

Mulher, 37 anos, chega acompanhada de uma amiga às 11h30, perto do intervalo de almoço da equipe. Encaminhada pelo PA com tentativas recentes de suicídio, automutilação e permanência de ideias de morte. Professora da rede pública teve um aluno que se suicidou no ano anterior e atribui a este acontecimento um dos fatores desencadeantes da crise. Culpa-se por não ter percebido a situação, já que era considerada como uma referência para a turma. Desde então faz uso de medicação, embora interrompa sempre que se sente um pouco melhor. Durante o acolhimento, ao lembrar do fato, chora muito e comenta que não sente mais vontade de voltar à sala de aula, acha que perdeu o interesse pela profissão. Traz algumas lembranças do aluno e de como a escola reagiu, não havendo, em nenhum momento, qualquer cobrança de responsabilidade diante do ocorrido. Após poucas consultas com a psicóloga, em que começa

a falar sobre a sua rotina na escola, sobre outras perdas e problemas amorosos, solicita a finalização do atendimento e comunica a interrupção da medicação. Diz que se sente melhor, que retomará o trabalho e que, se precisar, voltará a buscar o serviço.

Segundo Sotelo (2015), os pacientes que congregam a casuística da crise e da urgência são representantes do nosso tempo que identificam em si o fracasso na busca da felicidade e do bem-estar prometidos. Tomados pelo vazio, medo, sensação de insegurança e de perigo indeterminados, invadidos pela ansiedade ou pelo abatimento, estariam mais próximos do grito do que do chamado. Em consonância com a autora, o SEC oferece referências para as estratégias de acolhimento e acompanhamento, pela aposta na eficácia simbólica - palavra – em diferenciação à crença generalizada de superação da crise pela prescrição e uso de psicofármacos. Na sequência, procederemos a delimitação e especificação dos termos que constituem o SEC.

SUPORTE: Segundo o *Dicionário online* (2020) suportar é uma palavra que deriva do latim *supportare*, “aguentar, suportar” e de *sub*, “abaixo”, mais *portare*, “levar, carregar”. Assim, o uso da palavra suporte traz a ideia de alguma coisa que se coloca abaixo com o propósito de conferir apoio ou de manter algo estável. Por conseguinte, faz referência a estrutura, alicerce, escora, componente auxiliar, físico ou simbólico, inserido para evitar uma queda. Nessa direção, o sentido da palavra pode ser expandido para descrever um tipo de recurso necessário ao enfrentamento de uma situação difícil de vida em que o sujeito se encontra à deriva. De um lado, caberia ao próprio sujeito suportar até o limite possível com seus recursos. Aqui, o limite possível sempre se configura singularmente. De outro, indica que é cabível e necessário recorrer a algo ou a alguém identificado como escora para seguir a travessia, num tipo de relação projetada como provisória e circunstancial.

No campo da saúde mental, esta dimensão é suposta à equipe/profissional a quem o sujeito em crise se dirige. Este endereçamento é marcado, inicialmente, pelo cunho imaginário da transferência, atravessado pela expectativa de uma solução efetiva cujo caminho passa pelo Outro (semelhante ou saber). O enquadre simbólico do acolhimento e a sustentação deste laço transferencial, por parte da equipe, reconhece a realidade precária do sujeito e, no mesmo ato, atribui dignidade e legitimidade ao sofrimento. Com efeito, situar-se como suporte significa oferecer-se como participante estratégico do acolhimento, do manejo e do destino da crise na busca de soluções mais criativas à paralisia da angústia. Na abordagem psicanalítica, o suporte se faz pela presença e pelo envolvimento do profissional/equipe que, por esta inclusão, sanciona a abertura de um tempo lógico pelo convite à palavra. Este direcionamento ancora-se na concepção freudiana de realidade psíquica, aquela com a qual, de fato, nos relacionamos, cuja

estrutura de ficção faculta o deslocamento e a produção de significações que afetam o arranjo subjetivo.

EMERGENCIAL: Adjetivo de emergência, tem seu uso associado a constatação de uma condição crítica que exige resposta imediata. A opção por este significante em detrimento da palavra urgência usada durante a escrita, justifica-se para evidenciar que *emergere*, oriundo do latim, permite inferir que algo que não estava reconhecido pode se mostrar nesse processo, saindo de onde estava mergulhado (LEITE, 2015). Esta escolha denota que a intervenção pode viabilizar a emergência do sujeito, neste caso, através da tomada da palavra e da produção de sentido (p. 141). Nesses termos, é importante frisar que não se trata apenas de ampliar um tempo cronológico por si só, mas de uma medida de tempo lógico em favor da emergência do sujeito, quer dizer, de destacar algo da sua singularidade que se encontra submerso, perdido no emaranhado de conflitos, angústias, sintomas e eventos que o envolvem, neste momento. Esta concepção é respaldada na discussão proposta por Paulon *et al.* (2012) que sugerem tomar a palavra emergência como da ordem daquilo que emerge na intensidade do encontro que reúne usuário e profissional/serviço entrevedo como potente de novas possibilidades de existência.

CRISE: este termo já recebeu várias referências no corpo desta pesquisa assinalando seu caráter multidimensional associado à precariedade, mudança, instabilidade, possibilidade, sofrimento, angústia ou invenção. De modo geral, aplica-se para nomear uma experiência desestabilizadora do sujeito em relação a si mesmo, com o semelhante ou com o laço social. Essa vivência deixa entrever que, nesse momento específico, os recursos disponíveis são insuficientes ou sem efetividade. Aqui, sublinhamos o componente “negativo” da crise, contudo, destacamos que esta face “negativa” não é a única. Consequente a alguns registros clínicos citados, a crise condensa em si mesma a oportunidade de fazer surgir soluções novas e criativas para as exigências da vida, para si próprio e para seu cotidiano (RECHTAND; LEAL, 2000). Todavia, é o aspecto negativo desta experiência que move inicialmente o sujeito, familiar ou alguém de proximidade afetiva a buscar auxílio no campo da saúde mental. O componente negativo, mesmo não sendo o único, é o primeiro e o que impulsiona a busca de um “suporte”, fato que deve ser considerado no acolhimento.

Aqui, retomamos o exemplo do jovem que gravou vídeos que deveriam ser vistos após o seu ato suicida. Ao desistir da ideia e chamar uma amiga, o paciente faz o apelo para que alguém/alguns pudessem se oferecer como suporte provisório para este momento que lhe parecia intransponível. Com este gesto, abriu as condições para que a amiga e os familiares pudessem se inserir na dinâmica do sofrimento incluindo, na sequência, o Acolhe. De um primeiro momento do tratamento em que a narrativa versou sobre solidão e luto, desdobrou-se um segundo movimento de aproximação com o pai de quem era afastado desde a infância.

Foram alguns encontros nos quais o paciente tratou dos enlaces e desenlaces da sua vida e forjou alternativas para lidar com o real, quer dizer com a perda da mãe, com o passado distante do pai e com a incógnita do futuro. O movimento paterno de aproximação, efeito da convocação do paciente, foi crucial para que algo da verdade de ambos pudesse ser tocada e reposicionada num ponto em que ambos foram mobilizados. A crise ou “a urgência pode ser tomada como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, fazendo com que lide com elas de forma inédita e diferente da anterior, ou seja, a proximidade com a morte incita a ressignificar a vida” (BARONI; KAHHLE, 2011, p. 68). Assim, aquilo que se mostrou, *a posteriori*, como um efeito “positivo”, só ocorreu como consequência de um tempo inicial onde a angústia pôde ser acolhida.

Nesta lógica, a crise não é compreendida unicamente sob o domínio léxico de transtorno na medida em que aquele que fala pode se escutar e o seu ato de fala permite, de alguma forma, que algo do que se apresenta possa se metaforizar. Ao ampliar esta perspectiva e considerar que se trata também de um momento decisivo ao sujeito, o trabalho clínico com a dimensão da crise visa promover a abertura ao sujeito a partir do corte (ANSERMET, 2015). Para o autor, a crise condensa elementos decisivos de elaboração de uma saída subjetiva colocando em relação o tempo e o espaço. Nessa linha de raciocínio, na crise estamos diante de sujeitos perdidos em sua existência, acuados em busca de encontrar saídas e alternativas, de modo que algumas delas possam ser problemáticas pelo encurtamento do tempo e das condições de elaboração. Com efeito, para tratar a crise, para sair dela, é preciso que o acolhimento reestabeleça alguma dimensão com o tempo. Nesse sentido, o tratamento da crise é um tratamento do tempo que pleiteia uma abertura. Se trata de fazer um corte: porém um corte que *liberta* (*ibid*).

Sotelo (2015), apresenta a consulta de urgência em saúde mental como aquela que se realiza sem agendamento prévio, sendo qualificada como tal por quem procura o atendimento (usuário ou acompanhante), considerando que o padecimento requer atenção imediata, vinculado ou não à concordância dos profissionais. É a partir da chegada desse sujeito, ameaçado em suas referências, que a intervenção à crise se abre ao tratamento do real pelo simbólico. Segundo Belaga (2006), existem tantas urgências subjetivas quanto sujeitos, dando a entender que há uma constelação de fenômenos que podem ser manifestados pelo sujeito na crise, razão pela qual não caberia compor uma série a partir da descrição sintomática.

Compreendida desde uma dimensão virtual e transitória, a crise é resultante do jogo de muitos fatores, como algo que manifesta os problemas de um sujeito, como aquilo que remete ao nascer, viver, existir (VIGANÓ, 2010). *A priori*, segue o autor, a crise diz respeito a um momento da experiência de vida de um sujeito, e não deve ser tomada como uma demanda de

tratamento, seja ele qual for, tampouco subordina-la aos trâmites regulares de marcação de consulta ou de rigidez administrativa.

Diante disso, vemos que não é uma tarefa fácil pensarmos o atendimento à crise sob uma lógica diferente daquela orientada pelo discurso psiquiátrico. Mesmo no próprio campo psicanalítico esta tarefa não se faz tranquilamente, quando se faz. Apesar disso, registramos outras experiências e pesquisas desenvolvidas principalmente por analistas argentinos de orientação lacaniana cujos antecedentes nos remetem à década de 80 e que influenciaram iniciativas em nosso país sob o termo “urgência subjetiva”. Em 1987, um grupo de psicanalistas orientado por Eric Laurent e conduzido por Ricardo Seldes dá início às primeiras abordagens sobre urgência no Hospital Aráoz Alfaro (SOTELO, 2015). Esta iniciativa, na intersecção entre psicanálise, psiquiatria e saúde mental, insere o campo psicanalítico junto aos plantões de urgência psiquiátrica e unidades clínicas hospitalares – algo até então praticamente inexistente. Deste processo resulta a formalização de dispositivos como P.A.U.S.A (Psicanálise Aplicada às Urgências Subjetivas da Atualidade) e D.A.T.U.S (Dispositivo Analítico para Tratamento de Urgências Subjetivas). Testemunho daquele primeiro momento, citamos o depoimento de Seldes, conforme registro de Berta (2015):

Tentávamos estudar as urgências subjetivas com uma ampla gama de descrições: esses momentos de crise na vida de um sujeito que, não podendo dar conta de seu sofrimento, ou seja, quando o discurso não lhe alcança para entender, manobrar, esse sofrimento inefável, fica sem palavras, sem imagens, ou fica fechado no maior mutismo sendo impulsado a atos desesperados ou é tomado presa da mais cruel angústia. Logo soubemos que uma questão preliminar sobre a urgência subjetiva em psicanálise deveria ser formulada a partir do conceito de angústia e da teoria do trauma, cujos referentes epistêmicos se encontravam na obra de Sigmund Freud e no ensino de Jacques Lacan. Iniciava-se, assim, uma pesquisa sobre a práxis da teoria que articulava urgência, angústia e trauma (BERTA, 2015, p. 96).

Da nossa parte, queremos ir um pouco além, apostando que esta prerrogativa não é exclusiva à psiquiatria ou à psicanálise, sendo possível, dentro de determinados limites e circunstâncias, incluir outros espaços e profissionais. Contudo, para que esta *práxis* adquira legitimidade é essencial identificarmos medidas de inteligibilidade sobre este encontro marcado pelo desamparo que confronta a angústia do sujeito com a do profissional.

Fizemos saber que esta tese assumiu o desafio de ser propositiva de formas de intervenção na especificidade da crise na atenção psicossocial. Se há certo consenso de que vivemos tempos que incidem no processo de subjetivação através de novas representações do mal-estar, não parece despropositado formular respostas a tal realidade. Por óbvio, não qualquer resposta, nem pelo simples reconhecimento de novas demandas. Com efeito, a formulação do SEC se estrutura em torno de três bases: *suporte*, para descrever a necessidade provisória de ação alheia; *emergencial*, para dar conta da temporalidade da resposta; *crise*, para qualificar o

estremecimento das bases simbólica e imaginária do arranjo ficcional que cada sujeito identifica como sua vida.

Na sequência, apresentamos o conjunto de referências conceituais oriundas da psicanálise freudo-laciana que operam como eixos balizadores da clínica que propomos. Por certo, não temos a pretensão de que esta série congregue a complexidade e totalidade dos atravessamentos subjetivos, sociais e institucionais que constituem esta realidade. Contudo, apostamos que estas categorias se oferecem como ferramentas com bases suficientes para que o acolhimento à crise possa assumir um estatuto consoante à lógica que defendemos. Ressaltamos ainda que esta tese almeja o diálogo com o conjunto de profissionais que compõe a cena psicossocial. Ao considerar a diversidade da mesma, optamos por um modo e estrutura de escrita e de texto que mantenha a filiação à psicanálise, do mesmo modo que atente ao cuidado de não ser dirigida apenas aos analistas. Nessa perspectiva, o desenvolvimento dos conceitos avança até onde presumimos possam ser assimilados como disparadores de reflexão para a prática na clínica ampliada e não o seu oposto, da inibição ou apatia. Para o endosso do SEC, incluímos fragmentos clínicos com a função de subsidiar sua proposição.

Nesta perspectiva, os conceitos psicanalíticos: *desamparo*, *transferência e simbólico*, bases teóricas do SEC, respondem a necessidade de especificar coordenadas simbólicas possíveis de serem transmitidas a outros profissionais para que os mesmos não se esquivem do lugar de destinatários desta experiência nas múltiplas modalidades em que se manifesta. Para tanto, recorreremos à metapsicologia freudiana, relida pelo pensamento laciano, para propor os três conceitos. Com efeito, a próxima etapa aportará detalhamento e precisão teórica desses conceitos que estruturam o experimento clínico institucional do Acolhe com vistas ao trabalho de subjetivação do sofrimento, ou seja, de implicação subjetiva. Aqui a referência à implicação subjetiva diz respeito a um “movimento do sujeito de não se identificar como objeto caído, à espreita de uma resposta vinda do (O)outro. Para que o sujeito localize subjetivamente quais são as próprias questões psíquicas, faz-se indispensável a percepção de que o seu lugar não é dependente, de maneira única, das resoluções vindas do saber médico” (COSTA; COSTA-ROSA, 2018) nem do saber dos demais profissionais e serviços que compõem a rede de saúde.

9.1 DESAMPARO

Homem, 51 anos, é levado ao PAM acompanhado da esposa após se jogar na frente de um carro em via pública. Esse fato acontece quatro meses depois da morte do filho de 18 anos, ocorrida num incêndio. Pai e filho estavam juntos trabalhando no local, houve problemas elétricos que desencadearam o sinistro, e o homem não conseguiu salvar o filho. Em decorrência disso, começou a fazer uso abusivo de álcool e cocaína e, mais tarde, também de

crack. Nessas ocasiões, saía de casa de carro e ficava sumido por dias. Fez uso de maconha e cocaína durante um período da vida, mas estava há vinte e dois anos sem consumir. Em algumas oportunidades, praticou “roleta russa” dentro de casa. Na ocasião da ida ao PAM, apresenta-se em mau estado de higiene e choroso. Contra a sua vontade, é internado durante 14 dias numa unidade psiquiátrica. Após a alta, retorna para a casa, abandona o uso de medicação e recusa qualquer contato com a equipe de saúde da ESF da sua região. A psicóloga residente consegue entrar na casa e falar com ele em uma única ocasião, na qual este conversa pouco, chora muito e repete insistentemente a sensação de culpa, circunstância que faz com que a psicóloga não se sinta em condições de seguir o tratamento, embora ele mesmo tivesse dito que não queria. A esposa declara que ele permanece deitado, inativo, com insônia e pensamentos repetitivos. Pensa muito em tirar a vida, mas não o faz por conta do filho de 5 anos, com quem raramente brinca. Diz então que deixará o destino decidir sobre sua vida e sua morte. A esposa inicia acompanhamento com a equipe da ESF e, de certa forma, reconhece sentimentos de raiva e culpa dirigidos ao marido e não demonstra muito interesse em convencê-lo a buscar algum tipo de auxílio. A equipe da ESF faz contato com o Acolhe, e o caso é acompanhado pelos dois serviços, buscando criar estratégias de intervenção na via de “emprestar o desejo” onde, neste momento, não há. Assim, realizam-se contatos com a esposa e conversa-se com a equipe da ESF para localizar elementos que sejam sensíveis ao paciente. Por fim, ele concorda em ir ao Acolhe para uma entrevista. Diz não gostar de falar sobre o que houve, de tal maneira que o relato do acontecimento é feito em pedaços durante o acolhimento inicial, entrecortado com outros assuntos. Conta que é católico, reza, mas depois do ocorrido frequentou algumas sessões espíritas, apesar de saber que não voltará a ser como era antes. Faz consulta com o psiquiatra, que prescreve uma medicação, mas antecipou a este que, provavelmente, não irá tomá-la. Justifica com o fato de que foi “criado pra fora”, com muitas dificuldades, e que não se sente bem em usar. Além disso, já faz uso de alguns medicamentos por conta da doença de Crohn e não quer incluir mais outros. Em função desse problema orgânico, tem feito massagens que lhe ajudam física e psicologicamente. Combina-se que haveria uma nova consulta remota na semana seguinte, após a qual o acompanhamento seria feito pela ESF, e que, caso desejasse, poderia chamar o Acolhe para outras consultas.

O primeiro registro de desamparo se apresenta cedo, em 1895, no texto *Projeto para uma psicologia científica*, em que Freud (1885/1996), tomando o cenário da vinda ao mundo ao ser humano, descreve a ajuda alheia como uma ação necessária como garantia a sobrevivência do recém-nascido. Nesta primeira abordagem, o *desamparo* assume uma ênfase afeita às demandas biológicas vitais decorrentes da incapacidade natural do organismo em prover a própria subsistência. Tal circunstância desdobra um segundo contorno, que identifica

a estrutura da dimensão psíquica como estando em relação aos outros, efeito do investimento libidinal envolvendo seus protagonistas que torna o sujeito dependente da presença do outro e da ação do outro já instituído (Outro primordial). Com efeito, denota desta experiência tanto a matriz do sentimento de mal-estar que permanece vigente em cada sujeito durante a sua existência, quanto mostra que este mesmo estado de desamparo – constituinte da subjetividade – forja os elementos que sedimentam e articulam o laço social em torno do projeto civilizatório e das produções de cada cultura (religião, rituais, ciência, artes).

No paradigma psicanalítico, a referência à alteridade como partícipe da subjetivação desde o princípio da vida. Assim, como já descrevemos em capítulo anterior, ao requisitar o Outro materno para responder às suas necessidades, a mãe ou quem responde por esta função insere o bebê numa determinada rede simbólica, operação que faz uso das palavras, sons ou mesmo de gestos. Assim, é esse Outro primordial que introduz o conjunto de significantes e que irá ser ofertado quando ocorrer a demanda pelo objeto de satisfação, deixando claro que não há sujeito cuja pretensão de autonomia não seja relativizada pela dependência estrutural com a alteridade e com a cultura.

Nessa ótica, o entrelaçamento do sujeito com o Outro se materializa e se reatualiza nas incontáveis modalidades que as relações humanas podem assumir, de tal maneira que a história de vida de cada sujeito é, em boa parte, a trama dos efeitos dos encontros com as alteridades – presenças e ausências- que cruzam seu caminho. Nessa lógica, recuperamos a argumentação de Freud (1921/1996) de que, na vida anímica do sujeito, a referência ao outro se apresenta com regularidade, ora como modelo, objeto, auxiliar ou inimigo, circunstâncias que ganham expressão no sofrimento da separação, nos processos de luto, na plenitude do amor e na captura do ódio e da inveja – fenômenos comuns da vida e da clínica.

Na continuidade deste estudo, acrescentamos novos componentes. A teorização desenvolvida por Lacan entende que a natureza gestáltica atribuída à aquisição de uma imagem do corpo próprio, protótipo do narcisismo, e da constituição do eu exige a implicação e a participação de um outro que insere a criança no mundo da linguagem. Em um de seus primeiros estudos, *O estádio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*, Lacan (1949/1998) defende a importância da dimensão especular para a função do eu enquanto uma operação dialética marcada pelo fenômeno da identificação, em que a criança, em tenra idade, “antecipa no plano mental a conquista da unidade funcional do seu próprio corpo, ainda inacabado, nesse momento, no plano da motricidade voluntária” (*ibid.* p. 115).

Na lógica da leitura lacaniana, falar do sujeito presume uma dimensão estrutural de assujeitamento ao Outro como condição de subjetivação, fato decorrente da passagem de uma

imagem fragmentada do corpo a uma representação unificada. O semelhante incorpora, portanto, a função de suporte imprescindível na determinação da matriz imaginária do eu, sinalizando a perspectiva dual desta configuração que coloca o eu como um outro. Tanto para Freud, quanto para Lacan, não se trata de uma etapa a ser superada, mas de uma dinâmica que compreende o outro como onipresente na vida subjetiva e que se perpetua na fantasia de cada um. Diante disso, a função do Outro, na sua dimensão simbólica, aparece como crucial na elaboração das intervenções à crise para se contrapor, como vimos na vinheta clínica que abre esta seção, tanto à alienação imaginária à demanda do semelhante quanto à posição de objeto na qual o sujeito é capturado pelo gozo do Outro.

