UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Lucas Hangai Signorini

**Ressonâncias de múltiplas concepções de crise na Saúde Mental:
um estudo psicanalítico**

São Paulo
2020

LUCAS HANGAI SIGNORINI

Ressonâncias de múltiplas concepções de crise na Saúde Mental:
um estudo psicanalítico

Versão Original

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a Associada Ana Maria
Loffredo

São Paulo
2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lucas Hangai, Signorini

Ressonâncias de múltiplas concepções de crise na Saúde Mental: um estudo
psicanalítico / Signorini Lucas Hangai; orientador Ana Maria Loffredo. -- São
Paulo, 2020.

137 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2020.

1. Saúde Mental. 2. Crise. 3. Psicanálise. 4. Intervenção na crise. 5. Equipe
multidisciplinar. I. Loffredo, Ana Maria, orient. II. Título.

Nome: Signorini, Lucas Hangai.

Título: Ressonâncias de múltiplas concepções de crise na saúde mental: um estudo psicanalítico.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*Aos colegas que, cotidianamente, atravessam os
desentendimentos inevitáveis de estar em equipe.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Ana Maria Loffredo, pelos apontamentos realizados durante a construção desta pesquisa. Muito obrigado pela paciência, pelo reconhecimento do “meu tempo”, e pelo modo dedicado de transmitir a paixão dedicada pela pesquisa. Agradeço aos colegas do Laboratório de Psicanálise e Análise do Discurso (Lapsi-PSA), Ana Laura Ribeiro Azevedo, Elisa Penna Bernal, Lucas Palaia Cassas, Maria Beatriz Bueno Domingues, Priscila Souza Vicente Penna, pelas contribuições em nossas reuniões de segunda-feira. Em especial, meus agradecimentos a Fabíola Graciele Abadia Borges, a Letícia Billarubia Sampaio, a Miriam Grajew e a Renan Siqueira Rossini, cujas amizades foram um grande presente desse percurso.

Agradeço aos professores da minha Banca de Qualificação, Maria Livia Tourinho Moretto e Pablo de Carvalho Godoy Castanho, pelas contribuições e por ajudarem-me a encontrar “um eixo” durante a crise gerada pela própria pesquisa. Também à prof^a Adriana Marcondes Machado, por insistir na potência do relato das cenas e da escrita.

Aos colegas e amigos do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, com quem divido os créditos do trabalho. São eles, em conjunto dos usuários, os verdadeiros motores que me impulsionaram nessa escrita, e com quem divido boa parte das boas experiências que tenho no dia-a-dia do trabalho em Saúde Mental. Em especial, a Alexandre Jovino Filho, Aparecida Benedita Gomes, Arthur Maciel Nunes Gonçalves, Cláudio José Cobianchi, Daniele Okino, Darcy Alves Ribeiro, Elizabete Irineu Bento, Faete Silva Santos, Fátima Aparecida Ramalho, Jarlene Pereira, José Venâncio Neto, Juliana Reis de Azevedo, Karina Regina Romano, Lúcia Almeida Camargo, Madalena de Fátima Marques Barbosa, , Núbio Luís Rodrigues, Olga Kertzman, Priscila Elaine Serafim, Sandra Josefa de Lima, Sayuri de Souza, Tainã Sil de Oliveira, Vitor Garbin da Silva, Vladimir de Freitas, além das saudades de Diogo Abrantes Andrade, Maria de Fátima Moysés e Gabriela Martins.

Aos amigos, antigos e novos, do Núcleo de Ensino e Pesquisa do CAPS, pela ajuda com a pesquisa, e por ajudar a “cobrir os buracos” gerados pela minha ausência: Aline Buchalla Ferreira, Ana Stella de Azevedo, Cássia Garcia Gomes,

Caetano Moraes, Daniela de Souza Guerra, Dhione Almeida do Carmo, Fábio Leão dos Santos, Iara Mouradián Pedó, Jacqueline Victória Nunes Santoro, Maria Rita Zanni, Mariana Bonini Pampanelli, Patrícia Burgos Leite e Paula Freitas Ramalho da Silva.

Às amigas de Cidade Ademar, com quem divido as ambivalências e conflitos do trabalho no SUS, mas, com quem, também, divido essa paixão: Bárbara Avelino de Paula, Débora de Moraes Lyra Camolez, Denise Dourado Martins, Fernanda Plessamann de Carvalho, Fernanda Schultz, Julliana Borges Polastrini, Laila Moreira Velho e Vilma Barreto Gomes. Fico feliz que passamos dos sete anos juntos, e talvez, agora, seja para sempre.

Às amigas da Psico, com quem ainda divido as lembranças de um tempo em que as crises se suportavam melhor, sem tantas responsabilidades que carregamos agora: Fernanda Suzuki, Lucas Flávio Batalha de Lima, Mariana Silva Evangelista, Luiza Gil Almeida Cioffi e Vivian Confessoro Yadoya. Também a André Toledo, Jacqueline Hokino e Néstor Gallegos, parceiros fundamentais nessa trajetória.