Homem, pequeno comerciante, separado, 55 anos, é encaminhado pela UBS. Enfrenta problemas financeiros graves por conta da falência da sua empresa. Não apresenta histórico prévio de tratamento psicológico ou psiquiátrico. Angustiado, queixa-se de não conseguir dormir, fica irritado cada vez que toca o telefone ou que chega uma mensagem cobrando suas dívidas. Não consegue não ler ou não atender. Assim, já acorda apreensivo e ansioso. Com isso, mantém-se isolado em casa. Menciona pensamento de tirar a vida, mas não apresenta nenhum plano elaborado. Tem três filhos adultos, com quem tem uma relação boa. É avaliado pelo psiquiatra, que prescreveu antidepressivo e ansiolítico e segue em acompanhamento com analista. Após quatro consultas, diz que interrompeu o antidepressivo e só muito eventualmente usa o ansiolítico. Pede para vir quinzenalmente nos atendimentos, justificando que compreende e aceita que ele é nervoso mesmo e que qualquer coisa deixa ele “atacado”. No final deste atendimento, é feita combinação de não deixarmos horário agendado, para que ele pudesse vir ou ligar quando quisesse. A conduta de preferir não agendar um horário em favor da iniciativa do usuário em qualquer tempo é uma das diretrizes clínicas dos processos de alta do serviço.

Na sequência, destacamos os conceitos de angústia e trauma, fenômenos frequentes no contexto da crise atravessados pelo desamparo. Os sujeitos que chegam em crise não são, em sua grande maioria, aqueles que se qualificariam para os CAPS, tampouco apresentam uma demanda de acompanhamento psicológico de longo percurso, independentemente da linha teórica desta. De maneira geral, vivem o incremento de um sofrimento cuja existência, até aquele momento, se encontrava assimilado no dia a dia, a ponto de não ser considerada a busca de um serviço de saúde. Tratar-se-ia de dizer que o sujeito tem uma relação estável com o incômodo do sintoma, que, por determinados motivos, tem sua consistência implodida fazendo emergir a *angústia*. Esta diferenciação aparece no caso acima em que identificamos que a

nomeação do sofrimento (“nervoso”, “me ataco”), produziu contornos à imprecisão da angústia que forçou a busca de tratamento.

O conceito de angústia foi teorizado em dois momentos na obra psicanalítica. No primeiro, Freud (1916-1917/1996) a situa como um afeto decorrente da operação de recalçamento, de tal maneira que não pode ser concebida como originária. Nesse caso, a angústia seria a comprovação do mecanismo de recalque, sinalizando que alguma forma de representação inconsciente tivera seu acesso negado pelo eu.

No ensaio *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/1996), faz uma releitura deste conceito no contexto da sua última elaboração metapsicológica, reposicionando o lugar e a função deste afeto na constituição subjetiva e na prática clínica. Segundo Nakashima (2019), esta nova configuração introduz como pano de fundo da angústia o caráter traumático vinculado ao desamparo, àquilo que fica como irrepresentável, ponto chave para alicerçar nossas reflexões. Este remanejamento articula as duas versões da angústia, automática e sinal, com os de pulsão de morte, trauma e desamparo, de tal forma que, sob um prisma distinto e oposto da concepção anterior, a angústia passa a ser descrita como uma reação frente à percepção de um estado de perigo e à iminência do desamparo. Com efeito, a angústia deixa de ser efeito do recalçamento para ser compreendida como produtora do recalçamento.

Para entender melhor essa nova costura teórica, recuamos a um período da estruturação psíquica anterior à trama edípica. O recuo alcança o momento no qual o sujeito faz sua entrada no mundo, evocando o estado originário de desamparo do humano como uma espécie de trauma estruturante que permanece inscrito no psiquismo de cada um, vivido com a tonalidade da angústia. Trata-se de uma experiência real, ocasionada pela inexistência do aparelho psíquico, que vê “no estado de angústia uma reprodução do trauma do nascimento” (FREUD, 1926/1996, *ibid.* p.126).

Este arrazoado servirá para que Pereira (2008) afirme que, na teoria lacaniana, o desamparo é “uma condição estrutural em face da qual o indivíduo deve se situar” (p. 234). Para ele, a problemática do desamparo está na base da articulação entre o eu e a angústia, forçando o sujeito a busca do objeto perdido, objeto que emerge como causa de desejo. Em síntese, no campo psicanalítico o conceito de desamparo se presta tanto à dimensão estruturante do sujeito em relação a incidência da linguagem, concernida ao simbólico, quanto desvela o caráter mortífero da experiência traumática, que coloca o sujeito frente ao excesso pulsional. Estas duas versões são importantes na prática cotidiana psicanalítica e psicossocial, contudo, entendemos que angústia e desamparo assumem um protagonismo maior no trabalho clínico em contexto de crise.

A angústia adquire tons sombrios e passa a ser vista como um estado afetivo independente e de expectativa frente a algum perigo. Seguindo esse raciocínio, Freud irá dividi-la em dois tipos: angústia automática e angústia sinal. No primeiro caso, a angústia é descrita pela invasão do aparelho psíquico por um quantum de excitação para a qual não foi possível se antecipar. Esse acúmulo coloca o sujeito numa condição de desamparo, resultando num estado de desorganização psíquica, onde o corpo fica despido da linguagem. No ato inaugural da vida, o sujeito estaria exposto a uma quantidade pulsional impossível de ser toda descarregada ou assimilada psiquicamente. Assim, o estado de desamparo originário torna-se o protótipo da angústia automática, enquanto resposta aquém do recalcado que situa o sujeito numa posição de passividade do sujeito que é reatualizada nos encontros inesperados da vida.

Nessa direção, Besset (2002) sugere que “ao falar de desamparo, designamos um estado e ao falarmos de angústia nos referimos ao afeto que invade o sujeito. Sendo assim, é de uma angústia primordial, primeira, que se supõe na base do nascimento do sujeito, que se trataria do desamparo” (p. 212). Deste modo, entendemos que o estado de desamparo – na dupla dimensão acima referida – seria o responsável pela afetação suscitado no sujeito pela angústia. Nesse ponto, inferimos que a angústia e as modalidades de ato são tentativas de fazer frente ao desamparo e ao insuportável que estremece o eu.

Em contraponto a essa experiência passiva, o autor observa um outro tipo de angústia que cumpre a função de sinal ao antecipar a provável ocorrência de uma situação de desamparo e alertar quanto à iminência de algum perigo. Na eventualidade do seu fracasso, emerge a angústia relativa ao desamparo original com todo o caráter dramático que carrega. Nesse caso, a angústia emerge provocada por alguma circunstância que ameaça ao *eu*. Em linha de continuidade à angústia automática, a angústia sinal é uma modalidade defensiva que se presta para evitar um novo fluxo de excitações – sejam de origem externa ou interna – que ameaçam o eu, evitando o risco do desamparo, compreendido como traumático e identificado em situações disruptivas.

Ainda, em seu esforço metapsicológico quanto à especificidade da angústia, Freud (1926/1996) faz ainda uma distinção entre *angústia* e *medo*. Segundo ele, a angústia advém numa conjuntura em que haveria falta de objeto qualificável num contexto de indefinição, em que o perigo é atribuído a uma situação interna (agressividade) que apresenta ameaça à estabilidade do *eu*. O medo, por sua vez, descreve uma reação do sujeito confrontado a uma realidade concreta e fenomenológica, isto é, a um objeto ou a um perigo real e objetivável que produz uma ação do sujeito como contraponto.

Seguindo esse raciocínio, o trauma reaparece através da ótica da angústia, que passa a ser localizada no Eu e considerada não mais como libido modificada, mas como resposta do *eu*

diante situações de ameaça à vida, desvinculando-a da sexualidade. Desta forma, a angústia assume um importante valor clínico, na medida em que sinaliza a presença de algo em andamento excêntrico ao trabalho de elaboração significativa. Por outro lado, recomenda-se o cultivo de um *quantum* de angústia como estratégia de mobilização da operação analítica que sinaliza em que ponto do trabalho de elaboração significativa o sujeito se encontra, convocando o analista no manejo apropriado para preservar as condições e possibilidades de quanto cada um pode suportar desse afeto.

Aqui, retomamos a leitura que Lacan procede sobre o tema, em especial, no seminário anual desenvolvido entre 1962 e 1963 *A angústia* (1962-1963/2005) quando compartilha a fábula do ‘louva-a-deus gigante’ (*ibid.* p. 14) para encenar a experiência da angústia. Nesta representação, o sujeito estaria diante de um Outro que se mostra enigmático e assustador, e sobre o qual não consegue projetar nenhuma ideia acerca daquilo que ele – o Outro – deseja ou pode querer dele. Nesse ponto, surge um dos traços que definem a leitura lacaniana: a de que a angústia aparece atrelada ao desejo do Outro, em que o sujeito não tem ideia de qual objeto é em relação ao desejo deste, restando a ele elaborar, ao nível da fantasia imaginária, uma posição que atue como defesa. Assim sendo, a condução clínica precisa estar atenta ao que cada um pode suportar ou lançar mão com relação a esse fenômeno. De acordo com Rodrigues (2017), a partir deste seminário é possível constatar o redirecionamento sistemático e claro de Lacan para a centralização da noção de real, apresentando-a como alheia ao simbólico, não sendo nem efeito e nem produto deste, estando sempre fora do referido registro. Esse real evoca a prematuridade do humano e condiciona a abertura para o imaginário e o simbólico. Esta certeza, por parte do sujeito, sustenta a posição teórica e clínica de Lacan quanto ao fato da angústia não ser sem objeto, mesmo que não seja um objeto qualquer, mas o objeto *a*.

Essa descrição sintetiza uma das principais contribuições para a clínica psicanalítica e nos solicita um esclarecimento sobre a natureza deste objeto. Para dar conta desta empreitada, o autor propõe uma gramática em torno do caráter de divisão subjetiva que constitui a subjetivação. Partindo da suposição lógica deste acontecimento mítico em que se dá o encontro do “sujeito de gozo” (correspondendo ao S não barrado) com o Outro (lugar do significante, situado como A (O) sem barra), suposto como necessário para que o sujeito, já barrado, possa advir, trata-se, para Lacan, de um encontro traumático com a linguagem, que resulta numa perda de gozo que, por consequência, instaura a dimensão da falta. Deste encontro incontornável e, ao mesmo tempo, contingencial em suas circunstâncias e consequências, produz-se um resto não submetido à significação, que vem a ser, justamente, o objeto *a*. Dito de outra forma, a operação de subjetivação que diz respeito a ascender à condição desejante se dá pela produção de um objeto que se separa do corpo, até então pleno, e que se perde em definitivo, sem que o

mesmo tenha adquirido uma representação prévia. Por tal razão, este objeto está constituído como perdido em sua própria estrutura, impossibilidade que se coloca como causa do sujeito cujo contorno adquire enquadre imaginário (eu) na dependência do simbólico.

No referido seminário, Lacan deixa clara a “relação essencial da angústia com o desejo do Outro” (1962-1963/2005 p. 14). Na perspectiva simbólica do Outro, este se mostra como incompleto e esta dimensão de falta no próprio Outro é condição para que o sujeito se situe em relação a sua própria falta, provocando, como consequência, o relançamento do desejo. Nessa lógica, o processo de subjetivação implica uma falta que concerne a ambos e que serve como condição para que se institua um laço do sujeito com o Outro. Assim, a angústia emerge quando desaparecem as coordenadas simbólicas que forneceria um retorno de mensagem ao sujeito, que o permitisse se situar em relação a uma demanda. Nesse caso, a angústia diz respeito à presença do enigma do desejo do Outro, quando o sujeito se vê na posição de objeto do desejo do Outro, que se mostra arbitrário, querendo algo do sujeito que se vê desprovido da possibilidade de significação sobre esse querer. De acordo com Lustoza (2006), o conceito formulado por Lacan descreve que, na angústia, algo se passa no Outro, de tal maneira que a falta vem a faltar, provocando correlativamente o não relançamento do desejo do sujeito. Dessa forma, o que angustia não se localiza pela falta de algo, mas pela ausência da falta.

Para Laurent (2007), o sujeito angustia-se quando desconhece o que o Outro quer, sendo este, justamente, o sentido que Lacan dá quando refere a angústia não é sem objeto. O que se coloca como saída deste estado aponta para a produção de algum tipo de saber acerca do desejo do Outro, saber este que só se efetiva *a posteriori*, mas que precisa ser reconhecido como pertinente e inscrito no Outro. Nesse sentido, conforme define Lustoza (2006), para precavermo-nos da angústia não precisamos saber o que o Outro quer, é suficiente supor algo a esse respeito. Tal suposição implica uma correspondência de saber acerca do que o próprio sujeito quer.

A tese central é que “a angústia é aquilo que não engana, o que está fora de dúvida” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 88). Para Lacan, a angústia é um afeto que “tem estreita relação de estrutura com o que é um sujeito” (*ibid.*, p. 10), razão pela qual assume importante valor na experiência clínica, tanto em relação à angústia do paciente quanto, como já referimos anteriormente, àquela que toca o profissional. Para Lacan, o processo de constituição do sujeito envolve o Outro. Dessa operação resulta tanto o sujeito barrado quanto um resto, que Lacan irá formalizar como *objeto a*, produto residual da subjetivação que nunca entrou na condição simbólica. Como demonstramos acima, o sujeito se produz num único ato que aporta duas consequências: uma falta e um objeto (*a*). Lacan (1962-1963/2005) afirma que a angústia não viria como efeito da falta do objeto (já que esta condição é a da subjetivação). Para ele, esse

afeto se colocaria quando o Outro estaria em excesso, numa espécie de presença demasiada do desejo do Outro, que impediria, em contrapartida, a falta do objeto na dimensão simbólica da falta: o que angustia "é sempre o isso não a falta" (*ibid.*, p. 67).

Nessa direção, embora a angústia expresse uma reação de terror que incide sobre o sujeito, ela também se mostra como um mecanismo para lidar com o desamparo em direção ao simbólico, que acarreta alívio à dimensão imaginária do eu. É desde esta perspectiva que Pereira (2008) condensa a leitura de que toda a manifestação de angústia traz em si o germe de um trabalho de elaboração, convocando o sujeito que se vê ameaçado por uma situação que lhe custa enfrentar.

Um jovem de 20 anos havia sido acompanhado por menos de dois meses em função de uma tentativa de suicídio com ingestão de medicação usada pela mãe em função de um rompimento amoroso. O fim do relacionamento foi decidido pela ex-namorada, a quem ele julga que não teria se entregue tanto quanto ele. Questionava-se se ela realmente o teria amado ou apenas o enganado em seus sentimentos. Em pouco tempo, com algumas sessões presenciais e outras de forma remota, decidiu-se pela finalização do acompanhamento. Já não falava mais do ressentimento e havia retomado algumas atividades sociais. Algumas semanas depois, o jovem liga para dizer que não estava bem, mas muito angustiado e que precisava falar. O atendimento foi feito de maneira remota, pois o jovem não tinha vontade de sair da cama, tampouco de casa. Instado a falar, diz que naquela manhã parecia que havia amanhecido morto. Não sentia nada, nem cansaço, nem tristeza, nem alegria, nem desejo... nada. Parecia que não estava vivo. Fez algumas voltas sobre hipóteses, recuperou-se alguns significantes da sua vida e ficou combinado que viria no dia seguinte ao serviço. No outro dia, não apareceu e foi feito contato, com ele dizendo que estava bem e não quis marcar nenhum horário. Na discussão que se fez sobre o caso, concluímos que a experiência de angústia que o paciente teve não afirma que a equipe se precipitou na conclusão do atendimento. Contrariamente, avaliamos que o fato de o mesmo ter ligado para o serviço cumpriu um dos nossos propósitos: de ser incluído como um significante na sua realidade psíquica. Alguns dias mais tarde, enviou mensagem para comunicar que teria sido um dos selecionados pelo ENEM dentro das cotas reservadas àqueles que estudaram em escola pública. Como de costume, deixamos combinado de que poderia nos procurar caso precisasse.

.....

Mulher, 48 anos, encaminhada pelo PAM após ingestão de medicação com 3 cartelas de clonazepan. Foi o segundo episódio em dez dias, impulsionado pelo rompimento abrupto de um relacionamento de três anos, por iniciativa do ex-companheiro. Mudou de cidade a convite dele, que, segundo ela, lhe tratava muito bem. Acompanhava seu tratamento de leucemia, dava

seus remédios e conversavam muito, pois se conheciam desde a adolescência. Por esse motivo não consegue compreender as razões que o levaram a fazer isso. Ficou ainda mais atormentada porque ele já estaria com uma nova namorada e por não responder suas mensagens nem atender o telefone. Queixa-se de insônia, inapetência, choro diário, angústia. Pergunta-se o que aconteceu, mas não consegue saber o que houve, pois tudo parecia bem. Tem poucos amigos na cidade e um dos poucos apoios vem de uma vizinha que a chama à tardinha para tomar chimarrão. Conversa com os filhos, que moram em outra localidade, mas, como estão trabalhando não tem como ficar com ela. Como é diarista, teve seus trabalhos suspensos durante a pandemia. Mostra-se colaborativa no acolhimento e é avaliada pelo psiquiatra, que prescreve antidepressivo e ansiolíticos. Após três consultas presenciais, liga avisando que está no PAM porque tomou novamente medicação. Avisa que a vizinha está com ela e que amanhã irá ao atendimento. Na manhã seguinte, durante o atendimento, explica que, no dia anterior, depois de várias tentativas sem sucesso para falar com o ex-companheiro, decidiu tomar a medicação e mandar uma mensagem a ele avisando sobre o que havia feito. Ele respondeu que a decisão era dela e que era louca. Depois disso, combinamos de seguir com atendimentos remotos e presenciais, cuja frequência se definiria a cada final da consulta. Veio na seguinte e depois não fez mais contato. Apesar disso, durante duas semanas fizemos contatos breves, nos quais a mesma dizia que estava bem e que havia retomado as faxinas. Dois meses depois, encontro ela na sala de espera para consulta com psiquiatra e a convido para conversar. Ela diz que a vida segue normal, que conseguiu mais faxinas e que, sem o ex, está sobrando mais dinheiro. Comenta que começou a conversar com um homem que, como o anterior, era conhecido da época da juventude. Fala do seu dia a dia, sem evidenciar algum tipo de sofrimento maior.

A chegada de um sujeito em crise deixa entrever que, para além da tríade de respostas frente ao mal-estar, descritas por Freud como inibição, sintoma e angústia, é possível localizar uma outra solução, o ato. Nesta conjuntura, que, muitas vezes, envolve uma dimensão de urgência, o ato e a sua função como solução são possibilidades dadas ao sujeito que se vê suscetível entre manter-se amarrado ou romper com o campo do Outro. Diante disso, o acolhimento aberto a essas pessoas, sem agendamento de horário, é premissa básica desta clínica. Segundo Seldes (2005), o cuidado ao sujeito na urgência é inadiável, pela vivência intolerável de angústia que traz o risco de um ato em substituição ao dizer. Com efeito, o acolhimento feito pela equipe assume a tarefa e a responsabilidade de proceder algum tipo de diagnóstico diferencial que leve em conta a possibilidade do ato, considerando a estrutura subjetiva, o aspecto contingencial da demanda e as condições institucionais para o acolhimento.

Por essa razão, precisamos nos ocupar de situar brevemente as noções de *acting-out* e a passagem ao ato, configurações clínicas com as quais nos defrontamos corriqueiramente nos serviços de acolhimento à crise. Na obra de Freud, o termo alemão *agieren*, (em português, “atuação”) aparece em diferentes momentos para indicar condutas que teriam em comum alguma aproximação com a ideia de impulsividade. Na versão inglesa das Obras Completas de S. Freud, feita por Strachey, *agieren* foi traduzido como *acting out*, termo que se popularizou no circuito psicanalítico.

O termo *agieren* surge pela primeira vez nos escritos de Freud (1905/1996) no ensaio *Fragmento de análise de um caso de histeria*, ao descrever a sua análise sobre o caso clínico de Dora. Para Freud, a interrupção prematura do tratamento teria sido motivada pela transferência indevida relacionada ao Sr. K. De acordo com ele, Dora teria atuado lembranças ao invés de verbalizá-las, quer dizer, de tratá-las pela via da palavra, concluindo que o ato (*agieren-acting-out*) está atrelado à transferência e, na cena clínica, encontra-se intimamente articulado com algo que não foi dito ou interpretado. Esta perspectiva se renova quando Freud (1914/1996) retoma as questões da técnica, e afirma que o *agieren* comparece como uma tendência que se coloca no lugar da recordação de uma vivência passada que permanece recalçada. Aqui, o paradoxo é que a memória se presentifica como ato e não como imagem, lembrança ou palavras.

Se a dimensão de ato não ganhou desdobramento teórico em Freud, Lacan vai se ocupar propor um balizamento conceitual das duas dimensões: *acting-out* e passagem ao ato. Será no seminário 10, no capítulo IX, que Lacan (1962-1963/2005) fará a articulação do ato com o objeto *a*. Esta precisão é um dos principais elementos da função diagnóstica no âmbito da crise, na medida em que parte dos motivos do encaminhamento é feita sob a sombra de um ato, seja pela iminência ou pela concretização. Aqui, citamos a automutilação, a ingestão de medicação como tentativa de suicídio, agressão a algum semelhante, cônjuge ou filhos. São situações diárias e corriqueiras que denotam a intensidade da angústia e a dificuldade de acomodá-la simbolicamente.

Numa manhã de segunda-feira, chega um jovem de 23 anos acompanhado da madrasta, sem nenhum encaminhamento formal da rede de saúde. Há três anos ele morava em Porto Alegre, e foi uma amiga sua que tratou de chamar a família naquela ocasião. O jovem diz que se mudou depois de ter perdido a mãe, há cinco anos e a avó, há três anos. Como tinha uma relação distante com o pai, não havia motivos para ficar na cidade. Conta que tinha um bom trabalho, mas que faz muitos meses que tem pensado em morrer, não sabe porquê. Pensa nisso durante o dia e chega a sonhar quando dorme. Tem amigos e bons colegas no trabalho, mas se sente sozinho. Teve duas namoradas durante este período, mas viraram amigos. No último mês, começou a gravar vídeos se despedindo da família, amigos e colegas – esses vídeos seriam

vistos após o seu ato. No dia que decidiu realiza-lo (era um sábado), saiu para se despedir de Porto Alegre e da vida. Ficou andando a esmo por vários lugares esperando o momento para se jogar do apartamento onde morava. Quando retornou à casa, não teve coragem, chamou uma amiga e mostrou os vídeos. Ela chamou a família, ficou com ele até o pai e a madrasta chegarem e o levarem para a casa deles. Na manhã seguinte, o jovem foi levado para acolhimento inicial e, na sequência, avaliado pelo psiquiatra, que prescreveu um antidepressivo. Nesse primeiro atendimento, pediu para mostrar os vídeos que haviam sido gravados. Após um minuto de exibição, é dito a ele que não havia mais necessidade de seguirem vendo o vídeo e que poderia seguir falando. Os atendimentos ocorrem três vezes por semana durante os primeiros quinze dias. Presencial e remotamente, numa narrativa implicada e desejada, o jovem fala muito sobre a perda da mãe. Eventualmente, a madrasta que o acompanhava pedia para falar, também. Em poucas semanas o jovem descreve com surpresa a rápida aproximação com o pai, algo que ele nunca esperava que acontecesse. Os atendimentos vão escasseando e, num determinado dia, liga para dizer que havia arrumado um trabalho (que exigia viagens) pela intermediação do pai. Estava muito animado com o projeto e que seguiria ainda, por um tempo, com a medicação. O serviço e o acolhimento são disponibilizados em caso de necessidade.

Lacan argumenta que o *acting-out* preserva os registros da demanda e da transferência, o que nos leva a crer que, apesar da queda do suporte discursivo, o sujeito ainda não está completamente identificado à posição de objeto, a tal ponto que o *acting-out* faz um endereçamento, uma convocação ao campo do Outro. Desta forma, como desenvolve Lacan, o *acting-out* não visa a destituição e o rompimento do lugar do Outro, mas uma convocação para que o Outro opere desde este lugar. Esta especificação será definida por Lacan (1962-1963/2005) como transferência selvagem, como uma solicitação ao analista para reposicionar o objeto na função de causa de desejo. Esta modalidade de ato é uma mostra de alguma coisa na conduta do sujeito que pede interpretação, ou seja, o *acting-out* seria como uma montagem que inclui o Outro, perspectiva desafiante que solicita uma interpretação acerca do desejo do sujeito.

Dessa passagem, inferimos que este ato, mesmo com seus efeitos perturbadores e desestabilizadores, é uma atuação simbólica que comporta uma mensagem e que, no mais das vezes, se quisermos situá-la no campo da clínica e do acolhimento à crise, diz respeito a um pedido de presença que reabra e reatualize possibilidades de interpretação e de sentido. Assim, postulamos que um número expressivo dos casos envolvendo “tentativas de suicídio” podem ser lidas como pedido de ajuda (Outro), de reestabelecimento de um lugar no laço social, ao invés de um ato visando o rompimento com o mesmo.

A passagem ao ato, por sua vez, não comporta a estrutura discursiva que enlaça sujeito e Outro a partir da intersecção com o objeto *a*. No desenvolvimento desta categoria, Lacan (1962-1963/2005) faz referência a “um largar de mão” (p. 129), termo que ele toma de empréstimo do vocabulário de Freud quanto ao caso da jovem homossexual. Esse largar de mão, diz ele, seria o correlato essencial da passagem ao ato e o situa do lado do sujeito: “do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito – ele se precipita e despenca fora da cena. Esta é a própria estrutura da passagem ao ato” (*ibid.*). Assim, confrontado com a falta da falta – o que indica a perda da estrutura de ficção e dissolve os lugares da subjetivação, como o do sujeito como portador da fala, -“o sujeito se encaminha para evadir da cena” (*ibid.*, p. 130).

Na passagem ao ato, o laço social é deixado de lado, e não se reconhece um apelo ao Outro e a pacificação da linguagem. Sua execução como ato suicida ou em gestos e crimes violentos sem uma justificativa comportam um tipo de apaziguamento do gozo e da angústia, que se alcança pela ruptura com o laço social ou com a saída de cena, que abre mão da interpretação e do jogo significante. Identificado progressivamente à posição de objeto/dejeto, em muitos casos isso pode significar a saída do próprio mundo por não reconhecer a existência de um lugar para si. Tal circunstância se deixa entrever em determinadas instâncias da vida e relacionadas aos impasses adolescentes, à destituição de um lugar amoroso e à expulsão de uma condição de valor resultado de insucessos profissionais e sociais. Contrariamente ao que vimos no *acting-out*, aqui o Outro não é falho, mas vai assumindo uma dimensão cada vez maior e absoluta, de tal maneira que o sujeito, ao se identificar à posição de objeto, diante da perda do suporte narcísico corre o risco de promover uma ruptura com o laço social. Na clínica, isso aparece no relato de pessoas em que o pensamento suicida está bem formulado na ideia de que “isso seria a maneira de terminar com tudo” ou “assim, paro de incomodar”.

Um homem de 40 e poucos anos é levado pela esposa até o Acolhe Santa Maria. Dois meses antes, foi ele quem encontrou seu pai enforcado, após dois dias de procura pelo seu desaparecimento. Dois dias depois do enterro, uma vizinha o flagra com a corrente do cachorro na mão, com a intenção de se enforcar ele próprio. O homem é então levado ao PA e avaliado por um psiquiatra, que o medica e dá receita para três meses. Durante dois meses o paciente ficou em casa, ora quieto, ora irritado. Quase não saía e não conseguia aceitar nem compreender por que o pai havia feito aquilo. Sentia que precisava saber o que havia acontecido, ao mesmo tempo que tinha medo de também se matar. Segundo ele, não era como se fosse uma vontade, mas uma obrigação. A esposa marcou atendimento no serviço duas vezes, e ele não conseguiu ir. Por fim comparece, conta sua história e, ao longo de três meses, com algumas ausências, fala sobre o que sabe e o que não sabe do seu pai e da morte deste. Após

este período, em que conseguiu colocar palavras onde não havia nada, deixq de comparecer. A profissional de referência faz contato com ele e com a esposa e deixou o serviço à disposição.

O tema do trauma não poderia ficar de fora deste percurso, levando em conta suas repercussões subjetivas e sua presença cada vez mais constante na clínica, dado o contexto do desamparo e violência que vige atualmente num laço social propício a acontecimentos disruptivos. O caráter reflexivo que acompanhou o pensamento de Freud respalda a redefinição que a concepção de trauma sofreu em sua obra. Na sistematização oferecida por Demoulin (1997), “O percurso de Freud vai do evento traumático à fantasia; em seguida, à pulsão; depois, à angústia. Há, além disso, um trajeto de retorno, da fantasia para o evento traumático”. (p. 27).

Deste percurso resta uma unanimidade em torno da estrutura do trauma, descrita por Freud na sua última tópica (1920/1996), distinta da dialética do prazer-desprazer que caracterizou sua metapsicologia até 1920. O reconhecimento do mecanismo da repetição nos sonhos traumáticos, que reatualiza experiências vividas com dor e sofrimento, surge como um impasse para a ambição terapêutica e para o domínio do princípio do prazer. Este cenário inesperado impõe a reformulação dos pressupostos e uma nova teoria pulsional, que incluiu a “novidade” da pulsão de morte como categoria que designa aquilo que se mantém à revelia da captura significante e, portanto, não submetida ao princípio do prazer. Apesar disso, nos cabe afirmar que, do ponto de vista clínico, o caráter avesso à significação da pulsão de morte não é um impedimento, tampouco impossibilita ao sujeito se utilizar deste recurso na tentativa elaboração daquilo que é vivido. A consequência dessa constatação é que a dimensão traumática deixa de fazer par com a sexualidade e vincula-se ao desamparo.

A palavra *trauma* tem origem etimológica grega, reportando à significação de ferida, e seu uso é consagrado pelo saber médico para classificar as lesões produzidas no organismo por causas externas. Por analogia, cita Rudge (2009), que, do ponto de vista psicopatológico, o trauma vai designar aqueles acontecimentos que rompem de maneira radical com um estado regular do funcionamento psíquico, provocando um desarranjo nas formas habituais de lidar com as coisas. Diante disso, o sujeito se vê exigido a proceder um trabalho de reordenação do mundo, advertidos de que – diz a autora – entre os acontecimentos e seus efeitos se insere a tela das memórias e fantasias. Este trabalho será afetado, ainda, pelos recursos simbólicos que cada cultura oferece a este empreendimento, ou seja, terá o auxílio das referências discursivas como elementos adicionais: a espiritualidade, o discurso da ciência, o suporte comunitário.

Desde o prisma psicanalítico, só há traumatismo se há um sujeito que o manifeste como tal a partir de seus sintomas, sonhos, inibições, paralisias, angústias. Conforme Vieira (2009), independentemente do acontecido e das suas circunstâncias, parte-se da premissa de que qualquer qualificação de trauma está na dependência de um fator subjetivo ineliminável, visto

que nem todos que passam pela mesma situação serão traumatizados. Isso quer dizer que só é possível falar de trauma *a posteriori*, ou seja, num tempo outro ao do acontecimento, quando se torna possível verificar o enlace deste com a história do sujeito.

Com efeito, esta abordagem pressupõe que não é possível estabelecer de maneira generalizante uma correspondência unívoca entre causa traumática, como catástrofes e desastres, e suas consequências imediatas, pois, entre elas, se interporia o inconsciente (RUDGE, 2009). Ou seja, o trauma não é o acontecimento em si, isoladamente, correspondendo ao modo como este acontecimento incide sobre o psiquismo, pela sua ressignificação posterior no quadro da fantasia (DUNKER, 2006). Fica claro que é preciso que o acontecimento se enlace a um componente afetivo da história do sujeito. Esta afirmação é fundamental para se diferenciar da posição empirista e pragmática dos códigos classificatórios, como o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças (CID), que ignoram variações culturais e interpretações subjetivas em seus processos diagnósticos.

Demarcar que a experiência subjetiva traumática supõe um tempo posterior para sua afirmação não ignora os efeitos deletérios que irrompem de forma imediata à exposição do sujeito a um evento de grande impacto e violência. Aqui, já é possível identificar os efeitos do limite da capacidade de tramitação do aparelho psíquico afetado pela surpresa e pela quantidade de estímulos. Entretanto, a manifestação de sintomas, como insônia, retraimento, pesadelos, pensamentos intrusivos, hipervigilância, desânimo e apatia, não seria, ainda, compreendida como um indicador psicopatológico, denotando o trabalho psíquico da potência significativa com vistas a acomodar e dar destino ao vivido. Tais manifestações apontam para o estremecimento do enquadre imaginário que oferecia as coordenadas à sustentação do eu e para aquilo que é percebido como realidade, resultado na desestabilização dos significantes mestres e da via do discurso como modos de tratar o excesso que alcançou, por fim, o eu. Diante da ausência ou insuficiência de respostas no plano simbólico, produz-se a precarização do eixo imaginário em sua função estabilizadora da imagem. Por outro lado, cabe recordar que o ser humano é um ser de linguagem, o que relança a fala como recurso permanente de elaboração, na medida em que o falar institui uma operação dialética entre o possível e o impossível de dizer, entre a produção de sentido e o limite de recobrimento ao furo do real.

No ensino lacaniano, a pré-existência da linguagem é condição lógica e estrutural do processo de subjetivação. De forma mais radical, o traumático para o humano seria o encontro do sujeito com a linguagem, na medida em que deste encontro, produz-se como resultado a perda de um todo sensível que é miticamente suposto ao sujeito. Em suma, na formulação lacaniana o encontro com a linguagem constitui, no mesmo movimento, o sujeito dividido e a

dimensão traumática da subjetivação, fato que impossibilita a plena de articulação significativa da experiência humana. Portanto, é preciso considerar essa dupla dimensão no campo clínico, onde recebemos as repercussões subjetivas do encontro do sujeito com o real.

No recorrido lacaniano, evidencia-se uma radicalização ainda maior da divisão psíquica concebida pelo pensamento freudiano (inconsciente) ao inferir que o sujeito estaria duplamente dividido em relação à linguagem “pelo fato de que o sujeito depende do significante e que o significante está primeiro no campo do Outro” (LACAN, 1964/1988, p. 194-195). Com esta proposição, o sujeito não é nem autônomo e nem pode se tomar como centro, pois está descentrado em relação ao eixo simbólico que lhe é exterior e ao qual mantém uma relação estrutural de dependência. O caráter de dependência retira qualquer certeza acerca do ser, embora o *eu* não abra mão de apelos com esta pretensão. Tal como situamos, o desmoronamento das identificações e amarrações imaginárias abre uma experiência subjetiva de crise com consequente abalo narcísico, mas requisita e insere, paradoxalmente, possibilidades de elaboração desde uma posição de enunciação que se produz.

Não precisamos ir muito longe em busca de exemplos de experiências subjetivas marcadas pelo trauma. No serviço psicossocial que tem merecido atenção nessa tese, encontramos testemunhos de pessoas envolvidas em algum evento coletivo ou individual de potencialidade traumática e como, singularmente, cada um deles conseguiu responder a essa situação de choque, visto que é sempre necessário que algo se produza como resposta à invasão do real e à angústia que decorre deste encontro. Alguns só conseguem chorar, outros tem pesadelos, outros se medicam em demasia numa escolha de anestesia da dor. Dentre tantos modos de resposta frente ao que surpreendeu, existem, ainda, aqueles que rapidamente recompõe uma teoria pessoal e, em poucos dias, retomam certa rotina na vida. Segundo Costa (2019), e seguindo a concepção psicanalítica do *eu*, este movimento diz respeito a uma construção imaginária que é responsável pelo sentimento de continuidade que temos durante a vida. Tal lógica opera pela negação do impossível e pela inclinação de reparar o que se rompe por meio da produção de sentido, com o propósito de singularizar o furo que constitui toda estrutura discursiva e que, em situações como esta, se amplia ainda mais.

Em relação a isso, podemos pensar que um conjunto expressivo de sujeitos, até a ocorrência do evento traumático, tinha uma vida ordinária que apontava para uma existência sem sobressaltos e cuja dinâmica não faria supor a busca de ajuda no campo da saúde mental. Afetados pelo acontecimento, cada sujeito, irá recorrer à sua fantasia particular e aos recursos previamente simbolizados como forma de tratamento psíquico ao que lhe ocorreu. Contudo, o que se sucede é que, por vezes, impulsionado pelo inusitado, não encontram nada em seu acervo

simbólico e em sua sustentação imaginária, de tal maneira que o desamparo se coloca como experiência de angústia.

9.2 TRANSFERÊNCIA

Homem, 33 anos, sem histórico progresso de atendimento em saúde mental e uso de medicação, liga para o serviço próximo do horário de fechamento da unidade e na véspera de um feriado. Diz que ligou para vários serviços de saúde mental e todos disseram que a sua demanda não era compatível com o que eles tinham a oferecer. Perguntamos do que se tratava, ainda por telefone. Diz que havia se separado a poucos dias, estava muito angustiado e pensava em fazer bobagem. Perguntamos se ele poderia ir naquele momento e ele confirma que sim. No acolhimento presencial, menciona o final do casamento de sete anos proposto pela esposa, a qual saiu de casa com a filha de 5 anos dizendo que não o amava mais e que havia cansado de esperar que ele mudasse. Nesse ponto, o paciente diz que ela fazia referência a ele ser estúpido, grosseiro e ciumento. Não fez alusão clara a tirar a própria vida ou da ex-companheira, apenas não compreende porque ela havia terminado. Aliás, leva algum tempo para que ele reconheça as reclamações da ex-mulher, mas não lhes parecem suficientes para o fim do casamento. Como suas férias do trabalho de portaria terminariam naquele final de semana, propôs-se que os atendimentos seguissem remotamente. Assim, durante três meses aproximadamente, são feitos atendimentos com esse recurso, algumas vezes em horários previstos e outras vezes por solicitação dele, que, muito atormentado, telefonava para falar sobre os efeitos que sentia a cada novidade que sabia da ex-companheira: curtiu o fulano, saiu com amigas, está namorando, pediu para falar comigo. Aos poucos, começa a se interessar por outra mulher e o atendimento é suspenso.

Marco da trajetória clínica freudiana, a noção de transferência e seu uso se verifica ao longo de sua obra. O registro da palavra *Übertragung* (transferência) aparece em 1895 no artigo *Psicoterapia da histeria* para descrever um fenômeno de falsa conexão com a figura do médico. Mais adiante, esta noção ganha outro registro em *A interpretação dos sonhos*, para nomear o processo de deslocamento do desejo inconsciente que fará uso de restos diurnos para se expressar. Mais adiante, aparecem escritos clássicos como *A dinâmica da transferência* (1912) e *Observações sobre o amor de transferência* (1915) nos quais observamos o deslocamento do eixo crucial do tratamento - conforme havia desenvolvido em artigos como *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise* (1912) e em *Sobre o Início do Tratamento* (1913) - para a particularidade da relação que se estabelece entre a posição simbólica assumida pelo analista em relação ao analisante.

Com as formulações metapsicológicas acerca do funcionamento do inconsciente, Freud (1915), deixa claro que este não é um mero atributo do aparelho psíquico em oposição binária à consciência ou à ausência de consciência. No artigo “*O inconsciente*” de 1915, apresenta seus argumentos sobre a existência de processos psíquicos inconscientes questionando, com isso, a centralidade da consciência na dinâmica mental. Ao projetar a composição do aparelho psíquico por três sistemas –consciente, pré-consciente e inconsciente-, descentra o sujeito em relação à consciência para afirmar a noção de um sujeito estruturalmente dividido, ou seja, subjetivado em torno de uma divisão, de uma hiância. Os achados clínicos recolhidos por meio dos sonhos, atos falhos e sintomas, designados como formações do inconsciente, exemplificam o estado de atividade desta instância e servem para demonstrar o jogo combinatório destas formações que gira em torno das leis de condensação e deslocamento.

O exercício da palavra, em sua potência de representação e significação, é o *modus operandi* do aparelho psíquico formulado por Freud, e se presta como instrumento axial da prática psicanalítica, que tem no inconsciente a sua insígnia distintiva. O saber associado à dimensão inconsciente faz referência a um saber outro, desconhecido ou não reconhecido pelo sujeito, razão pela qual sua existência ou pertinência supõe um tipo de implicação que nem sempre se consegue. Do ponto de vista técnico, essa operação clínica se faz mediada pela presença e manobra de um analista que sistematiza as condições de aproximação deste saber – inconsciente – pelo recurso da associação livre.

Normalmente a demanda inicial é caracterizada por uma tipo de fala cuja estrutura narrativa nos permite identificar o sujeito numa relação de exterioridade ao que lhe afeta. Não tanto porque não se reconhece nesta cena – como por exemplo, desejo de morrer associado a algum tipo de violência na infância –, mas porque encontra-se fixado numa determinada construção da fantasia. Assim, de certa forma, seja num tratamento convencional ou numa demanda marcada pela crise, há, em certa medida, uma ideia mínima a respeito da “origem” do que aflige, mesmo que a relação e suposição sobre isso seja incerta e imprecisa. Este saber mínimo e incompleto, no entanto, é suficiente para a instauração da transferência movido pela suposição da existência de um lugar de saber sobre o que permanece alheio e inacessível a ele. Este movimento respalda e abre as condições para o enquadre clínico a partir da presença do analista ou de um outro profissional da equipe que possa assumir este lugar.

De acordo com Balbi (2005), desde o tempo remoto pré-psicanalítico, quando era uma prática afiançada pelo efeito catártico, até a excelência do método da associação livre, “pôr em palavras” sempre foi a direção clínica da psicanálise. Sob este viés, trata-se de uma fala que é dirigida ao Outro e que não pode prescindir de uma alteridade posicionada como artífice do processo de “elaboração” daquilo que é estranho ao sujeito, ou seja, do tratamento do sintoma.

Nessa direção, a fala se dirige ao Outro que, como já definimos, é o lugar onde se localiza o sentido e de onde o sujeito recebe a interpretação do seu sintoma, “como sua própria mensagem de forma invertida” (LACAN, 1953/1998, p. 299) – conforme o exemplo acima, em que há a aposta em um tipo de tratamento que suscite as condições para que o próprio sujeito se escute. É nesta direção que se espera que o sujeito possa abrir mão de pôr em ato sua realidade psíquica em favor da invenção de outras e múltiplas soluções que levam em conta o registro simbólico.

De imediato, a alteridade – sustentada, nos faz saber Freud, pelo mecanismo da transferência – implica um destinatário e, pela especificidade da sua escuta, viabiliza a colocação em ato da realidade do inconsciente. Com a publicação do caso Dora, escrito em 1901 e publicado em 1905, a transferência adentra conceitualmente ao campo psicanalítico. Neste ensaio teórico-clínico, a transferência será descrita como “reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornarem-se conscientes, mas com a característica de substituir a pessoa anterior pela pessoa do médico” (FREUD, 1905/1906, p. 111). Advém uma precisão conceitual que faz saber que a transferência sugere um traslado e uma derivação de algo não realizado, articulado à realidade sexual para outro espaço/relação/objeto em busca de efetivação. A transferência – esta falsa relação-ligação – articula-se aos mecanismos de deslocamento, repetição e atualização de modelos infantis transpostos ao analista, que, por sua presença e mediação, poderia alcançar a *origem* do sintoma. Em outras palavras, a transferência confirmaria a hipótese do inconsciente que daria a ver/ler lembranças patogênicas a partir dos modos como o sujeito se coloca em relação ao Outro, situado artificialmente na figura do analista.

Esse pressuposto é retomado e reafirmado por Lacan (1964/1998): “os psicanalistas fazem parte do conceito de inconsciente posto que constituem seu destinatário” (p. 848). Como tal, o conceito de inconsciente e seus desdobramentos encontra-se articulado ao conceito de transferência, cujo mecanismo dinamiza o campo da fala, da linguagem e dos afetos. Com relação a isso, no texto *Função e campo da fala e da linguagem*, Lacan (1953/1998) define a transferência como um erro estratégico necessário à entrada em tratamento, “pacto inicial” (p. 390) que compreende a necessária construção de um lugar terceiro.