Aos novos amigos do Instituto Durval Marcondes, da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), que têm participado, tão calorosamente, dos percalços e desafios do trabalho de analisar: Fernanda Barone, Márcio de Assis Roque e Robson Barbora Nakagawa, além de Cecília Orsini, cujas contribuições foram fundamentais.

Aos meus familiares, Armando, Cecília e Isabela, simplesmente, por estarem sempre.

A Daniel Delouya, por suportar.

“Se tivéssemos tempo, explanaríamos melhor como em toda a tradição grega, o enamorado da língua, o filólogo, é o analista. O filólogo é certamente o ancestral do analista, e não o filósofo. O filósofo é aquele que é enamorado de uma sabedoria, de uma ciência, e o analista não pode se enamorar de uma sabedoria, de uma ciência. O analista é enamorado das palavras”.

Fédida (1988, p. 55)

“Disseram: Vinde, edifiquemos para nós uma cidade e uma torre cujo topo chegue até aos céus e tornemos célebre o nosso nome, para que não sejamos espalhados por toda a terra. Então, desceu o SENHOR para ver a cidade e a torre, que os filhos dos homens edificavam; e o SENHOR disse: Eis que o povo é um, e todos têm a mesma linguagem. Isto é apenas o começo; agora não haverá restrição para tudo que intentam fazer. Vinde, desçamos e confundamos ali a sua linguagem, para que um não entenda a linguagem de outro. Destarte, o SENHOR os dispersou dali pela superfície da terra; e cessaram de edificar a cidade. Chamou-se-lhe, por isso, o nome de Babel, porque ali confundiu o SENHOR a linguagem de toda a terra e dali o SENHOR os dispersou por toda a superfície dela”.

Gênesis, 11: 4-9 (Almeida revista e ampliada, 1999, p. 45)

RESUMO

Signorini, L. H. (2020). Ressonâncias de múltiplas concepções de crise na Saúde Mental: um estudo psicanalítico. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo

Este trabalho teve por objetivo examinar situações pertinentes ao contexto do trabalho em equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram disparadoras para a reflexão a respeito das múltiplas compreensões de conceitos e noções que coabitam o campo da Saúde Mental. Nesse sentido, pretendeu demonstrar que a noção de crise, por vezes tomada como consenso, apresenta pluralidade semântica pouco reconhecida no exercício cotidiano do trabalho na instituição de saúde. O não reconhecimento dessa diferença, em prol do consenso e da criação de uma língua comum, produz efeitos que não correspondem à ética do trabalho em equipe que, ao frustrar-se, prescinde das condições para responder aos obstáculos da clínica existentes em um CAPS. Inicialmente, esclarecemos as premissas e os limites da própria concepção de multiprofissionalidade, destacando o fracasso da proposta de complementaridade dos saberes. A noção de desentendimento, no âmbito da filosofia política, fundamental para compreensão de configurações democráticas, foi evocada em ressonância ao conceito de *Verleugnung*, estabelecido pelo referencial teórico-metodológico psicanalítico, para que pudéssemos discriminar os efeitos das situações em que opera o não reconhecimento da diferença. A argumentação de que há diferentes concepções de crise no campo da saúde mental foi construída de forma a considerar tanto o processo histórico de apropriação dessa noção pela Psiquiatria e pela Saúde Mental, quanto a produção científica atual que escolhe essa noção como elemento fundamental. Para alcançar nossos objetivos, utilizamo-nos de duas situações vivenciadas pelo pesquisador na instituição em que trabalha, para que elas ilustrassem os impasses gerados pela desautorização da percepção das múltiplas concepções de crise. Pudemos constatar que a indiferença e a identificação com agressor, posições sustentadas pela angústia gerada na situação traumática, compõem os efeitos deletérios no campo, sobre os quais o vínculo surge como resposta eficaz para redimensioná-los na continuidade do trabalho clínico. A posição ética do psicanalista, frente a essa experiência de trabalho em um CAPS, consiste no reconhecimento das diferenças, situando a crise no escopo das discussões, bem como a reivindicação do vínculo enquanto instrumento de trabalho pelos membros da equipe.

Palavras Chave: Saúde Mental; Crise; Psicanálise; Intervenção na crise; Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

Signorini, L. H. (2020). Resonances of multiples conceptions of crisis in Mental Health: a psychoanalytical study. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