A mãe de um adolescente de 16 anos é chamada pela direção da escola que teria sido alertada pelos colegas do jovem sobre o fato do mesmo estar avisando que iria se enforcar. Após seis meses de uso de antidepressivo conduzido pela médica da ESF, o adolescente é encaminhado para o Acolhe. Durante a primeira consulta relata que se sente nervoso, com medo, insônia e dificuldades de concentração. Além disso, à noite, tem a sensação de ouvir vozes, mas se sente confuso quanto a isso, pois não sabe dizer se são reais ou não. Confirma os pensamentos de tirar a vida, mas que parece lhe faltar coragem. No acolhimento realizado

pela enfermeira diz que se entristece e se irrita facilmente. Conta que em 2017 a família o matriculou numa escola privada, mas que não conseguiu acompanhar a turma e acabou sendo reprovado. Além disso, teria sofrido bullying. Por conta disso, foi estudar numa escola municipal onde fez vários amigos. Entretanto, um destes amigos teria se enforcado e, desde lá, ficou com esta ideia na cabeça. Já na primeira consulta com a médica da ESF foi sugerido acompanhamento psicológico e psiquiátrico, mas ele não quis. Relata que nunca fez uso regular da medicação prescrita, que foi a mesma receitada na consulta com o psiquiatra do Acolhe. Quanto ao atendimento psicológico, o jovem mencionou que se sentiu bem conversando com a enfermeira, para quem falou coisas que nunca tinha dito a ninguém.

Avançamos, aos poucos, na direção de perguntar, então, o que oferece, ou melhor, desde que posição transferencial responde um analista, um serviço e seus trabalhadores, orientados pela psicanálise, ao sujeito em crise? Como circunscvem e fazem circular a especificidade discursiva da clínica psicanalítica, que, segundo Soler (2013), requer, já de entrada, a suposição do inconsciente? De acordo com a autora, a oferta deve estar de antemão como condição inaugural, anterior à demanda, indicando que não é no registro da interlocução, no nível da troca, das réplicas e dos enunciados que se abre um trabalho analítico. Neste ponto, nossa investigação ganha complexidade e dificuldade na medida em que estamos falando de um cenário clínico que acolhe sujeitos premidos pela crise, em que a imagem narcísica está trincada, o encadeamento significativo vacila e o acolhimento desta demanda se faz numa condição institucional com a composição multiprofissional que não obrigatoriamente compartilha das premissas psicanalíticas. Em tal cenário, a referência médica psiquiátrica é a dimensão que, ainda, ocupa o lugar do discurso do mestre, tanto na forma discursiva em que o sofrimento ganha expressão, quanto na hierarquização vertical de saber cujo apelo encontra reciprocidade nos atores envolvidos.

Lacan (1960-1961/1992) dedica um ano inteiro de seu seminário anual para o tema da transferência. Partindo do livro *O Banquete*, de Platão, examina a complexidade deste fenômeno para atualizar a relação do sujeito com o objeto e para especificar de que ordem é este objeto que opera na transferência. Daí que o seminário avança interrogando o que é o desejo do analista e como ele se responsabiliza por ele.

Segundo Miller (2002), a conceituação de transferência teria sofrido uma transformação de Freud a Lacan quando este introduz como fundamento da transferência a função do sujeito suposto saber, inédita em Freud. A formalização como função permite localizar como a transferência entra e atua no campo do tratamento psíquico, isolando elementos que permitem acompanhar as faces que este fenômeno pode assumir e como o sujeito se coloca em relação ao

Outro e à sua falta. Desta forma, Lacan (1964/1988) declara que a transferência é impensável se não se tomar o *Sujeito suposto Saber (SsS)* desde o início.

Assim, há uma dimensão da transferência, reconhecida ou não, que intervém em qualquer dinâmica clínica e que Lacan vai designar SsS. Nesse sentido, o objetivo *princeps* é como instaurar uma modalidade de cuidado, ou seja, um tipo de intervenção clínica, modulada por uma transferência que reconhece lugares distintos e não hierárquicos como fato de estrutura necessário ao início do tratamento. Este modelo vai na direção do que Lacan (1960-1961/1992) nomeou de disparidade subjetiva no seminário sobre a transferência, para demarcar que uma análise não corresponde a uma oferta de cuidado, mesmo que no final cuide. Nesse caso, a oferta se dirige ao saber inconsciente suposto, numa tipificação de amor inédito e atípico que lhe é endereçada. De acordo com Soler (2013), a função deste amor ao saber é causal e desemboca na instauração da transferência para fazer emergir, a partir da queixa e da demanda de consolo e cuidado, uma demanda de interpretação.

Para Pisetta (2011), com o desenvolvimento do SsS, Lacan sinaliza que a própria transferência, tomada em sua vertente simbólica, seria pensada como uma formação significativa do inconsciente. Com efeito, esse saber não sabido, base da transferência e suposto ao Outro, é o que define o sujeito desta fórmula. Como se pode depreender, embora muitas vezes o sujeito se dirija ao analista formulando uma demanda em expectativa de resposta para a mesma, trata-se de recusar este lugar. Esta seria, pois, a versão imaginária da transferência, que opera sob os moldes da sugestão e obstrui a abertura ao jogo significativo. De toda maneira, é preciso estarmos cientes de que qualquer demanda de ajuda vai implicar a referência a um objeto imaginário – na espera de uma solução empírica – que submete a vontade de saber à vontade de curar-se sem querer saber disso (RECALCATI, 2004). Para o autor, a operação inicial acolhe, mas cumpre a função contrária, visando abrir uma interrogação sobre a causa do sofrimento sintomático em busca da sua subjetivação.

9.3 SIMBÓLICO

Homem, 56 anos, pedreiro, casado, três filhos, está há seis anos sem trabalhar, com queixas depressivas e dores no corpo que o deixam incapaz para o trabalho. Tem tido pensamentos frequentes de morte e fala que pretende vender a casa ou o carro para comprar um revólver e tirar a vida. Paciente é encaminhado pelo hospital onde faz tratamento para diabetes e para a fibromialgia, que o impedem de trabalhar e de fazer força física. Chega ao serviço em uso de medicação antidepressiva. Fez uso abusivo de álcool até os 40 anos. Após o acolhimento com a enfermeira, foi encaminhado para avaliação psiquiátrica e para escuta qualificada à crise. É quando conta e desdobra a sua história de vida, marcada com muito

sofrimento e carência material. Apesar disso, lembra que recebeu auxílio de muitas pessoas e que isso ajudou muito a conseguir melhorar de vida. Uma das coisas que mais lhe afetam, nesse momento, é que se irrita por qualquer coisa: presença de pessoas, conversas, visitas, barulho de animais. Fica verbalmente agressivo e prefere se isolar de todo mundo. Passa boa parte do dia no escuro do quarto ou na frente da televisão. Pensa em morrer para “parar de incomodar e terminar com tudo de uma vez”. Na sequência do atendimento, a esposa confirma o relato do marido. Embora a situação tivesse alguma complexidade, observamos que ele se mostra receptivo a falar. Por isso, propomos voltar a conversar por telefone em dois dias e uma nova sessão presencial em cinco dias. Ele se mostra de acordo e quando veio à consulta segue falando de si, das dificuldades de convívio social, das perdas que está sendo confrontado. Durante a sessão, após um relato exaustivo de suas queixas, diz: “eu sei que essa pessoa não sou eu”. Na sessão seguinte, segue falando e, no final, menciona que gostaria de espaçar os atendimentos. Acolho e digo que isso acontecerá, sendo-lhe dito que isso acontecerá, mas que ainda gostaríamos de vê-lo em breve. Vem uma quarta vez, quando produz uma narrativa cuja ênfase recai sobre o sofrimento relacionado à limitação física e, desta vez, diz que gostaria de passar uns dias numa pequena casa que tem no interior do município, onde se sente melhor. Seu comunicado deixa transparecer, transferencialmente, um misto de confiança e pedido de autorização, pois a esposa se mostra apreensiva. Pedi que falasse mais sobre essa intenção e, por fim, junto com ele e com a esposa, decide-se pelo passeio. Na semana seguinte, um familiar ligou e pede um horário para ele, conforme havíamos combinado. Durante a consulta, comenta sobre o passeio e sobre pequenos imprevistos que o motivaram a voltar antes. Faz nova solicitação para que os atendimentos sejam menos frequentes. Dentro de uma perspectiva de corresponsabilidade no cuidado, decidimos não estabelecer regularidade e que, em cada consulta, definiríamos a data da próxima. Nesse caso, marcamos para quinze dias depois. Essa modalidade de frequência “aberta” é uma das principais estratégias no trabalho com pacientes em crise, que introduz liberdade e singularidade no manejo clínico ao seguir os indicadores subjetivos e as possibilidades institucionais. Nesse caso, como em muitos outros, a decisão se baseou na constatação de que o caráter de urgência havia se dissipado e que, do ponto de vista do tratamento, interessava mais a preservação do laço transferencial com o Acolhe e com sua equipe como uma referência de cuidado do que a regularidade dos atendimentos.

Desse percurso reflexivo destacamos a frase de Lacan: “Nada há de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala” (LACAN, 1953/1998, p. 242). Esse enunciado se faz fundamental, ao ressaltar que não existe experiência de urgência sem que lhe seja suposta o pertencimento e a articulação prévia à cadeia

significante, de tal forma que a própria temporalidade se define com relação ao simbólico. Assim, se há algo que insistimos nesta pauta, é que a necessária introdução da pausa como um primeiro tempo cronológico e lógico do acolhimento passa pela retomada do registro simbólico como recurso clínico, fato que nem sempre é possível, porque a alguns não interessa ou porque as contingências não a oportunizam visto que alguns usuários não se sentem confortáveis para falar sobre sua história, identificados e confortáveis com o discurso biomédico.

O texto *Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise*, publicado em 1953 e conhecido como *Discurso de Roma*, é fundamental para compreender a releitura paradigmática que Lacan introduz para o inconsciente freudiano. Com ele, o axioma “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” ganha complexidade e aprofundamento conceitual para sustentar as (re)formulações que virão no corpo da teoria e no âmbito da prática:

Afirmamos, quanto a nós, que a técnica não pode ser compreendida nem corretamente aplicada, quando se desconhece os conceitos que a fundamentam. Nossa tarefa será demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo de linguagem, ao se ordenarem na função da fala (LACAN, 1953/1988, p. 247).

Desde então, a questão técnica de como ter acesso ao sujeito desloca-se da profundidade suposta ao inconsciente em direção do próprio discurso significante. Será dentro do contexto da relação do sujeito com a fala que Lacan irá estruturar e alicerçar *o retorno a Freud*, com elementos próprios para uma teoria da subjetividade humana que apresenta o sujeito se constituindo como desejante em relação à linguagem simbólica. Amparado na contribuição estruturalista, Lacan (*ibid.*) argumenta que o ser humano fala como consequência do símbolo tê-lo feito homem (p. 278). Ao colocar o símbolo em equivalência com a palavra e separar o objeto da palavra, Lacan (*ibid.*) sinaliza que esta ganha autonomia e pode vir a representar outros objetos. Nessa lógica, uma palavra não carrega um único significado e, de acordo com ele, “atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer, e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e nada será nunca esgotado (p. 278).

De acordo com Françaia (2007), com o apoio dos parâmetros científicos do estruturalismo Lacan pôde, através de novos termos, prosseguir com a crítica dos pressupostos metapsicológicas e redefinir conceitos na composição de um novo quadro, em que é um sujeito histórico que dá às suas experiências significações pessoais. Para a autora, a passagem do imaginário para o simbólico é também a passagem do meio social para a linguagem, formalizando, desse modo, um método clínico novo baseado fundamentalmente no conceito primordial da obra lacaniana, o significante. O ensinamento de Lacan assume relevância e ganha particularidade no horizonte psicanalítico com seu projeto de retorno a Freud na década de 1950 que tem, no texto de 1953, “*Função e Campo da Fala e da Linguagem em*

Psicanálise”, um dos marcos desta empreitada teórica e clínica e a passagem do domínio imaginário da experiência analítica para a primazia da linguagem no campo psicanalítico que será tipificada pelo registro simbólico.

Embasado na fórmula do inconsciente estruturado como linguagem e pela influência estruturalista que postula a linguagem como condição de determinação do mundo humano, sua leitura dá ênfase ao simbólico, como sendo aquilo relativo ao inconsciente possível de ser traduzido na experiência analítica. Este direcionamento conduzirá Lacan à primazia do simbólico e à introdução da noção de Outro descrito como sendo um lugar e, de maneira mais precisa, um lugar simbólico. A invenção do Outro como conceito permitiu a Lacan articular seu modo de pensar particular acerca da determinação externa como constituinte da subjetivação. Com efeito, conceber o inconsciente tomando a linguagem como matéria prima da construção da realidade humana permite a Lacan retirar o inconsciente freudiano das profundezas que se encontrava e reposicioná-lo como uma estrutura simbólica sobre determinada, portanto, compartilhada. Nesta leitura, o sujeito encontra-se em relação de dependência ao Outro o que, do ponto de vista clínica, demarca o sintoma como uma formação condensada de significantes numa trama de significações possíveis de serem desmontada como uma mensagem codificada.

Para dar continuidade à essa discussão, trago algumas contribuições de Dufour (2005), que problematizam a noção do Outro e do simbólico, essenciais para pensarmos a pauta do acolhimento à crise e à clínica da urgência que inclui a angústia, sintoma e ato. No rastro da concepção de Lacan, Dufour (2005) indica que o Outro seria a instância lógica de anterioridade fundante ao sujeito e, em exterioridade, posição que define o aqui da interioridade em distinção ao “lá” da exterioridade. Para ele, no centro dos discursos do sujeito encontramos uma figura instalada, ou seja, existem um ou uns seres discursivos a quem o sujeito apela como se fossem reais e que lhe asseguram uma origem, um fim e uma ordem. Sem esta garantia metassocial, o ser estaria em dificuldades, em crise, poderíamos dizer. Assim, diz ele, sem o desvio ao Outro não seria possível ao sujeito aceder à função simbólica que intervém na construção das noções de temporalidade e espacialidade e que sustentam, de maneira central, os sistemas político-simbólicos, econômico, intelectual, artístico, dentre outros. Não se trata de uma hipótese de complementariedade entre o sujeito e o Outro, pois não há consistência do ser, contudo, ressalta-se a posição de submissão que permanece como uma constante comum.

Com a tese da primazia simbólico, Lacan desbanca a hegemonia imaginária vigente na concepção da prática analítica. No conhecido texto *O estádio do espelho* de 1949, Lacan propõe sua versão inicial sobre a formação do *eu* amparando-se no mecanismo de identificação à imagem do semelhante, tomado como espelho. No modelo descrito por Lacan (1949/1998), o reconhecimento da imagem própria a partir do “espelho” permite uma antecipação da unidade

corporal que explica o que seria o germe da formação do *eu*. Em outras palavras, a assunção da imagem do *eu* precede a aquisição plena das funções psicológicas superiores: “o estádio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação [...] e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (LACAN, 1949/1998, p. 100). Tal efeito antecipatório da unidade acarreta que a imagem de si assumida um caráter ilusório, justamente, porque o ser decorrente da imagem do semelhante, mantém um quantum de alienação. Nesse ponto, o *eu*, em função da sua constituição lógica, tem uma dimensão do outro, compreensão que lança luz sobre determinados fenômenos nos quais este atravessamento se faz presente como nas situações de agressividade, fascínio, apaixonamento, transativismo.

Assim, no registro imaginário com sua referência especular, o outro é partícipe da constituição do *eu*, suporte fundamental para a constituição da própria imagem. Nesse caso, o outro se presta como apoio às identificações, de tal maneira que o semelhante especular é essencial para a unificação do eu, para a afirmação do limite corporal e para que o mesmo se situe no tempo e espaço (COSTA, 2019). Em suma, na constituição subjetiva, o semelhante é a referência que se situa no lugar do pequeno outro como parceiro do jogo identificatório entre os pares, em que a imagem serve de suporte a identificações.

Contudo, segundo a autora, isso levaria a um segundo aspecto que é o fato do semelhante também assumir uma representação de agressividade, na medida em que, pela afirmação do *eu*, certifica-se de uma relação de dependência ao outro. Nesta dinâmica, é inevitável que se promovam movimentos de separação ou de estabelecimento de uma distância suportável que impeça que o outro chegue perto demais do nosso corpo, do nosso espaço. Para ela, esta perspectiva se faz notar nos jogos narcísicos que assumem conotações de rivalidade e agressividade. Tais condições se mostram, em maior ou menor expressão, por exemplo, nas relações amorosas, uma das principais motivações desencadeantes das crises que comparecem no campo da saúde mental. Em síntese, o semelhante, concebido como sustentáculo das identificações e da unificação do corpo, que atua na manutenção da unidade narcísica, é tanto eu ideal (imagem do eu), quanto suporte do ideal do eu, traço do simbólico que não está contemplado no espelho (COSTA, 2019).

Por fim, depois de apresentar o simbólico e o imaginário, é necessário situar a dimensão do real que irá adquirir, com o passar dos anos, maior relevância conceitual na trama dos conceitos e da clínica lacaniana. A introdução tal e qual deste ternário, contemporânea ao movimento de releitura dos textos freudianos, é feita por Lacan na conferência *O Real, simbólico, imaginário: da referência ao nó simbólico, o imaginário, o real* (1953) descrevendo o simbolismo, o imaginário e o real como sendo registros distintos e essenciais da realidade

humana. Com a imagem do nó borromeano para pensar a imbricação dos três registros, Lacan, no final do seu ensino com o seminário 22, *RSI*, anuncia que descarta qualquer primazia de um registro em relação aos demais. Com isso, a própria experiência analítica precisa ser articulada a partir desta perspectiva.

Segundo Porge (2006), embora Lacan proceda esta distinção, não é possível falarmos de uma destas dimensões separada das outras e seus pontos de articulação. Nessa direção, embora a noção de real esteja presente na obra de Lacan, sua apreensão conceitual não é simples passando por diferentes períodos e definido de diversas maneiras. Deste momento inicial onde atrela o real ao imaginário a um segundo estágio em que o privilégio é dado a ordem simbólica, registro base para a experiência psicanalítica. Por fim, vamos encontrar a referência final à categoria do real que, após inúmeras tentativas de apreensão conceitual, terá concepção estabelecida em torno daquilo que é da ordem do impossível, que escapa ao simbólico. Nessa lógica, o trauma surge como uma das formas privilegiadas de apresentação do real ao remeter ao impossível de ser assimilado que se produz como efeito no encontro do sujeito com o acontecimento. Contudo, o real é mais do que o trauma-acontecimento e designa aquilo que, sendo da ordem da existência, se mostra inapreensível pela realidade psíquica, permanecendo indelevelmente como repetição. Nessa linha de raciocínio, Lacan (1973), em *Televisão*, declara que “Digo sempre a verdade. Não toda... pois, dizê-la toda, não se consegue.... Dizê-la toda é impossível, materialmente... faltam as palavras. É justamente por esse impossível... que a verdade toca o Real.”. Aqui, como podemos ver, encontramos uma demarcação de importante valor na prática cotidiana, mas que, assume ainda maior relevância nas experiências subjetivas vinculadas ao contexto de crise.

Retomando a malha conceitual lacaniana, voltamos ao contexto simbólico para indicar que o sujeito ganha lugar no mundo, ao ser submetido às leis da linguagem, que se interpõem na relação dual e especular. A face simbólica da linguagem retira o sujeito da pertença à natureza e o inclui na cultura, instaurando um modo de funcionamento e de relação com o mundo a partir da cultura e da ordenação desta no laço social. Aqui, os axiomas lacanianos “o inconsciente é o discurso do Outro” (LACAN, 1957/1998, p. 529) (para dar conta de que o reconhecimento do desejo passa pelo desejo de reconhecimento) e “o desejo do homem é desejo do Outro” (LACAN, 1958/1998, p. 634) dão conta do caráter estruturante da relação entre o sujeito falante com o outro enquanto semelhante e enquanto alteridade absoluta. Desta estrutura deriva a divisão (*spaltung*) psíquica como intrínseca à constituição subjetiva.

Ainda nessa direção, para Lacan (1953/1998), a manifestação da linguagem humana implica o reconhecimento e a participação da subjetividade do receptor e do emissor, ratificando o dispositivo freudiano que atribui a fala, quando operada pela inclusão e mediação da

alteridade em transferência, possibilidades de subjetivação e de sentido a partir daquilo que afeta o sujeito. Contudo, mais do que o advento de sentido, a operação da fala na contingência simbólico produz efeitos no sujeito, como vimos na vinheta clínica que abre esta seção, quanto o paciente diz, ao retornar após a primeira consulta: “Eu sei que esta pessoa não sou eu”.

O convite à fala surge como a abertura de um tempo que permite ao sujeito mover-se e localizar-se diante do Outro, numa modalidade de intervenção que apela ao recurso das lembranças, associações, perguntas e referências simbólicas-imaginárias que, entrelaçadas, fornecem elementos propícios para que um mínimo de narrativa se constitua como anteparo à angústia. Na experiência aguda de sofrimento, o que se sobressai é o esgotamento das condições “internas”, quer dizer, o sujeito se depara com um limite representacional dos recursos de que lança mão para viver, de maneira que se torna necessário recorrer a algum auxílio imediato e exterior. Esta condição revela, desde a perspectiva psicanalítica, um curto-circuito contingencial, tanto dos arranjos psicóticos que funcionam como suplência e escora para a circulação no laço social quanto das soluções de compromisso sintomáticas nas quais o neurótico se vê organizado e funcionando. Trata-se de estabelecer um tipo de cuidado que envolve a presença e intervenção de outros a partir do reconhecimento do caráter pacificador da linguagem. A colaboração analítica para esta clínica visa retirar o sujeito da condição de objeto e inscrevê-lo, minimamente, no desejo do Outro, operação mediada pela presença de um outro que se faz destinatário da tarefa de promover a ligação do acontecimento ao campo da significação do Outro simbólico.

Desta forma, o manejo da crise através da palavra (fala/escuta) introduz o paradigma simbólico – uma clínica pela fala - no convívio com o modelo biomédico de cuidado na atenção psicossocial que desconsidera esta perspectiva. Na consecução desta práxis, vale a pena destacar o deslocamento proposto por Corbisier (1992), que, ao abordar a função e o lugar da escuta num serviço de emergência psiquiátrica, aponta para a diferença ética e clínica entre o “escutar e acolher” e o “ver e conter” (p. 12). Entre outras palavras, isso significa dizer que o acolhimento é a pausa necessária ao sujeito em distinção à pressa da sua contenção.

A incorporação desta mesma perspectiva é defendida por Seldes (2008), ao ressaltar que a necessária introdução de uma pausa na urgência passa pela abertura de uma outra porta, a porta da subjetividade. Essa passagem permite localizar o sujeito da urgência e da crise e apostar na palavra como um gesto mínimo e elementar: aqui está o primeiro nível de tratamento da urgência (SOTELO, 2009). Pensar no acolhimento a partir do dispositivo da escuta, e não pela via diagnóstica do transtorno, dá salvaguarda ao sujeito, que não é passível de ser reduzido à dimensão biológica por habitar um corpo marcado e atravessado pelas palavras e pelas histórias de vida. Diante disso, investir e apostar na palavra como primeira abordagem à crise faz

diferença na relação que o sujeito pode estabelecer com o que lhe sucede, ao identificar efeitos subjetivantes desta prática.

A referência psicanalítica que se propôs no Acolhe Saúde, em diálogo com outras leituras, respalda o manejo do tempo como estratégia para que o simbólico possa mover a cena a partir de um mínimo de significantes articulados ao campo do Outro. De acordo com Sassaroli (2014), este primeiro encontro na vivência da crise e da urgência destina-se a restituir a dimensão da singularidade que se mostra aniquilada. A manobra, por parte de quem acolhe, seria suportar em carne viva esse laço precarizado, buscando algum tipo de retificação do Outro, mais do que se ocupar com algo dirigido ao sujeito. O analista ou o profissional toma parte efetivamente da cena, não se coloca fora do contexto, conforme destacamos no fragmento clínico acima.

Obviamente, a implantação e sustentação deste prisma não se desenvolve facilmente. Isso acontece por motivos diversos, que vão desde a descrença na eficácia simbólica até a dificuldade de suportar a intensidade da angústia, a possibilidade da ocorrência de um ato de violência, a valorização do saber médico e o apelo farmacológico. A consequência prática é que os usuários que chegam com dificuldades para nomear a vivência do sofrimento, que os situa numa posição de objeto, projetam uma demanda transferencial maciça a uma autoridade plena porque acreditam que, de alguma forma, naquele espaço alguém será capaz de promover algum tipo de alívio. Em contrapartida, é necessário, por parte da equipe, supor um saber e um sujeito à espera de condições para pôr em palavras e em cena os significantes privilegiados da sua vida. Pode-se dizer, então, que se a equipe se tomar apenas na exigência de promover uma resposta pelo alívio, o tratamento da crise ficará marcado pela referência médica psiquiátrica. Todavia, se o profissional que faz o acolhimento incluir a dimensão de subjetividade como componente do sofrimento e da demanda de tratamento, torna-se possível que o recurso simbólico opere neste encontro tanto para nomear o que está no fenômeno da angústia e que faz furo no simbólico. Dessa forma, não hesitamos em dizer que a estrutura e a concepção do processo de acolhimento é crucial na composição e validação de um ou de outro paradigma de tratamento.

É preciso admitir que, se há um alcance do simbólico, também há o seu limite. Esta formulação também se aplica à prescrição farmacológica regida pela evidência de efeitos na subjetividade, na mesma medida em que é confrontada com a impotência do saber/fazer químico com conseqüente abandono do uso por uma parcela expressiva de pacientes. Disso se conclui que não há, *a priori*, uma restrição universal à prescrição de medicamentos, evitando, cair num binarismo muita vezes estéril. Pelo contrário, a prescrição é admitida sempre que atue para favorecer, junto com a palavra, a abertura da via de sentido que opera no trabalho de

subjetivação, pela retomada da elaboração psíquica como borda ao que está mais além da representação e que se mostra na urgência.

10. O SUPORTE EMERGENCIAL À CRISE NA RAPS

A aposta clínica, teórica e política que temos feito e descrito até este momento sinaliza que temos uma direção de trabalho e de tratamento para os casos de crise no campo da saúde mental. É a partir desta lógica que os manejos são desencadeados, num processo de implicação e responsabilização entre os envolvidos. A insistência com que estas demandas têm se manifestado solicita nossa atenção e ratifica a função colaborativa desta tese.

10.1 ACOLHIMENTO

Mulher, casada, chega encaminhada pela ESF. É acolhida pela assistente social, a quem diz estar sem vontade de viver após a perda do irmão, assassinado há três meses. Apresenta emagrecimento acentuado, choro e pensamentos de morte, com o agravante de ter sido ela quem o encontrou morto. Relata que tem apoio do marido e dos filhos, mas que não consegue esquecer do irmão, pensa nele quase todo o tempo, sente angústia, raiva e saudade. Encontra-se desempregada e com dificuldades de garantir a sobrevivência básica dos filhos. Relata que precisa cuidar da mãe, acamada por conta de um AVC, e solicita auxílio da assistente social com o CREAS para demandas específicas. Na semana seguinte, conta que foi ao CREAS e traz o currículo que irá entregar em algumas empresas. Durante as duas primeiras semanas, além do atendimento presencial, manteve breves contatos por telefone com a profissional de referência. Quando chegou para o acolhimento, já usava medicação psiquiátrica prescrita pelo médico da ESF e na terceira semana tem consulta com o psiquiatra que, avaliando grave risco de ato suicida, a encaminha para internação. O médico solicita uma ambulância para leva-la ao PA, mas a paciente sai confusa e, junto com o marido, pede para falar com a assistente social que, por sua vez, chama alguns colegas da equipe para discutir o caso. Na construção clínica do caso que então é feita, identifica-se que a decisão pela internação desconsiderou indicadores subjetivos importantes mencionados pela paciente, relacionados a muitos projetos de vida (trabalho, filhos, estudo) que ocorriam paralelos ao seu sofrimento. Simultaneamente ao desespero pela perda do irmão, era possível reconhecer um grande movimento de articulação da paciente com outros aspectos da vida. A mesma é orientada a ir para casa e avisar quando chegasse. Quando liga, é sugerido que siga em tratamento domiciliar e ambulatorial, mas a paciente prefere ir ao PAM fazer a avaliação sugerida para a provável internação. No dia seguinte, pela manhã, liga novamente avisando que estava no PAM. Após a conversa, a técnica de referência faz contato com a médica de

plantão, propondo uma interconsulta ao final da qual concluem pela não internação. A paciente seguiu com atendimentos eventuais, sempre que achou necessário.

Dentre os vários aspectos que queremos destacar deste caso, um deles responde ao fato de ser representativo de uma parcela expressiva dos usuários quanto à estrutura clínica neurótica. Além disso, orientamos tomar a crise, privilegiadamente, como uma circunstância atrelada às contingências da vida, mais do que confirmatória de um transtorno (doença) psiquiátrico. O exemplo deixa claro a presença, a atuação e os conflitos entre os principais paradigmas do cuidado que habitam os espaços institucionais da atenção psicossocial.

A partir da segunda teoria do funcionamento psíquico, Freud, em dois ensaios, apresenta uma distinção estrutural da neurose em relação à psicose na abordagem da realidade: *Neurose e psicose* (1924a/1996) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924b/1996). A formalização do autor defende a existência de mecanismos defensivos únicos para cada uma destas modalidades de subjetivação. Do ponto de vista topológico, a composição do conflito envolveria instâncias diferentes. No caso da neurose, este seria entre o eu e o isso, enquanto que na psicose as dificuldades estariam localizadas entre o eu e o mundo externo. De tudo isso, o que nos interessa indicar é que, para Freud, nas duas situações ocorreria uma perda na relação do eu do sujeito com a realidade. Em função do mecanismo do recalque, o que se perderia na neurose seria um fragmento da realidade. Na psicose, haveria uma fuga da realidade por parte do eu, que tenta reestabelecer o laço com o mundo pela produção do delírio.

A tradução que propomos destas perspectivas para o acolhimento à crise junto a usuários com estrutura neurótica nos faz ver que o valor e a função do vínculo entre serviço e sujeito é mais fundamental quando reconhecida do lado do usuário do que pela insistência de um cuidado continuado e prescritivo do lado da equipe. Dito de outra forma, o sujeito neurótico prescinde fácil e positivamente da instituição quando se percebe menos acuado na angústia e, por consequência, mais livre na relação com o mundo, movimento que se percebe nos múltiplos investimentos de referências que o constituem e que são retomadas. Logo, o propósito clínico deve visar a inserção do profissional ou do serviço como um significante a mais na cadeia associativa, a ser acessado sempre que o mesmo julgar necessário e não o eixo principal indefinidamente. O propósito de ser dispensado ou de um vínculo não cultivado indefinidamente não é uma atitude de fácil compreensão pelos profissionais das equipes, que costumam projetar o cuidado num viés de continuidade. Contudo, temos insistido nesse ponto ao constatar que esta atitude não corresponde a um abandono ou negligência, mas descreve um direcionamento do tratamento em que a amplitude da vida do sujeito é tomada como terapêutica, situando o campo da saúde como um componente a mais da existência, mas não o seu eixo central. Assim, sempre que um usuário que interrompeu o tratamento por conta própria

ou por meio de combinação com a equipe retorna e pede novo atendimento, sua solicitação não contradiz esta perspectiva. Pelo contrário, supomos que sua busca confirma que o objetivo de sermos inseridos como uma referência e não “a” foi alcançado.

O propósito do SEC não visa “devolver” ou restituir apressadamente uma condição de estabilidade baseando-se exclusivamente no ponto de vista produtivo/capitalista. Com efeito, o tempo cronológico não é o critério que guia a avaliação e o desfecho do tratamento. Não se trabalha com qualquer definição prévia do número de consultas, de tempo de permanência vinculado ao serviço ou mesmo de usar ou não usar medicação. Nos orientamos pelas coordenadas que o sujeito traz, extraídas em parceria com o mesmo acerca da sua relação com o que lhe afeta, conduta que considera sintomas, soluções, inserção no laço social, condições de elaboração e posição subjetiva frente às demandas. Em função disso, e para garantir a confiança e a sustentação do laço transferencial, necessárias para a condução do tratamento e o destino deste, na primeira entrevista (acolhimento) informamos ao usuário e seus familiares de que o Acolhe é um serviço de atendimento à crise, que o mesmo seguirá em acompanhamento pelo tempo necessário e que, num processo permanente e conjunto de avaliação, poderá ser encaminhado ou ter alta. Este esclarecimento é fundamental quando pensamos um serviço de acolhimento à crise, pois garante as condições institucionais do tratamento e produz um efeito esperado – o de fazer o sujeito sentir-se amparado no momento crítico.

Dentre os inúmeros desafios suscitados pela reforma sanitária e psiquiátrica, um deles passa pelas mudanças nos modos de operar os processos de trabalho. A versão psicossocial, que surgiu como substitutiva ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, apregoa uma terapêutica em composição interdisciplinar promovida pelo entrelaçamento de responsabilidades compartilhadas entre os atores envolvidos, compreendendo que cada sintoma e cada experiência de sofrimento trazem em si a potência de uma solução singular. Do ponto de vista da resposta à crise, esta tarefa é ainda maior, pois a manifestação desta pelo sujeito convoca imediatamente o recurso farmacológico – traço contemporâneo do processo de medicalização do social na cultura ocidental –, que, por vezes, mina as pretensões simbólicas como artífices auxiliares.

Nessa perspectiva, a concepção e a disseminação do acolhimento como ferramenta chave na mudança da relação entre sujeito e a equipe transformou este dispositivo em um elemento crucial para animar a dinâmica das intervenções no campo da saúde:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p. 08).

Atualmente, já inserida e com fama reconhecida, a noção de acolhimento tanto serve para designar a etapa inicial, que caracteriza a chegada do usuário ao serviço, quanto para revestir todas as ações que se processam e que envolvem a interação humana nos diferentes âmbitos de trabalho e convivência. Nessa lógica, o acolhimento apresenta sua face de tecnologia leve do processo de trabalho, aspecto que se instaura nos diferentes espaços em que esta relação se institui (MERHY; ONOCKO, 1997), com consequências importantes no conjunto de ações que um determinado serviço presta, inclusive em termos de resolutividade, interdisciplinariedade e ampliação de estratégias de cuidado. Temos, aqui, que o acolhimento procura modular e introduzir um novo modelo de recepção aos usuários, que compreende esta chegada como a inauguração de uma relação que já se constitui como clínica e política.

Tesser, Poli Neto e Campos (2010), ao discorrerem sobre o acolhimento na APS, situam o mesmo como uma proposta que envolve mudanças e melhorias da relação dos serviços com os usuários. Fundamentalmente, ocorre numa disponibilidade por parte da equipe de escuta das demandas com o objetivo de qualificar, precisar e ser resolutivo. Baseado no direito de acesso ao sistema de saúde, sua execução não é exclusividade de uma única categoria profissional. Destaca-se, com isso, que o acolhimento tem uma face ética e política, ao buscar melhorar a relação entre profissionais e usuários, e outra face relativa à gestão e ao modelo assistencial, em busca de flexibilização e customização do cuidado. Para os autores, a proposta básica do acolhimento versa sobre uma postura ética, empática, respeitosa e de abertura humana, que considera, ao mesmo tempo, indicadores epidemiológicos, psicossociais e biológicos.

Esta mudança também abrangeu a prática psicossocial e seu uso ganhou importância estratégica, fazendo sair de cena a triagem e a anamnese, entendidos como procedimentos administrativos de coleta de informações e dados sobre os sintomas e a vida. O acolhimento como dispositivo clínico e político requer que quem acolhe suponha que este momento inicial e sua própria participação já são componentes interagindo na composição e direcionamento do tratamento. Quando se fala em acolhimento, se fala em um tipo de intervenção em que a escuta é ampliada para escutar em cada pequena história individual que aí, nesse momento, é a própria vida se decidindo, e, portanto, não há nada de pequeno, medíocre, inglório ou desmerecido.

Muitos serviços e muitos profissionais compreendem ou fazem do acolhimento uma tarefa menor, puro exercício de coleta de informações modulado pela dinâmica de pergunta e resposta, reservando ao paciente uma posição de espera, mantendo-se fiel ao relato dos sintomas. Nesse caso, o profissional demarca lugares em que alguém (usuário) oferece informações que serão traduzidas num código cuja mensagem será devolvida como prescrição a ser cumprida. Esta posição de sustentação imaginária de saber no profissional (transferência imaginária) ratifica a passividade do lado do paciente e pode se manter inabalável do início ao

fim do tratamento (paradigma biomédico) ou pode se deslocar de tal maneira que o desejo de saber e de “melhorar” coloque em movimento o próprio sujeito em busca de saídas singulares.

Portanto, é preciso ter claro que a própria demanda de cuidado já instala o sujeito suposto saber. Este reconhecimento pode não se afigurar explicitamente nesta etapa inicial, contudo, um olhar mais atento sugere que está em andamento. Dito de outra forma, o sujeito já começou a flertar com o desejo, assumindo, aos poucos, uma posição de interrogação aos significantes (dos sentidos inconscientes inerentes aos ditos da fala e apropriados pela cultura) disponibilizados pelos outros, seus semelhantes (COSTA; COSTA-ROSA, 2018). Este flerte com o desejo pode se desdobrar em implicação subjetiva quanto ao que o afeta ou pode se manter numa posição de alienação e passividade frente ao outro.

Entendemos que o acolhimento na vivência da crise, compreendido como o primeiro contato do sujeito com o serviço, é um dos momentos mais cruciais no âmbito institucional psicossocial, pois é de como e do que se escuta que se define o destino daquele caso. Sem assumir uma posição fatalista, salientamos que este primeiro contato – que normalmente não é com a figura médica – determinará o rumo e a incidência dos diferentes paradigmas de cuidado na elaboração do projeto terapêutico. Como dito anteriormente, a quase totalidade de usuários que buscam acolhimento motivados por uma situação de crise já fazem uso de algum tipo de medicação, sejam antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, antipsicóticos ou hipnóticos. Esta relação pode ser de longa data ou recém iniciada, em decorrência de consulta na atenção básica ou no PA, já que é pouco provável que o atendimento médico frente a este estado psíquico não finalize com a prescrição medicamentosa.

Cientes disso, a abordagem do acolhimento inicial à experiência de crise deve fundamentalmente interessar-se por outros aspectos que não aqueles atrelados à narrativa médica e sintomatológica. Dito de outra maneira, é fundamental que esse encontro, mediado pela angústia e pela presumível precariedade subjetiva, abra outras vias narrativas. Esta tarefa impõe o desafio de fazer emergir elementos que não estão reconhecidos na composição discursiva apresentada, de tal maneira que possam desestabilizar teorias prévias e, simultaneamente, incidir na produção mínima de questões que, abrindo uma brecha na angústia, permitam ao sujeito prosseguir. Insistimos nesse ponto, pois é nesse encontro que se decide o caminho que será percorrido institucionalmente pelo sujeito e também a possibilidade de que outras lógicas e paradigmas se incluam na composição da sua concepção do que lhe causa o sofrimento e por quais vias buscará criar soluções.

Portanto, a chegada do sujeito no Acolhe ou mesmo nas unidades de saúde e ESF – a partir do trabalho de apoio matricial que estamos realizando – deve visar e viabilizar um tipo de intervenção que se abra para a fala, enquanto função de subjetivação, assumindo uma

dimensão de *práxis* orientada pela ética de tratar o real pelo simbólico (LACAN, 1964/1988, p. 14). Nem sempre é uma tarefa fácil, seja porque o sujeito está premido pela angústia a ponto de não conseguir formular com clareza uma demanda, seja porque recusa esta abordagem. Nossa posição não defende o confronto direto com as prescrições dos colegas médicos, entretanto consideramos essencial intervir no domínio dessa lógica, servindo e oferecendo outros parâmetros para que os tratamentos possam ser outras coisas, diferentes e singulares.

Ao considerarmos uma possível articulação entre a perspectiva psicossocial e psicanalítica para o dispositivo de acolhimento, vislumbramos a ampliação das condições de escuta da singularidade junto às equipes nos diferentes espaços das políticas públicas. Aqui a dimensão de pausa faz todo o sentido, e sua inclusão convoca o compromisso com a singularidade, manifesta nas dúvidas, incertezas e nos modos de viver e de sofrer. Convém esclarecer que o acolhimento – situado como dispositivo clínico – não tem a função de “tranquilizar” e “acalmar” o sujeito. Seu viés clínico de pausa opera imediatamente pela presença implicada do profissional, que convida para um outro tempo, em que a experiência da crise seja atravessada pela narrativa do processo de elaboração e subjetivação.

Leite (2015) lembra que, no caso das emergências, não se trata de sofisticar modalidades de tratamento que atualizam o tempo da velocidade em respostas prontas ou que visam o pronto reestabelecimento, o que, em última medida, significa regressar o mais rapidamente à luta cotidiana. É necessário ser cuidadoso com a demanda social pelo imediato, que pode se atravessar como obstáculo ao tempo de significação mínima do trabalho clínico. Ao mesmo tempo, é preciso que se diga que, tampouco, se trata de uma ampliação cronológica infinita do tempo. O que se visa, segundo a autora, é a criação de condições de fala que, orientada pela vigência do inconsciente, possa emergir em sua própria pressa de concluir. Aqui aparece uma das premissas do dispositivo clínico que postulamos: se o tempo da definição da urgência é do sujeito, premido pela angústia, o momento de conclusão também lhe pertence. Isso é essencial para maior precisão clínica sobre os movimentos de saída e regresso das instituições que compõe a RAPS.

Tendo isso em consideração, Olivé (1991) sinaliza a ocorrência estrutural do saber como determinante da idealização que move o sujeito, independentemente de qual registro de saber se trate ou de qual campo se localiza – religioso, psiquiátrico, psicanalítico, científico, sobrenatural, esotérico. Subjetivado pelos efeitos da castração simbólica que o institui como dividido, o sujeito se põe em busca do saber que supõe ao outro e de ser amado por este. Desdobramento imaginário da transferência, esse movimento implica a localização e nomeação de alguém/lugar que responda aquilo que é suposto como falta e que abre para a vertente simbólica para tratar o real. Pautado por essa diretriz, é fundamental que o acolhimento adquira

também uma potência clínica, e este é o ponto de onde a psicanálise pode surgir e colaborar com aquilo que lhe é mais específico: o inconsciente, cuja referência deixa entrever o mais radical de cada um, como aquilo que escapa do “todo e todos” da política. Tal escolha não é aleatória e se faz amparada pela longa e exitosa clínica inaugurada por Freud ao nos mostrar que nenhum tratamento se faz desvinculado de uma organização discursiva que posiciona sujeito, sofrimento e linguagem.

Assumindo a perspectiva do SEC, o acolhimento pode se converter numa importante intervenção clínica que aborda a crise, possibilitando que a mesma não seja recebida sob uma resposta geral, mas considerada a partir de um ângulo novo e singular desde o qual as soluções podem emergir. Na primeira consulta, quando o estado de desamparo convoca a ação alheia de um alguém a quem o sujeito, presumindo que este porta algo que lhe interessa, concede participar do seu sofrimento, torna-se um ato fundamental verter o sofrimento pela via simbólica, procedimento que visa algum tipo de implicação subjetiva que encontre algum ponto de contato que promova um contorno com o que lhe desespera. Da parte do profissional, isso passa por saber, primeiro, que sua presença é estruturante e, segundo, que a dimensão narrativa é uma grande e sólida rede de proteção que suporta a travessia do sujeito pela corda bamba da fala. Nesse sentido, sempre insistimos com as equipes: caso o sujeito esteja falando de coisas muito difíceis para ele e para quem escuta, é porque, provavelmente, está funcionando. Esta recomendação “técnica” é ofertada como uma borda à angústia dos profissionais diante de quadros graves. O exemplo mais recorrente é o dos pensamentos e ideias suicidas, que são um número expressivo de encaminhamentos à atenção especializada, boa parte delas motivada pelo temor da equipe.

Para produzir pausa através da mediação simbólica, será necessário introduzir, deslocar e intervir no ritmo da urgência, algo que se faz pela presença, por uma pergunta, por um tipo de intervenção que situe o profissional e o serviço como um elemento capaz de mobilizar a cadeia significante. Dito de outra forma, as possibilidades de cuidado à crise supõem que a dimensão de escuta tenha estatuto de ato, quer dizer, que seja uma intervenção que produza borda onde havia um desamparo ameaçador e promova algum tipo de elaboração – provisória – sobre seu sofrimento onde antes havia uma suspensão temporária das condições de subjetivação. O acolhimento é esse dispositivo cujas coordenadas imaginárias e simbólicas podem inaugurar um tempo para que a palavra possa vir e representar o sujeito, tal como nos fez ver Freud.

Para tanto, é preciso contar com a disponibilidade do serviço, do profissional e de uma apropriação mínima por parte destes segmentos do que seria uma experiência de crise a partir de outros fundamentos que não aqueles vinculados a transtorno. Esse ponto é essencial para nossas pretensões, pois só avançamos e mudamos efetivamente o processo de acolhimento se

houver um entendimento adequado do que acontece nesses encontros. Partimos, primeiramente, da necessária afirmação da dignidade do sofrimento a ser acolhido e respeitado. O segundo passo nos faz ver que o acolhimento não é uma escuta pela escuta em si, quer dizer, não é uma escuta que não atribuiu valor subjetivo ao que está sendo dito, ocupada com informações mais do que com o sujeito à sua frente. Como temos ratificado, é preciso algo mais, e esse adicional passa pelo profissional compreender que é parte desta cena. A defesa desta perspectiva não presume a formação de analistas, distintamente disso, ela indica que somos inexoravelmente interpelados pelo sujeito em crise. Nessa via, saber um pouco mais sobre os efeitos transferenciais suscitados pelo acolhimento é um acréscimo relevante.

O SEC respalda o caráter clínico presumido ao acolhimento, mostrando que a disponibilidade de acesso e a posição implicada de quem recebe podem ser determinantes para produzir respostas que venham em substituição do ato. Dessa forma, a criação de um serviço de crise ou a decisão das equipes da atenção básica de acolher casos de saúde mental precisam prever e levar em conta estes dois componentes.

Enfermeira da ESF liga para o Acolhe solicitando agendamento para uma mulher jovem de 21 anos, mãe de dois filhos, sendo o menor de seis meses. Segundo o relato, a mesma se mostrava muito chorosa e ansiosa. Por estes motivos, avalia que a paciente estaria em crise. A profissional que recebe o pedido da ESF fica em dúvida sobre a especificidade e justificativa do pedido e sugere que a enfermeira faça uma escuta, ao que esta responde que já ter feito. Em função disso, comunica que irá conversar com a equipe sobre o pedido e que dará retorno em seguida. A partir de uma breve discussão, que considerou o quadro da paciente e a demanda da profissional, são pensadas algumas intervenções para que o caso tivesse seu acompanhamento no território. Na ligação de retorno, é solicitado que a enfermeira fale mais sobre suas dúvidas e sobre o que a preocupa. Assim, a profissional da ESF traz elementos adicionais, como o fato da usuária ter descoberto recentemente uma nova gravidez inesperada. A paciente, que mora com o companheiro, a mãe e os dois filhos, chorou muito ao saber do resultado. Num primeiro momento, a enfermeira considerou que o choro e a irritação poderiam ser decorrentes de alterações hormonais comuns no início da gravidez, e esta foi a única coisa que conseguiu pensar, disse ela, com relação ao seu núcleo de trabalho. Entretanto, como a paciente seguia chorando, avaliou que talvez precisasse de uma escuta “mais qualificada”. A partir desse momento, e tomando o caso em específico, a profissional do Acolhe e da ESF falam sobre escuta qualificada, angústia do profissional diante da angústia da usuária, vínculo/transferência. Desta conversa, decide-se que, nesse momento, o cuidado no território seria o mais adequado, levando em conta que o impasse associado à gravidez poderia requerer uma presença acessível à usuária – algo que se tornaria difícil na unidade central do Acolhe.

Além disso, são elencadas outras estratégias, como visita domiciliar da agente de saúde, acompanhamento por parte da enfermeira e, eventualmente, possibilidade de fazer o encaminhamento ao Acolhe.

Este fragmento clínico é representativo do cotidiano da APS e se mostra emblemático das situações para as quais o desenho do SEC se mostra um importante aliado. A partir da demanda da enfermeira da ESF, foi possível reconfigurar as ações orientando-se pelos elementos apresentados por ela em termos de desamparo, transferência e recurso simbólico. O primeiro movimento consistiu em recuperar os caminhos percorridos durante a consulta. Desta forma, foi possível extrair traços singulares do caso, negligenciados pela angústia da profissional (desamparo da própria profissional). Com isso, o choro, identificado inicialmente como signo de desamparo – angústia e apelo- foi reposicionado pela transferência, numa demonstração de confiança e laço com o Outro – nesse caso, a enfermeira, que, destinatária da angústia, sai do anonimato, aspecto fulcral na clínica da crise. O choro e o lamento pela gravidez indesejada, ao serem tomados em transferência, adquirem uma dimensão simbólica e se abrem para outros destinos de significação. Aqui, voltamos a frisar, tornam-se evidentes os efeitos transferenciais que emergem nos encontros no campo da saúde, quando seus representantes se dispõem a se situarem como referências para a projeção de um saber.

Por fim, a opção de pedir ajuda ao Acolhe pode ser decomposta em duas vias. Uma descreve o temor de assumir a responsabilidade fora do paradigma biomédico que é dominante na atenção básica, inclusive quando abarca questões de saúde mental. Sob este prisma, o sujeito é tomado como objeto passivo e, nesta situação em particular, o choro contínuo foi elemento suficiente para supor o limite do trabalho psíquico por parte do sujeito. Neste caso, a presença da profissional como suporte do cuidado não foi considerada pela mesma. Ao descartar a hipótese de que o choro incontido fosse uma reação hormonal, só restou apelar à especialização da crise (Acolhe) a possibilidade de dar sentido ao sem-sentido da manifestação. Sem conseguir articular este fenômeno às circunstâncias da vida e da história da paciente pela sua mediação, pareceu à enfermeira que o encaminhamento seria a decisão adequada. Como já ressaltamos, o acolhimento ampliado aos diferentes núcleos não se configura como uma prática analítica; contudo, considerando que pretendemos inserir esta orientação às equipes, teremos o trabalho de demonstrar que aquilo que não sabemos merece a nossa atenção. Esta perspectiva está sintonizada com os pressupostos psicanalíticos que enfatizam que nosso interesse não se resume ao que o sujeito sabe, mas que inclui aquilo que ele diz não saber - dimensão de enigma que, ao ser sustentada, põe em marcha o desfiladeiro de significantes. A segunda via que destacamos nos parece favorável, ao entrever a implicação dos profissionais de saúde sobre as demandas

que lhe chegam e como os mesmos se sentem amparados em seus temores e impasses ligados ao trabalho.

Nessa direção, precisamos estar cientes de que a escolha ética de recusar a posição de mestria sobre o sujeito e seu destino significa a admissão da impossibilidade de dominar todos os efeitos desse encontro, e nem sempre isso se acomoda tranquilamente. Esse aspecto foi compartilhado num encontro de apoio matricial, no qual uma das profissionais pediu a palavra para compartilhar dos efeitos desse impossível quando precisa comunicar o resultado positivo de um exame de HIV, de sífilis ou de aborto, sendo “obrigada” a participar e intervir nesses contextos. Segundo ela, recorrentemente seus sonhos têm como pauta os acontecimentos do seu trabalho. Aqui nos reportamos aos restos do vivido que ficam dispersos, ainda desacomodados do destino da memória, à espera do trabalho de elaboração do aparelho psíquico.

Esta elaboração mais extensa foi necessária para mostrar os atravessamentos da saúde mental no dia a dia da atenção básica e como os pressupostos da SEC (desamparo, transferência e simbólico-recurso à palavra) são conceitos capazes de revestirem as intervenções em suas diferentes intensidades sem, com isso, pleitear seu enquadre como experiência analítica. Normalmente vivemos pequenas crises, instantes breves de hesitação acompanhados de angústia e de estranhamento com nossa história, nossas escolhas e nossas convicções. De maneira geral, em seguida voltamos a nos localizar na estrutura discursiva, justamente porque, efeito da subjetivação pela falta, colocamos palavras diante do real, margeando um sentido mínimo que nos afasta do ato, apresentação clássica da urgência.

Dispositivo clínico privilegiado, a escuta surge como substituta à ênfase do suporte farmacológico nas demandas e ações desenvolvidas, como uma forma de atribuir especificidade ao campo psicossocial e afirmar a introdução da subjetividade como elemento indissociável e indispensável em sua configuração. Ainda assim, nos perguntamos sobre o que queremos dizer quando recomendamos “fazer uma escuta” e o que se faz quando se afirma que “fez uma escuta”. Dentre as mudanças importantes suscitadas pela reforma psiquiátrica, uma delas trata da inserção da escuta como dispositivo propício às composições institucionais, transformada como instrumento *princeps* da clínica psicossocial. Com essa premissa e amparados na proposição do SEC, trabalhamos insistentemente para que o estatuto da escuta incorpore balizadores mínimos de qualificação, que permitam que seu uso possa se configurar como uma resposta viável para o insuportável que a crise e a urgência expressam.

A definição da escuta como meio de acesso ao sujeito, sua história e modo de tratamento indica a influência da psicanálise em seu horizonte. Com Freud, sabemos que o tratamento não se faz orientado por um saber previamente instituído, mas que, por sermos seres de linguagem, falamos e, desde aí, estamos em relação com o que nos constitui para além daquilo que nos

apropriamos racionalmente. Nesse sentido, o trabalho com a escuta desencadeia dois movimentos subjetivos e clínicos: aquele que versa sobre escutar a palavra do outro e um outro que busca produzir palavras que venham ao encontro da demanda de ajuda (MACEDO; FALCÃO, 2005, p.66).

Para que o trabalho se ponha em movimento, é preciso que o analista/terapeuta abdique de seus preconceitos. Somente assim, poderá ter a chance de ocupar o lugar de abertura inconsciente e escutar as particularidades do sujeito (RINALDI, 2000). Fica claro que a produção de vínculo e a noção de cuidado no campo da saúde mental são alcançadas por intermédio de uma posição de escuta que intercede na promoção do laço de confiança entre usuário e profissional, favorecendo condições de enunciação do sujeito em relação ao que lhe acomete, atravessado pela realidade psíquica.

Benjamin (1936/1995), em sua obra *O narrador*, discute a concepção de experiência e a habilidade/capacidade de transmiti-la através da palavra considerando as mudanças históricas, artísticas, sociais e culturais de cada época, e como estas se articulam com os diferentes gêneros literários que se produziram ao longo do tempo. Nesse texto, declara que “a arte de narrar está em vias de extinção” (p. 297), substituída pela informação, que surge como um novo modelo comunicacional. O surgimento e a consolidação da informação estariam relacionados à ascensão e domínio do capitalismo nas sociedades modernas, movidas pelo imediatismo. Distintamente do romance e da narrativa tradicional, a informação visa “antes de mais nada, [...] ser compreensível em si e para si” (*ibid.*, p. 203). A estrutura narrativa, por sua vez, não almeja a transmissão pura dos fatos e acontecimentos. Segundo o autor, a narrativa é um modo de transmissão que se funda no mergulho da coisa na vida do narrador para, só depois, ser compartilhada com a sua marca, “como a mão do oleiro na argila do vaso” (*ibid.*, p. 205).

Aqui, a dimensão narrativa, aparentada com a associação livre freudiana, assume o protagonismo clínico, sustentada pelo convite à fala em busca de palavras, entendendo que a experiência subjetiva de crise, pelas diferentes motivações que a desencadeou, apresenta um sujeito em curto circuito com a linguagem. Ao estabelecer o parâmetro simbólico como recurso clínico privilegiado para extrair a “marca do narrador”, requisita-se um tempo e um espaço, os quais, de maneira geral, são componentes pouco disponíveis nos atuais equipamentos da saúde mental. A incidência da disciplina psiquiátrica na composição destas narrativas se incorpora como mais um elemento deste cenário, que remete aos distintos lugares e formas como cada um dos discursos que habitam a saúde mental trata a posição do sujeito diante do sintoma. (TIZIO, 2009, p. 117). Seguindo este raciocínio, a estrutura de acolhimento à crise que postulamos pressupõe uma modalidade de intervenção que considere a inclusão do sujeito, pois se este não estiver previsto como partícipe-protagonista, caberá ao Outro a deliberação dos

caminhos a serem seguidos, em geral guiados por métodos generalizantes. A anulação da participação do sujeito resulta na anulação da função do próprio profissional, reduzido a um simples administrador e observador da prescrição do Outro (*ibid.*).

Quando alguém procura ou é encaminhado para um atendimento numa vivência de crise, ele/a supõe a existência de um saber que foi capaz de produzir um determinado modo de fazer do qual será beneficiado, em favor da solução da sua angústia. Assim, a posição subjetiva inicial está mais próxima do objeto do que do saber, quer dizer, da passividade do que da implicação. Quando o sujeito se esforça para contar sua história, convidado ao trabalho de articulação do sofrimento com a sua vida, percebe-se que ele – ou melhor, sua narrativa – está impregnada dos significantes do Outro, como, por exemplo, as queixas sobre a desilusão com ideais de amor ou a insatisfação com as exigências dos modelos de maternidade e paternidade. Nesse sentido, a escuta, seguindo a orientação psicanalítica no campo da saúde mental no âmbito da crise, diz respeito à disponibilidade de acolher o acirramento dos impasses do mal-estar, nos lugares e nos momentos em que o mesmo se faz insuportável ao sujeito. Desta forma, sem a pretensão de uma prática analítica, mas orientados por um conjunto mínimo de coordenadas como as propostas pelo SEC, torna-se viável que a escuta acolha a singularidade em detrimento da prática *prêt-à-porter*.

A escuta orientada pela psicanálise é uma operação que incita à fala com o propósito de desestabilizar as escolhas e verdades - escolhas de toda ordem, inclusive aquelas em que o sujeito se vê premido pela posição de objeto de gozo do Outro. Com a fala, espera-se produzir efeitos de acolhimento ao real e ao drama sem, com isso, ter a pretensão de eliminar o mal-estar e o descompasso, direção distinta do ideal assumido pelo discurso biológico, que visa um sujeito com zero de sintoma.

Após esse percorrido, no qual atribuímos valor e limite à escuta, cabe uma ressalva. Consideramos imprescindível que a indicação de escuta seja acompanhada da possibilidade de compreensão de sua gramática e do seu mecanismo de funcionamento, quer dizer, do entendimento do porquê falar e ser escutado é subjetivante. Segundo Krum e Mafacioli (2016), a escuta pode assumir uma perspectiva reducionista e prescritiva mesmo no campo da saúde mental e com a intenção de se diferenciar do paradigma biomédico. No terreno psicossocial, a escuta qualificada não é protocolar e se distancia da “escutalização”. O termo foi cunhado pelos autores para designar a indicação irrestrita e sem critérios da escuta como escape de toda ordem para os fatos do cotidiano. Tomando como parâmetro o contexto do incêndio na Boate Kiss e as ações desenvolvidas, os autores sugerem que a “escuta”, ou seja, o estabelecimento da presença do Outro como condição de acolhimento e sustentação do laço social, se procede com uma variedade de formas: no silêncio respeitoso, no gesto do abraço, no testemunho do silêncio

ou do possível de dizer das pessoas afetadas, no olhar que sorri ou compreende. Assim, se é preciso atentar para o fato de que a medicalização indiscriminada e protocolar do sofrimento pode revelar uma efetiva falta de cuidado do profissional médico ou do serviço por limitar outros amparos potenciais do sujeito para fazer frente ao que lhe afeta, o mesmo também pode ocorrer com a escuta se ela estiver identificada como única forma de acesso ao sujeito pela obrigação de um tipo de narrativa pré-determinada e burocrática.

De acordo com Costa (2006), precisamos estar atentos ao lugar discursivo de onde o sujeito fala. Segundo a autora, frequentemente nos serviços de saúde mental as queixas se apresentam como um mosaico de elementos justapostos, que descrevem sofrimentos pessoais mesclados com pareceres e explicações prévias adquiridas em consultas anteriores em que, normalmente, a conclusão se dava pela prescrição de medicação. O resultado disso seria a cronificação da queixa, que se esgota no exercício estéril do próprio ato de ser enunciada. Com efeito, a preocupação e o investimento de parte dos usuários recai sobre a consulta com o psiquiatra e pela aposta na medicação que, como constatamos no dia a dia, adquire um viés ambivalente. Isso se dá porque, frequentemente, a expectativa de solução atribuída à medicação não se cumpre, fato que resulta no manejo particular pelo paciente, desconsiderando os usos e modos prescritos ou no abandono da mesma.

Nessa perspectiva, o SEC toma a escuta como eixo ordenador das práticas à crise, entendendo que, muitas vezes, isso se faz pela oferta da fala e pela presença e disponibilidade efetiva do profissional e da equipe, que cumprem uma função de subjetivação ao emprestar desejo onde o mesmo vacila, suportando e sustentando um horizonte de abertura onde ainda pouco ou nada se vê.

Mulher, 24 anos, casada e com uma filha de três anos, de um relacionamento anterior, é encaminhada pelo PA após ingesta de medicação e produção de cortes superficiais nos braços. Esta é a quarta vez nos últimos dois meses. Atualmente está desempregada, recebendo auxílio doença em função de problema cardíaco congênito da filha. Diz que gostaria de voltar a trabalhar, mas, se isso acontecer, corre o risco de perder o benefício. Tem apoio do companheiro atual e boa rede de apoio familiar de pai e tias. A paciente apresenta-se lúcida e colaborativa no acolhimento. Fala, explica, argumenta, lamenta, chora, fala de sua vida, dos amores e desamores. Queixa-se de humor instável, que faz com que durante muitos dias prefira ficar deitada na cama e no escuro. Afirma que teve problemas prévios nos relacionamentos anteriores, mas que nada é comparável ao que está vivendo hoje. Em seu relato, conta que conheceu o atual companheiro e que se “entregou” para o relacionamento como nunca havia feito, mas que ele já a traiu nos primeiros meses. Apesar de seguirem juntos, não consegue esquecer o que houve, fica lembrando e cobrando dele e, quando está muito angustiada, se

automutila. Por conta disso, já fez algumas tatuagens em um dos braços para esconder as cicatrizes. A paciente é encaminhada para avaliação psiquiátrica e atendimento individual com o analista, além da entrevista com assistente social sobre o tema do benefício. Durante as entrevistas, não parece faltar elementos importantes da história de vida da jovem e tanto quanto historicizar a angústia, foi fundamental sustentar e distribuir a demanda de cuidado. O tratamento foi composto de consultas individuais com várias sessões semanais (presencial e remotamente), além do acompanhamento psiquiátrico e do suporte de outros colegas da equipe, que foram acionados em duas oportunidades quando o analista não estava no serviço. Na segunda semana, pede que o companheiro possa participar em alguns momentos do atendimento, pois precisava falar algumas coisas para ele que só seria possível com a mediação de alguém. O mesmo participou, apesar da timidez inicial, justificada por ser a primeira vez que falava “sobre esse tipo de coisas”. Numa determinada ocasião, na qual ambos tiveram uma discussão em que ele pediu a separação, a jovem pegou a moto e foi em direção de uma ponte, fato que mobilizou o companheiro, que a buscou e, de lá, foram ao Acolhe conversar sobre o acontecimento. A jovem diz que quer se internar, fugir para algum lugar, que não consegue mais aguentar. Pede uma consulta com a psiquiatra, mas a mesma não entra em acordo da internação, justificando à equipe de que é um quadro borderline que tem a característica da impulsividade. Assim, conversamos sobre a diferença entre internar e fugir e nos ocupamos de estar atentos ao que desamarra o nó do sintoma, quer dizer, quando ele falha na sua função de estabilização. Este caso é uma amostra de situações – não tão comuns, mas tampouco raras – em que a escuta e o cuidado psicossocial precisam consolidar-se como referência para os momentos onde a angústia emerge e o sujeito precisa rapidamente encontrar um destinatário não anônimo.

Se por um lado acreditamos que muitas demandas podem ser acolhidas dentro da perspectiva de uma escuta qualificada que congrega o conjunto de profissionais, por outro lado entendemos que há situações em que é necessário viabilizar uma escuta especializada – inerente ao campo da psicologia e da psicanálise. São casos em que a direção do tratamento requer a problematização de uma determinada posição discursiva que interroge a relação do sujeito com o outro e com seus representantes no mundo, a partir de um outro tipo de escuta baseada no simbólico, de um tipo de dizer que aponta para onde o sujeito não está:

Quando se fala de ética do desejo e ética do sujeito, confirma-se a ideia de que a psicanálise é uma contracorrente aos discursos pragmáticos, adaptativos ou médicos. O que nos interessa na fala de um analisando é, na verdade, o ponto em que ele não está lá. O intervalo dos significantes, o ponto de ruptura de um discurso expõe a dimensão de sujeito pela qual nos interessamos (CALADO, 2019, p. 82).

Assim, as práticas sustentadas pela ética psicanalítica acolhem e implicam o sujeito nas consequências daquilo que lhe sucede, sabendo ou não do porquê de as coisas estarem ou serem assim. Nessa direção, a modalidade de escuta que se faz durante o acolhimento é decisiva para “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente” (TENÓRIO, 2000, p. 82), como forma de se contrapor à captura discursiva que a associa ao risco e ao perigo. Nesse sentido, a função da fala é fundamental porque demonstra as condições estruturais da posição do sujeito no enlace ao campo do Outro, campo da diferença, daquilo que não se fecha em identidade. Deste ponto de vista, o conluio das palavras com o campo do Outro faz com que aquilo que se articula na linguagem produza efeitos e implicações inesperadas (COSTA-MOURA, 2006). Assim, esta modalidade de escuta nos permite notar que, a cada vez que o sujeito produz um endereçamento, promove algum grau de vinculação e articulação com o Outro, efeito bem-vindo na clínica dos casos de crise e urgência.

Em síntese, a intervenção à crise, considerada desde o campo simbólico, abre-se em duas vertentes. Uma versa sobre a retomada do enlace com o Outro, facultada ao conjunto de profissionais e de práticas da saúde mental por meio de uma escuta que se qualifica por apostar na singularidade da experiência e dos modos de vivê-la. A outra leva em conta que, sendo o sujeito um ser de fala abrigado na linguagem pelo enlace ao Outro, há que se reconhecer a incidência de vários lugares transferenciais. O exame destes lugares explicita uma dimensão clínica de escuta em relação ao que o sujeito não sabe e que diz respeito a sua verdade. Aqui salientamos a especificidade da intervenção do analista, que reconhece a existência do sofrimento e aponta para um ponto desconhecido, um mais além nesta mesma experiência. Ao convidar o sujeito a falar em transferência e nas condições que a circunstância permite, o analista se põe a escutar e a extrair deste mesmo discurso algum significante que participa da crise e toca o sujeito no trabalho em torno do real. Não se trata aqui apenas de uma intervenção que visa à identificação e compreensão das causas da crise, circunstância que, muitas vezes, são passíveis de serem alcançadas. O intuito clínico é recuperar a relação de implicação do sujeito com seu sofrimento e com os destinos do mesmo, retirando-o da posição objetalizada diante do sofrimento, posição esta que se mantém porque lhe falta sentido sobre o que lhe afeta ou porque o sentido vem todo do lado do Outro.

10.2 APOIO MATRICIAL

No dia a dia, faz muita diferença no clima institucional e na implicação subjetiva quando uma equipe se percebe apropriada para lidar com as demandas que lhe chegam, sejam as mais corriqueiras ou outras de maior complexidade, mas ainda assim manejáveis. Essa constatação faz retornar o SEC como uma proposta estratégica referida às situações de crise no campo da

saúde mental, inclusive muitas delas que concernem aos profissionais que atuam na atenção básica.

Em última instância, isso significa desencadear um trabalho de aproximação e interlocução com os serviços da rede de saúde, com o propósito de desenvolver estratégias de transmissão que favoreçam a compreensão e assimilação deste dispositivo auxiliar às intervenções conhecidas. Dentre as inúmeras práticas desenvolvidas com o processo de reformulação da assistência em saúde mental, o apoio matricial é, sem dúvidas, uma das melhores propostas do processo de transformação da antiga lógica que subsidiava as operações no sistema de saúde. Considerando que o cuidado em saúde mental é concebido como de responsabilidade compartilhada, o apoio matricial se mostra como uma importante estratégia de suporte às equipes, ampliando, qualificando e inventando ações frente à necessária mudança de paradigmas na consecução das ações. Em outras palavras, o apoio matricial advém como um novo arranjo clínico, formativo e político cujo objetivo é assegurar um suporte às equipes de referência para a diversidade de demandas e situações com que as mesmas são confrontadas quando acessam o território vivo, desde uma perspectiva de clínica ampliada (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa direção, o modo dialógico e clínico do trabalho matricial favorece que os profissionais da atenção básica percebam as inúmeras práticas que conduzem no âmbito da saúde mental, mesmo que estas não sejam percebidas como tal. Essa circunstância decorre do fato de que nesta área, assim como na maioria das demais disciplinas, considera-se que uma ação clínica só é digna de tal nuance quando for marcada por um signo objetivo de doença. Paralelamente, o apoio matricial é uma ferramenta que se pode lançar mão para a qualificação de inúmeros casos encaminhados aos serviços especializados pela razão de não identificarem em seu campo e núcleo de trabalho condições de acompanhamento. Esta realidade não é exclusiva à saúde mental, mas certamente faz desta uma das principais fontes de encaminhamento.

A proposição do SEC para o cotidiano da atenção básica se formula amparado na concepção que Freud (1912/1996) atribuiu à escuta, enquanto método psicanalítico, definindo-o como sendo simultaneamente uma intervenção e uma investigação: “Uma das reivindicações que a psicanálise faz em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (p. 78). Com isso queremos dizer que a pretensão de compartilhar a SEC não visa o ensino de um conjunto de regras e conceitos. Distante de qualquer intensão generalizadora, a perspectiva que assumimos é de natureza ética, ao reconhecermos os efeitos do desamparo experimentado na crise em quem sofre e em quem recebe o sujeito nesta condição.

Temos insistido de que a palavra – o simbólico – deve ser incorporada como a sendo a primeira tentativa clínica de inscrição e elaboração do sofrimento. Compreendida em sua dimensão significativa, a mesma tem potência e é capaz de fazer existir possibilidades de escolhas, destinos e pensamentos. Aposta-se, portanto, no trabalho da fala, respaldado pela sugestão freudiana de que “não podemos desprezar a palavra; afinal de contas, ela é um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas; as palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas” (FREUD, 1926/1996, p. 214). Contudo, é preciso proceder alguma torção na compreensão da prática pela palavra, e é esse o ponto em que o apoio matricial municiado pelo SEC e pela discussão clínica dispara seu processo transformador e seu efeito retificador.

Dentre as ocorrências mais frequente de pedidos de acolhimento oriundos da Atenção Básica, as situações associadas ao contexto do suicídio estão entre as primeiras. Tal regularidade forçou a que nos debruçássemos sobre esta temática para, por fim, postularmos sua abordagem sob uma outra perspectiva, incluindo aqueles justificados e nomeados por intenção suicida, pensamento suicida ou tentativa de suicídio. Sem desconsiderar as diferenças entre estas atitudes ou categorias, nos pareceu insuficiente tomá-las como eixo principal de diagnóstico. Em lugar disso, sustentamos que a crise, entendida como uma experiência que impõe limites de elaboração do vivido ao sujeito, responde e contempla mais amplamente os inúmeros fatores que constituem esse drama.

Inspirado no trabalho junto ao Acolhe, a proposição do SEC convoca profissionais e usuários a abrirem uma via de tratamento em que a referência ao que seria tentativa, intenção ou pensamento suicida é mantida, mas secundarizada. Em boa parte dos casos atendidos sob a égide deste signo, rapidamente o trabalho clínico se desdobrou quando se descolou da referência ao suicídio. Com isso, não queremos dizer que o ignoramos, mas dele produzimos distância adequada. Este direcionamento, importante e essencial no processo de acolhimento, tem efeitos objetivos e precisa ser respaldado, em especial porque alguns profissionais com pouca experiência na saúde mental são suscetíveis e sensíveis a serem tomados pela angústia movida por esta situação, de tal maneira que toda a intervenção corre o risco de se guiar unicamente por este elemento. De certa forma, esta tendência se mantém na atenção primária, onde o manejo destes casos costuma ser quase exclusivo do profissional médico, cuja conduta se processa pela indicação de uso de medicação como forma de contenção química do impulso. Esse modo de operar pressupõe a padronização dos procedimentos e responderia a um tipo de estruturação discursiva que institui a prevalência da posição de mestria – do lado da equipe – como lugar da verdade, para garantir o controle das condutas. Tal rigidez inviabiliza a reflexão

sobre a própria práxis como uma etapa de transformação da mesma, mostrando-se pouco receptiva a práticas orientadas pelo viés psicossocial e pelo discurso psicanalítico.

Quando amparados na moldura discursiva médico-científica, a definição diagnóstica e as indicações terapêuticas – do que se trata e como se trata – seguirão este paradigma, inclusive por parte dos pacientes. Sobre isso, Tesser, Poli Neto e Campos (2010) reconhecem a tendência de que as narrativas dos usuários estejam monopolizadas pelo médico, mesmo quando ele exerce uma clínica ampliada, ou seja, mesmo que ele atue em interdisciplinariedade e afinado com os princípios da singularidade. Permanece ainda a tendência de centralizar o acolhimento destes casos no médico, inclusive pelo poder de seu núcleo de competências numa sociedade marcada pela medicalização social.

Em função disso, a medicação é conduta onipresente dos atuais tratamentos de crise, com algumas exceções. Nesses casos, o tratamento e a melhora tendem a ser monitorados e condicionados ao cumprimento do protocolo. Assim, a recomendação do uso de antidepressivo ou de um estabilizador de humor segue uma normatização que é exterior ao sujeito que padece na crise. Numa eventual melhora, a decisão de interromper ou diminuir é sempre facultada ao médico. Apesar disso, o que se constata com grande regularidade é a ruptura unilateral deste pacto por parte do usuário quando decide experimentar-se sem os efeitos da medicação. Ainda parece necessário ao campo psiquiátrico avançar no reconhecimento da decisão do usuário quanto aos diferentes tipos e modos de uso. Mesmo que esta singularização não exista nem esteja prevista nos artigos científicos, o fato é que ela acontece com tal frequência que não comporta interpretá-la apenas sob o prisma de falta de adesão ao tratamento.

Esta liberdade e as diferentes formas de manejo são alguns dos motivos pelos quais o SEC apregoa um pacto construído democraticamente, em que sujeito e serviço compartilham responsabilidades. Nessa lógica, a aposta de que um sujeito emerge como efeito do acolhimento à crise nos parece necessária e respalda a estratégia de que o serviço e os profissionais se transformem em significantes, que se incluem na cadeia simbólica do sujeito. Dito de outra forma, mais do que projetar um cuidado continuado que se mantém até se ter a garantia da inexistência de *recaídas*, o SEC e o Acolhe miram a saída como uma decisão que concerne ao sujeito. Sem conseguir dar garantias de que não haverá novas crises, o serviço e a equipe – aqui em alusão às equipes da atenção básica – podem dar a garantia de que haverá o acolhimento. Desta forma, quando nos perguntam para onde vai o sujeito após o tratamento de crise, respondemos que ele pode ir para vários lugares, inclusive seguir sendo acompanhado por outros profissionais da rede ou, no lado oposto, incluir-se em outras redes em que o suporte não passe pelo discurso e pelas práticas do campo da saúde.

Queremos deixar claro que as condições da produção narrativa não estão condicionadas única e exclusivamente à presença ou à ausência do discurso psiquiátrico, do uso ou não de medicação, o que não é a mesma coisa que dizer que é sem consequências. O que estamos sugerindo é que a condição de subjetivação da crise se faz também em relação a esses elementos e aqueles que estão dispersos na cultura, nos ideais do sujeito e na pluralidade dos tratamentos de uma determinada instituição. Nesse sentido, a proposta que estamos desenvolvendo está circunscrita à realidade de Santa Maria, sem com isso dizermos que ela não possa ser um índice de reflexão para o cenário atual da saúde mental em nosso país.

Com relação a isso e ao propósito do matriciamento, entendemos que para a rede de saúde interessa mais a definição dos fluxos do que o cumprimento dos protocolos, considerando que a RAPS tem o desafio de oferecer maior rapidez e agilidade às particularidades das demandas dos usuários – algo propagado, mas facilmente não cumprido.

Assim, no trabalho de apoio matricial que estamos desenvolvendo, situamos os balizadores conceituais do SEC para na sequência movimentá-los a partir dos casos clínicos. Sabidamente, é desde os impasses que a prática atualiza que os limites da teoria se tornam evidentes, forçando a avanços, inclusive no que concerne ao profissional. Para finalizar e com o intuito de explicitar a operacionalização mínima dos conceitos desamparo, transferência e simbólico, registramos abaixo a perspectiva de como desenvolvemos o atual projeto clínico e institucional do Acolhe, amparado no Suporte Emergencial à Crise, a partir do conjunto conceitual anteriormente mencionado, e como este é apresentado às equipes e aos trabalhadores.²⁷

O ser humano ao nascer encontra-se na dependência absoluta de que um semelhante possa se ocupar dele como forma de garantir a vida. Não sobrevivemos sem a ajuda e ação de outras pessoas. Este estado inicial é o que chamamos de desamparo e serve para designar a percepção de que a vida está ameaçada por não se ter instrumentos apropriados de proteção. Este estado não é uma fase que é superada na medida que crescemos e desenvolvemos habilidades. De fato, com o passar do tempo, começamos a enfrentar e resolver uma série de problemas sozinhos. Contudo, em situações específicas da vida – traumas, mortes, desemprego, rupturas amorosas, doenças –, alguns de nós podem sentir que o que está vivendo é maior

²⁷ Versão aproximada do que e de como falamos sobre o SEC como proposta de abordagem às situações de crise para as equipes da ESF. Há uma simplificação e redução intencional da complexidade dos conceitos durante a discussão, embora possa se avançar mais ou menos, de acordo com os efeitos que se produzem no próprio encontro. O texto a seguir é uma síntese do SEC e deve ser lido considerando o propósito de articulação dos conceitos na definição da estrutura clínica do SEC, mais do que pela simplificação teórica. De alguma maneira, nos encontros com os profissionais busca-se preservar o rigor necessário para a pertinência psicanalítica dos enunciados. Além disso, os encontros são precedidos de leitura de textos inseridos na lógica psicossocial, para que o debate não ganhe formato clínico convencional.

daquilo que pode aguentar e enfrentar. É uma situação que se assemelha àquele momento inaugural da vida e, assim como antes, o auxílio dos recursos pessoais que cada um construiu durante a vida – psicológicos, religiosos, afetivos – se mostram insuficientes. De maneira geral esta é a condição de uma pessoa que se percebe em crise e é assim que ela chega aos serviços de saúde, demandando cuidado, auxílio, presença e intervenção. Esse é um tipo de atendimento que não pode demorar e é importante que as equipes consigam prever e perceber tais situações para acolher. Independentemente do que o sujeito em sofrimento pede ou busca é preciso saber que já estamos num contexto de clínica, independentemente do profissional que recebe ou do nível de complexidade do serviço. Se vocês forem os escolhidos, é preciso que saibam que eles depositam (transferência/sujeito suposto saber) em vocês a esperança de alguma melhora. Desde o momento da chegada, na recepção, os efeitos deste encontro se farão sentir, quer dizer, a dimensão clínica do acolhimento já está em operação. Por fim, é preciso supor que a história de vida e da própria crise tenham uma dimensão de ficção – criação-. O que contamos da nossa história, sobre as motivações do nosso sofrimento e daquilo que atribuímos a solução apresentam uma estrutura de ficção e é por isso que o simbólico pela palavra e da escuta mediados pela presença pode promover efeitos clínicos e de subjetivação frente à angústia e à crise. Assim, quando na vinda ao mundo, o sujeito precisou de alguém, agora isso se repete e são vocês aqueles que estão no lugar de ser o semelhante que ocupa este lugar estrutural de subjetivação e de tratamento àquilo que ultrapassa as condições de elaboração. Assim os encaminhamentos e as modalidades de condutas serão marcados pelo tipo de acolhimento ofertado.

Retomando a proposta do SEC entendemos que o mesmo se mostra como um dispositivo teórico clínico viável no acolhimento à crise tanto para a atenção especializada quanto para os serviços da atenção básica. Esta defesa se justifica porque o SEC, por meio do seu conjunto conceitual, consegue traduzir os três principais aspectos que participam desta dinâmica. Traduz e torna legível a condição psíquica de chegada do sujeito a partir do conceito de desamparo; identifica e esclarece o processo que se estabelece na relação do sujeito com o serviço e com a equipe/profissional; explicita e dá mostras do mecanismo de atuação da operação clínica pelo simbólico.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dia a dia do trabalho vinculado à saúde mental nos mostra que a formulação das respostas às demandas está na dependência do ou dos paradigmas vigentes em cada contexto. Assim, as concepções de sujeito, sintoma, tratamento e cura respondem à filiação na qual o

serviço, seus profissionais e o próprio usuário se reconhecem, com maior ou menor adesão e crítica. Estas respostas também se encontram atreladas à qualidade da formação, do tipo de convivência com a pluralidade de campos de conhecimento e práticas, com o grau de implicação da equipe, com a capacidade estrutural da unidade e com o tipo de articulação que os equipamentos da rede de saúde mantem entre si e com a comunidade como um todo. Contudo, em relação ao contexto da experiência subjetiva da crise, o campo da psiquiatria ainda se sobressai como a primeira e principal referência para o cuidado, centralidade que esta tese buscou problematizar para propor e afirmar outros modos como legítimos e eficazes para sua abordagem.

Tanto a psicanálise quanto a saúde mental passaram por um processo transformador no século XX. Do lado da psicanálise, a ameaça da sua extinção, o questionamento da sua ortodoxia e o ingresso de analistas nas instituições públicas de saúde impulsionaram movimentos importantes no seu universo, ao menos na comunidade brasileira, que se reposicionou renovada nos principais debates. Do lado da saúde mental, a construção de um modelo de tratamento aos sujeitos com sofrimentos graves, amparado na ética da inclusão e da cidadania, buscou romper com a lógica médico-centrada e se consolidou no atual cenário. Duas travessias que têm desafios renovados pelo crescimento da demanda de sujeitos em crise sem histórico pregresso de sofrimento mental e não vinculados ao conjunto de usuários com transtorno mental grave.

Em termos gerais, quando nos referimos à psicanálise, estamos mais afeitos às perguntas do que às respostas. Contudo, como esta tese está atravessada pelo contexto das políticas públicas, é preciso que algumas respostas sejam elaboradas ante o risco de mantermo-nos num debate sem consequências, ou numa complexidade que se desdobra num movimento circular sem fim, o que geraria o mesmo efeito inócuo. O SEC é uma aposta esperada, desenho e artifício teórico-clínico tanto necessário quanto pertinente para os diferentes tempos (crise, urgência), modos (acolhimento, tratamento, encaminhamento, apoio matricial) e lugares (atenção básica, especializada) em que a experiência da crise pode se manifestar.

Diante destas circunstâncias, a experiência da crise pode alcançar uma intensidade insuportável, frente à qual o sujeito não consegue responder com os próprios recursos psíquicos, com a rede de apoio e com o suporte simbólico das crenças e convicções de que dispõe. A atribuição de sentido à vida deixa de operar e, aos poucos, o sujeito se percebe numa posição alheia à sua existência cotidiana, suscitando o desejo de romper com o laço social ou tendo a percepção de não saber mais qual lugar lhe é conferido. A crise, que está sempre em relação com a urgência, mostra sua face de angústia nas condutas de autoagressão (suicídio), na exposição e na afetação pela intrusão das múltiplas formas de violência, pelo isolamento social

extremo, nos casos de trauma, em algumas situações de luto e pelo abandono das atividades cotidianas como trabalho e estudo.

Na escrita desta tese fizemos um longo caminho teórico e clínico em busca de argumentos que justificassem o acolhimento do usuário em crise como uma prática de caráter ampliado, que pode acontecer em diferentes espaços de cuidado e de níveis de especialidade, inclusive nas unidades básicas de saúde, desde que suas equipes se sintam amparadas e compreendidas em suas apreensões e hesitações. Nesse sentido, paralelamente às abordagens tradicionais, que tendem a separar a crise do conjunto da vida do sujeito, priorizando medidas clínicas de contenção medicamentosa, versão contemporânea do poder psiquiátrico, sustentamos uma lógica que propõe a retomada da palavra e da produção narrativa como instrumentos eficazes de acolhimento e manejo à crise, valorizando os dispositivos regidos pela escuta. Foi com estas bases que formulamos o SEC e é com os fundamentos deste que atribuímos “autoridade” clínica ao acolhimento em sua capacidade de preservar e, se for o caso, restaurar as condições de convocação do Outro através do resgate do registro simbólico por meio da palavra.

A problematização da intervenção à crise em saúde mental não é uma tarefa fácil de ser assumida, seja por interrogar a hegemonia da psiquiatria, seja porque tal hegemonia se alimenta da retirada voluntária e precipitada dos profissionais de outras áreas, que, assustados, consideram-se tecnicamente deficitários na comparação com a eficácia atribuída ao efeito concreto da medicação. A questão de propor outra ética clínica, que seja distinta das coordenadas do domínio biomédico, presume ter à disposição outro código e outro recurso de intervenção clínica que sejam reconhecidos e compartilhados. A sustentação conceitual do SEC se faz pelas categorias conceituais de desamparo, transferência e simbólico, cuja densidade teórica estão bem fundadas no campo psicanalítico e, ao mesmo tempo, se prestam ao manejo ampliado e efetivo para a intervenção clínica no território da saúde mental.

Como fizemos ver em algumas vinhetas clínicas associadas a pressupostos teóricos, esta dimensão clínica de efeito subjetivante não depende da espacialidade, mas presume a presença implicada do profissional que, por seu silêncio, sua escuta e suas perguntas, oferece fios simbólicos para o enlace, desenlace e entrelace da trama e do trauma em torno do impossível. A presença, assim como as intervenções pela palavra ou por outro modo de cuidado, ressoam no real do corpo inscrevendo marcas significantes que abrem um horizonte viável de novas composições imaginárias do *eu*. O que é incontornável desta tarefa é que ela deve sempre considerar que se trata de *um por um*, ou seja, recusa a generalização e padronização. Além disso, parte da hipótese de que o efeito de subjetivação da linguagem tem seus limites e que seu uso encontrará o muro da sua própria estrutura, o muro da linguagem, como lembrou Lacan

(1987). A linguagem nos subjetiva e intermedia o estabelecimento do laço com o Outro e com os outros, mas ela também impede, por sua estrutura, de esperar e de desejar encontrar a derradeira compreensão sobre o Outro e sobre os outros. Nesta dimensão, a intervenção que se faz pela palavra é um convite à subjetividade e, por conta disso, promove-se alguma modalidade de pausa na urgência. Assim, o SEC não visa o retorno de uma normalidade perdida, mas a restituição da modalidade lógica do tempo de compreender, uma pausa na pressa da urgência, consequência da consideração da subjetividade como componente inclusivo do tratamento. O fato é que não é possível receber um sujeito em crise sem ter claro que este encontro não pode estar submetido apenas a um cumprimento protocolar, voltado apenas ao encaminhamento.

Tanto a psicanálise quanto os fundamentos da saúde mental no projeto reformista brasileiro compartilham da premissa de que o sofrimento é uma experiência que comporta a subjetividade na sua expressão e é, portanto, da ordem da paixão. Levando em conta o contexto atual da realidade brasileira precisamos estar atentos aos riscos de retrocesso da política de saúde mental que pode vir de várias frentes. Um deles é o da contínua expansão da medicalização social, que traz consigo o descrédito das formações simbólicas, sejam as terapêuticas clínicas, mas também e fundamentalmente todas as demais elaborações da cultura. Uma segunda fonte de preocupação está atrelada à primeira que, sob a justificativa de sensibilidade humanitária ao sofrimento moderado, não esconde a intenção de fazer o campo da saúde mental retornar ao domínio psiquiátrico. Nesse caso, os muros institucionais concretos se convertem em muros químicos na medida em que alia o discurso científico à demissão do sujeito em torno daquilo que lhe afeta. No contexto do cuidado à crise, onde a expectativa pela ação psicofarmacológica é grande, a problemática a ser confrontada diz respeito menos à ação da medicação e mais a concepção de que a crise é uma experiência alheia e exterior ao sujeito, tomado na posição de passividade.

Retornemos então, uma vez mais, à aposta de que a crise deve ser acolhida como uma experiência de sofrimento - dimensão que situa e indica a partir de qual referência o profissional e o serviço de saúde mental irão produzir as repostas. O suporte emergencial à crise é uma marca da direção de tratamento que articulamos em parceria com os princípios da atenção psicossocial e da psicanálise, em favor do reconhecimento de diferentes modalidades do fazer clínico com o conjunto de profissionais e serviços que compõe a RAPS.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios.** Trad. Vinícius Nicastro Honesk. Chapecó: Argos, 2009.

AGUIAR, M.P.; ORTEGA, F.J.G. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 889-910, Dez. 2017.

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. Apresentação. *In*: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. (orgs.) **Psicanálise e saúde mental**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 7-15.

ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

ALVARENGA, E. A ação lacaniana nas instituições. **Almanaque Online**, n. 8, 2011. Disponível em: www.almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ElisaAlvarenga.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-65.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

AMORIM, M. Formas de saber na cultura contemporânea. *In*: SZAPIRO, A. (org.). **Clínica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização**. Rio de Janeiro: Bapera, 2009, p. 09-18.

ANSERMET, F. **La crisis, entre el corte y el tiempo**. 2015. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.** Acesso em: 26 ago. 2020.

ASKOFARÉ, S. Anormalidade, anomalia, patologia e bem-estar: a saúde e suas políticas à prova da psicanálise. *In*: BARROS, R.; DARRIBA, V. (orgs.). **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2013.

AZEVEDO, E. Da pressa à urgência do sujeito - psicanálise e urgência subjetiva. **Analytica**, São João del-Rei, v. 7, n. 13, p. 208-217, jul./dez. 2018.

AYOUCH, T.; BULAMAH, L.C. A homossexualidade dos analistas: história, política e metapsicologia. **Revista Percursos**, Maringá, n. 51, p.115-126, 2013.

BALBI, L. Anotações sobre o conceito de Inconsciente desde Freud. *In*: BERNARDES, A. (org.). **10x Freud**. Rio de Janeiro: Azougue, 2005, p. 45-65.

BARONI, C.; KAHHALE, E.M. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-74, 2011.

BARROS, R.E.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p.71-77, out. 2010.

BARROS, R. R. O sujeito tem urgência? *In*: Barros, R. R. **Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subversos, 2012.

- BASSOLS, M. Prólogo. *In*: SOTELO, I. **DATUS**: Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas. Buenos Aires: Grama, 2015, p.11-15.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BAUMAN, Z. **Vida líquida**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BAUMAN, Z. **Capitalismo parasitário**: e outros temas contemporâneos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.
- BAUMAN, Z. **Bauman sobre Bauman**: diálogos com Keith Tester. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- BAUMAN, Z.; DESSAL, G. **O retorno do pêndulo**: sobre a psicanálise e o futuro do mundo líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2017.
- BAUMAN, Z.; MAURO, E. **Babel**: entre a incerteza e a esperança. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.
- BECK, U. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BELAGA, G. Urgencias subjetivas: teoría y clínica. *In*: HORNE, B.; BELAGA, G. (orgs.). **Logos 4**. Buenos Aires: Grama, 2006, p. 69-138.
- BENIA, R.G.; CELES, L.A.; CHATELARD, D.S. O afeto "angústia" em Freud e em Lacan: discussões para a clínica psicanalítica atual. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 34, p. 47-59, jun. 2016.
- BENJAMIN, W. (1936). O Narrador: Considerações Sobre a Obra de Nikolai Leskov. *In*: BENJAMIN, W. **Obras escolhidas, vol. I**: magia e técnica, arte e política - ensaios sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1995, p.197-221.
- BERT, J. F. **Pensar com Michel Foucault**. São Paulo: Parábolas, 2013.
- BERTA, S. Localização da urgência subjetiva em psicanálise **in A peste**. São Paulo, v. 7, n.1, p.95-105, jan-jun. 2015.
- BEZERRA JR., B. Um apelo à clínica: nem respaldo à norma, nem o extravio da dor. **Caderno Saúde Mental**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 23-31, 2007.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BIRMAN, J. Sexualidade na contemporaneidade. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 38, p. 137-159, jun. 2018.

BIRMAN, J.; HOFFMANN, C. Lacan e Foucault: conjunções, disjunções e impasses. São Paulo: Instituto Langage e Universidade Paris Diderot, 2017.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

BIRMAN, J. Medicalização e sociedade: Efeitos de Cultura, efeitos de sujeito. *In*: ARMANDO, G.G.; MENEZES, L.S.; VIEIRA, P. **Medicação ou medicalização**. São Paulo: Primavera Editorial, 2014, p. 41-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BREUER, J.; FREUD, S. (1895) Estudos sobre a histeria. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 2**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 15-297.

CALADO, P. Que sujeitos escutamos? Da estrutura subjetiva à clínica do bem-dizer. **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 38 p. 73-86, jul. 2019.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008.

CAMPOLONGO, D. Tiempos de la urgencia en las instituciones. *In*: SOTELO, I. (org.). **Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista**. Buenos Aires: JVE, 2005.

CAMPOS, G.W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, T.; CASTRO, R. Um rosto na areia: o sujeito em Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 313-331, 2017.

CEZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, jun. 2017.

CHIAVERINI, D.H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. *In*: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 9-15.

COSTA, A.M. Uma experiência de clínica institucional. *In*: **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 155-165.

COSTA, A. M. Luz e tempo. Ato e repetição. São Paulo: Escuta, 2019.

COSTA, M.S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

COSTA, M.F.; COSTA-ROSA, A. O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. **Subjetividades**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 45-58, ago. 2018.

CRASOVES, M.L. O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade - instituição - sociedade. **Revista de Saúde Mental Coletiva**, Bagé, n. 2, p. 47-50, 1995.

DASSOLER, V. Trauma: acontecimento e experiência na clínica psicanalítica. **Revista da APPOA**, Porto Alegre, n. 48, jan-jun 2015, p. 38-47.

DELL'ÁQUA, 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**, vol. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DEMOULIN, C. Faire fiction - Fixion du trauma. *In*: **Quarto 63 Révue de Psychanalyse - École de la Cause Freudienne**. Bruxelas: Agalma-Seuil, 1997, p. 26-28.

DIAS, M.K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.595-602, feb. 2020.

DIAS, M.K.; MUHL, C. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, mai./ago. 2020.

DIAZ, A.R. **Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão**. 2013. 189 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médias, Universidade Estadual de Campinas, 2013.

DUFOUR, D.R. **A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

DUNKER, C. A função terapêutica do real: entre trauma e fantasia. *In*: RUDGE, A.M. (org.). **Trauma**. São Paulo: Escuta, 2006. p. 39-49.

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ELIA, L. Política da psicanálise e política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda. *In*: BARROS, R.; DARRIBA, V. (orgs.). **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 69-82.

ENRIQUEZ, E. Psicanálise e ciências sociais. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 153-174, dez. 2005.

ERLICH, H.; ALBERTI, S. O sujeito entre psicanálise e ciência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 47-63, dez. 2008.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. **Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental**, Bagé, v. 1, n. 1, p. 41, 1992.

FERIGATTO, S.H.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; BALLARIN, M.L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A.C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In*: GUERRA, A; MOREIRA, J. (orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010, p.11-18.

FOUCAULT, M. (1961). **História da Loucura**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, M. (1963). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. (1973-1974). **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. (1975). **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. 20ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. (1975-1976). **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. (1976). **História da sexualidade**: a vontade de saber. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. (1979). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANÇÓIA, C.R. O simbólico e a clínica psicanalítica: o início da teoria lacaniana. **AdVerbum**, Limeira, v. 2, n. 1, p. 87-101, jan./jun. 2007.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1886). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1905). Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1908). Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). *In*: **Obras completas**, ESB, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1916-1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXV. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1919[1918]). Linhas de progresso na terapêutica psicanalítica. *In*: **Obras completas**, ESB, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. *In: Obras completas*, ESB, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1921). Psicologia das massas e análise do ego. *In: Obras completas*, ESB, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924a). Neurose e Psicose. *In: Obras completas*, ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose. *In: Obras completas*, ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1925). Um estudo autobiográfico. *In: Obras completas*, ESB, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1926a). A questão da análise leiga. *In: Obras completas*, ESB, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1926b). Inibições, sintomas e ansiedade. *In: Obras completas*, ESB, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1927). O futuro de uma ilusão. *In: Obras completas*, ESB, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1930). O mal-estar na cultura. *In: Obras completas*, ESB, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1933). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXXII: ansiedade e vida instintual. *In: Obras completas*, ESB, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1940[1938]). Esboço de psicanálise. *In: Obras completas*, ESB, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUKS, B. Duas propostas para a psicanálise contemporânea. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 355-376, dez. 2011.

GARCIA-ROZA, L.A. **Freud e o inconsciente**. 24ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

HERZOG, R. Violência: um desafio para a pesquisa em psicanálise. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 109-124, 2009.

HESPANHA, P. A Reforma Psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses. *In: FONTES, B.A.; FONTE, E.M. (orgs.). Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: UFPE, 2010, p. 137-162.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009, 1986 p.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

- KEHL, M.R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- KLAJNMAN, D.; FERREIRA, L.; JORGE, M. A. C. A questão do diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria. In: BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. (Org.). *Psicanálise e saúde, entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2015. p. 293-305.
- KRUM, A; MAFACIOLI, G. A organização no caos: a atenção psicossocial no centro desportivo municipal. In: MAFACIOLI, G. (org.). **A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss**. Curitiba: CRV, 2016, p. 35-52.
- LACAN, J. (1945). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p. 197-213.
- LACAN, J. (1948). A agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 104-126.
- LACAN, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 104-126.
- LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p. 238-324.
- LACAN, J. (1954-1955). **O Seminário**, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- LACAN, J. (1955-1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590.
- LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 591-652.
- LACAN, J. (1959-1960). **O Seminário**, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- LACAN, J. (1960-1974). **O triunfo da religião** precedido de Discurso aos católicos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. (1960-1961). **O Seminário**, livro 8: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. (1962-1963). **O Seminário**, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. (1964). **O Seminário**, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, J. (1969-1970). **O Seminário**, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. (1971). Lituraterra. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 15-25.

LACAN, J. (1974). Nota Italiana. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 311-315.

LACAN, J. (1976). Prefácio à edição inglesa do Seminário 11. *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 567-569.

LAURENT, E. O trauma ao avesso. *In: INSTITUTO DE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS. Papéis de Psicanálise*, v. 1, n. 1, p. 21-28, abr. 2004.

LAURENT, E. (2014) O trauma, generalizado e singular. *In:* <http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/02> Acesso em: 25 jun. 2020.

LAURENT, Eric. (2004) Hijos del trauma, in BELAGA, G. (Comp.) (2004) **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital**. 1. ed. Buenos Aires: Grama, p. 23-29.

LAURENT, E. Desangustiar. *In: A sociedade do sintoma: a psicanálise hoje*. Rio de Janeiro: Ed. Contracapa, 2007, p.141-150.

LEBRUN, J.P. **O mal-estar na subjetivação**. Porto Alegre: CMC, 2010.

LEGUIL, F. Reflexiones sobre la urgencia. *In: BIALER, M. et al. La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara, 1990, p. 23-28.

LEITE, S. Emergência psiquiátrica e psicanálise: o que se aprende e o que se trata. *In: BARROS, R.; DARRIBA, V. (orgs.). Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015. p. 135-150.

LOBOSQUE, A.M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16. n. 12, p. 4590-4602, 2011.

LUDKE, M. *et al.* A construção do grupo de trabalho atenção básica e redes e a transformação para núcleo de apoio em saúde mental: percurso do apoio em Santa Maria. *In: MAFACIOLI G. et al. (orgs.). A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões*. Curitiba: CRV, 2016, p. 253-260.

LUSTOZA, R. Z. A angústia como sinal do desejo do Outro. *Revista mal-estar e subjetividade*. Fortaleza. v. 6, n. 1, p. 44-66, mar. 2006.

LYOTARD, J.-F. **A condição pós-moderna**. 5ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

MACÊDO, L.F. Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na psicanálise aplicada à urgência. **Curinga**, São Paulo, v. 27, 2008.

MACEDO, M.; FALCÃO, C. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 65-76, jan./jun., 2005.

MACHADO, R. Por uma Genealogia do Poder. *In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

MACHADO, O.M. Efeitos terapêuticos rápidos da psicanálise. *In: MACHADO, O.M.; GROVA, T. Psicanálise na favela: projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Digai-Maré, 2008, p. 44-50.

MANFIO, J.N. **Zigmunt Bauman: uma biobibliografia e possíveis diálogos com a educação.** 2017. 198 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MARON, G. (org). **Urgência sem emergência.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Subversos, 2012.

MARON, G. Psicanálise e crise: urgência, sintoma e solução. *In:* MACHADO, O.M.; GROVA, T. **Psicanálise na favela: projeto Digai Maré.** Rio de Janeiro, 2008, p.36-43.

MAURANO, D. Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade. *In:* COUTINHO JORGE, M.A. **Lacan e a formação do psicanalista.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 209-227.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra.** Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: N-1 Ed., 2018a.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** São Paulo: N-1 Ed., 2018b.

MBEMBE, A. **O direito universal à respiração.** Instituto Humanitas UNISINOS, 2020. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598111-o-direito-universal-a-respiracao-artigo-de-achille-mbembe. Acesso em: 16 mai. 2020.

MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997.

MIGUELEZ, O. Medicina, psiquiatria e psicanálise. *In:* ARMANDO, G.G.; MENEZES, L.S.; VIEIRA, P. **Medicação ou medicalização.** São Paulo: Primavera Editorial, 2014.

MILLER, J. A. **Percorso de Lacan: uma introdução.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

MORIN, E. Um festival de incerteza - artigo de Edgar Morin. Instituto Humanitas UNISINOS. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/78-noticias/599773-um-festival-de-incerteza-artigo-de-edgar-morin. Aceso em: 9 jun. 2020.

MUHL, C. **Veredas da loucura: experiência de doença e itinerário terapêutico.** 2019. 255 p. Tese (Doutorado em Sociologia). Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

NAKASHIMA, A.H. **Contrapontos entre Freud e Lacan sobre a angústia: perspectivas do Seminário 10 para inibição, sintoma e angústia.** 2019. 162 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Faculdade de Ciências, Faculdade Estadual Paulista, São Paulo, 2019.

NAPARSTEK, F. O sujeito do direito e do inconsciente nas toxicomanias. *In:* BARROS, R.; DARRIBA, V. (orgs.). **Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 29-43.

NICÁCIO, M.F. **Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2003. 224 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NOAL, D.S. *et al.* Estratégia de saúde mental e atenção psicossocial para afetados da Boate Kiss. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 932-945, dez. 2016.

OLIVÉ, C. Contribuições sobre a transferência. *In:* BARROS, E.M. *et al.* **Transferências**. São Paulo: Escuta, 1991.

OLIVEIRA, D.C. **Cartografias da Reforma Psiquiátrica**: desinstitucionalização e gestão. Monografia (Graduação em Psicologia). 80 p. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

PAIM, J.S. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. *In:* SILVA, L.M. (org.). **Saúde Coletiva**: textos didáticos. Salvador: UFBA, 1994.

PALLARES-BURKE, M. L. Entrevista com Zigmunt Bauman. **Tempo Social**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 301-325, jun. 2004.

PALOMBINI, A. O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 28, p. 86-92, abr. 2005.

PAULON, S.M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 73-97, 2012.

PAULON, S.M. *et al.* O tempo, o invisível e o julgamento: notas sobre o acolhimento à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *In:* BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, vol. 5. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015, p. 277-289.

PEREIRA, M. E. C. Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico. São Paulo: Escuta, 2008.

PIMENTA, A.C; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise - notas preliminares. *In:* **Rev Med Minas Gerais**; 13.3:221-228, Jul/Set, 2003.

PINTO DE ABREU, C. **A sociologia da modernidade líquida de Zygmunt Bauman: ciência moderna e divulgação científica**. Dissertação de Mestrado em Sociologia. USP, São Paulo, 2013.

PISETTA, M.A. O sujeito suposto saber e transferência. **AdVerbum**, Limeira, v. 6, n. 1, p. 64-73, jan./jul. 2011.

PORGE, E. **Transmitir a clínica psicanalítica**: Freud, Lacan, hoje. Campinas: Unicamp, 2009.

PORTUGAL. Presidência da República. Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963. Aprova a Lei de Saúde Mental. **Diário da República**, Lisboa, 3 abr. 1963.

PORTUGAL. Assembleia da República. Lei n.º 36/98 de 24 de julho de 1998. Lei de Saúde Mental. **Diário da República**, Lisboa, 24 jul. 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Superintendência de Comunicação. **Santa Maria Acolhe**: em novo endereço, Prefeitura estrutura e amplia serviço de acolhimento. 2018.

Disponível em: www.santamaria.rs.gov.br/saude/noticias/17223-santa-maria-acolhe-em-novo-endereco-prefeitura-estrutura-e-amplia-servico-de-acolhimento. Acesso em: 12 mar. 2019.

PROCHNO, C.C.; BESSA, W.L. Os efeitos da contemporaneidade nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 21-33, dez. 2016.

PUCHIVAILO, M.C. **Atenção às primeiras crises do tipo psicótico**: uma experiência em um CAPS III de Curitiba. 2018. 242 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

RECALCATTI, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. **Latusa Digital**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 7, jul. 2004. Disponível em: www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

RECHTAND, M.; LEAL, E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 17, 2000.

RIBEIRO, J.M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas**. ANS. Rio de Janeiro, 2003.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 7-18, 2000.

RODRIGUES, J.; DASSOLER, V.; CHERER, E. A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. **Mental**, v. 10, n. 18, p. 69-88, jun. 2012.

ROLLING STONE. **Lady Gaga, Axl Rose e Demi Lovato lamentam tragédia em boate de Santa Maria, no Rio Grande do Sul**. 2013. Disponível em: <https://rollingstone.uol.com.br/noticia/lady-gaga-axl-rose-e-demi-lovato-lamentam-tragedia-em-boate-de-santa-maria-no-rio-grande-do-sul/>. Acesso em: 30 mai. 2019.

ROUDINESCO, E., & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUDGE, A.M. **Trauma**. Coleção Psicanálise Passo a passo 87. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RUDGE, A. M. Prefácio. *In*: RUDGE, A. FUKS, B. *et al.* Traumas. São Paulo: Editora Escuta: 2006 p. 7-10.

SÁ, O.; RETZ, R.G. Introdução a Bauman: o mundo como texto. **Quanta: Comunicação e Cultura**, v. 1, n. 1, p. 84-108, 2015.

SANCHEZ, E. **Urgências psiquiátricas**. 2001. Disponível em: www.medynet.com/usuarios/jr-aguilar/urgencia%20psiquiatrica.htm. Acesso em: 2 jan. 2020.

SANTOS, D.M. Zygmunt Bauman: vida, obra e influências autorais. **Cadernos Zygmunt Bauman**, São Luís, v. 4, n. 8, 2014.

SANTOS, A.B.; CECCARELLI, P.R. Psicanálise e moral sexual. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 59, p. 23-30, jun. 2010.

SASSAROLI, S. Tiempo y urgencia - Psicoanálisis aplicado - Deseo del analista. Un tiempo donde lo urgente es que haya analista. *In*: SOTELO, I. (org.). **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama, 2014, p. 107-113.

SEICMAN, P.M. **Rede transferencial e a clínica migrante: psicanálise em urgência social**. São Paulo: Escuta, 2019.

SELDES, R. Pausa: uma porta para a subjetividade hoje. *In*: INSTITUTO DE CLÍNICA PSICANALÍTICA DO RIO DE JANEIRO. **Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subversos, 2008.

SELDES, R. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. *In*: BELAGA, Guillermo (Org.). *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Gramma, 2006, p. 31-42

SILVA PAIM, J. Organização da atenção à saúde para a urgência e emergência. *In* SILVA, L. M. V. (org.) **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador: UFBA, 1994.

SIMANKE, R.T. A psicanálise freudiana e a dualidade entre ciências naturais e ciências humanas. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 221-235, jun. 2009.

SIQUEIRA-SILVA, R.; NUNES, J.A.; MORAES, M.O. Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 475-496, 2013.

SOLER, C. Dissidência do sintoma? *In*: SOLER, C. **Lacan, o inconsciente reinventado**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012. p. 193-205.

SOLER, C. Os discursos tela. *In*: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M.C. (orgs.). **Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOLER, C. A oferta, a demanda e... a resposta. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 15-28, jun. 2013.

SOLER, R.D. Apontamentos sobre o contemporâneo em Giorgio Agamben. **Profanações**, Concórdia, v. 3, n. 2, p. 83-96, jul./dez. 2016.

SOUZA, P. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. *In*: NILO, K. *et al.* (org.). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008, p. 111-127.

SOTELO, I. O que um psicanalista faz em uma emergência? *In*: SOTELO, I. **Perspectivas da clínica de emergência**. Buenos Aires: Grama, 2009, p. 23-30.

SOTELO, I. **DATUS: Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas**. Buenos Aires: Grama, 2015.

STEIL, C.A. A religião na sociedade dos indivíduos: transformações no campo religioso brasileiro. **Cadernos IHU Ideias**. 93ª ed. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/093cadernosihuideias.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TENÓRIO, Fernando. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: A especialidade da clínica da recepção. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental**. Instituto de Psiquiatria. Cadernos IPUB, vol. 17, 2000, p. 80-91

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TIZIO, H. Considerações sobre o sintoma. In: CARNEIRO, H.F.; BESSET, V.L. (orgs.). **A soberania da clínica na psicopatologia cotidiana**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

URGE. In: **Dicio** - dicionário online. 2019. Disponível em: www.dicio.com.br/urge/. Acesso em: 24 nov. 2019.

VERAS, M.F. **A loucura entre nós: a teoria lacaniana das psicoses e a saúde mental**. 2009. 276 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, M.A. O trauma subjetivo. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 509-513, out./dez. 2009.

VIGANÓ, C. **Novas Conferências**. Org. Wellerson Alkmin. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

VOLMER, A.L.; FILHO, C.A. Protocolo de Manchester em pauta: como este aborda as questões de saúde mental? **Disciplinarum Scientia**, v. 17, n. 1, 2016

VOLTOLINI, R. O psicanalista e a pólis. **Estilos clínicos**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 47-61, jan./abr. 2018.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. O processo de construção de uma rede em saúde mental: desafios e potencialidade no processo da Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ZENONI, A. **Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan**. Belo Horizonte: Abrecampos, 2000.