This study aimed to examine situations pertinent to the context of multiprofessional teamwork in a Psychosocial Care Center (CAPS), which were triggers for the reflection about the multiple understandings of concepts and notions that cohabit the field of Mental Health. In this sense, it intended to demonstrate that the notion of crisis, sometimes taken as a consensus, presents semantic plurality little recognized in the daily work of the health institution. Non-recognition of this difference, in favor of consensus and the creation of a common language, it produces effects that do not correspond to the teamwork ethics, which, when frustrated, it dispenses with the conditions to respond to existing obstacles in the clinic in a CAPS. Initially, we clarified the premises and limits of the very concept of multiprofessionality, highlighting the failure of the proposal for complementarity of knowledge. The notion of disagreement, within the scope of political philosophy, fundamental for understanding democratic configurations, was evoked in resonance with the concept of Verleugnung, established by the psychoanalytical theoretical-methodological framework, so that we could discriminate the effects of situations in which non-recognition of difference operates. The argument that there are different conceptions of crisis in the field of Mental Health was constructed in such a way as to consider both the historical process of appropriation of this notion by Psychiatry and Mental Health, as well as the current scientific production that chooses this notion as a fundamental element. To achieve our goals, we used two situations experienced by the researcher at the institution where he works, so that they illustrated the impasses generated by the disallowance of the perception of multiple concepts of crisis. We were able to verify that indifference and identification with the aggressor, positions sustained by the anguish generated in the traumatic situation, compose the deleterious effects in the field, over which the bond appears as an effective response to resize them in the continuity of the clinical work. The psychoanalyst's ethical position, in the face of this work experience in a CAPS, consists of the recognition of differences, placing the crisis within the scope of the discussions, as well as the claim of the bond as a work device by the team members.

Keywords: Mental Health; Crisis; Psychoanalysis; Crisis intervention; Multidisciplinary team.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CSM.....	Centro de Saúde Mental
NAPS.....	Núcleo de Atenção Psicossocial
PS.....	Pronto Socorro
PTS.....	Projeto Terapêutico Singular
RAPS.....	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU.....	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TR.....	Técnico de Referência

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	13
REFORMA PSIQUIÁTRICA, EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CRISE	19
OBJETIVOS	27
MÉTODO E PROCEDIMENTOS.....	28
1. O PALCO DO DESENTENDIMENTO E DA DESAUTORIZAÇÃO	33
INTERDISCIPLINARIDADE: PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA E APROPRIAÇÃO	34
CAMPO DA DIFERENÇA, CAMPO DO DESENTENDIMENTO	43
A CONFUSÃO DE LÍNGUAS E A DESAUTORIZAÇÃO DAS MÚLTIPLAS PERCEPÇÕES ...	48
2. A CRISE E SUAS MÚLTIPLAS CONCEPÇÕES.....	62
A CRISE E A ASCENSÃO DA PSIQUIATRIA	64
CONCEPÇÕES NORTE-AMERICANAS DE CRISE E OS PRINCÍPIOS DE PSIQUIATRIA PREVENTIVA	74
A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA E AS CONCEPÇÕES ITALIANAS DE CRISE	81
PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL E PSIQUIATRIA DE SETOR E AS CONCEPÇÕES FRANCESAS DE CRISE	89
A PLURALIDADE CIENTÍFICO-ACADÊMICA DAS MÚLTIPLAS CONCEPÇÕES DE CRISE...92	
3. DESAUTORIZAÇÃO E DESENTENDIMENTO NO COTIDIANO DA INSTITUIÇÃO	104
SITUAÇÃO 1 – DANI NÃO ESTÁ EM CRISE	105
SITUAÇÃO 2 – CHAME (PEL)O MÉDICO!	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS.....	125

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela Saúde Mental data de 2009, quando estava na graduação em Psicologia no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. É requisito para a obtenção do título de psicólogo a disciplina e o respectivo estágio em Psicopatologia, que foi realizado em um hospital psiquiátrico no município de São Paulo. Ao lado dos meus colegas, nossa tarefa era acompanhar e escutar um paciente internado pelo período de um semestre para que, ao final, escrevêssemos um relatório que seria entregue a nossa supervisora. Ela nos apresentava uma série de conceitos psiquiátricos e psicanalíticos que nos auxiliariam na chamada “compreensão” do que o paciente nos falava. Ao final, produzimos um texto, ao qual, por sorte, o paciente e a instituição jamais tiveram acesso, em que descrevíamos aquela pessoa com traços de “psicopatia”, já que nos encontramos, segundo nossa leitura, ela procurava nos seduzir com a intenção de sair do hospital.

Sorte, em primeiro lugar, pois os efeitos daquela escrita nós não poderíamos acompanhar e nos implicar, pois o estágio terminaria e, muito provavelmente não veríamos mais aquela pessoa. Em segundo lugar, porque os elementos necessários à elaboração do relatório nunca cogitaram qualquer reflexão sobre o equipamento hospitalar, a privação da liberdade, as relações de poder ou quaisquer outras ideias de que incluíssem nossa participação na construção do que é nomear “o que é loucura” e “o que não é”.

Pouco tempo depois, iniciei um projeto de pesquisa com a professora Vera Sílvia Facciola Paiva, coordenadora do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS-USP), do Instituto de Psicologia, sobre a prevenção e promoção da saúde no campo da infecção por HIV/AIDS. Aprendi um tanto a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes e princípios, bem como sobre alguns operadores da chamada Clínica Ampliada: um modo de aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, integrando a equipe de profissionais da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado singular, com a criação de vínculo com o usuário do SUS. Foi em uma das atividades que eu realizava com a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer* e intersex (LGBTQI) que conheci algumas

trabalhadoras do Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS) responsável por aquela região. Elas conversavam no meio-fio da calçada com uma das travestis que há alguns dias se queixava de ouvir vozes que a mandavam pôr fogo em seu próprio quarto. Não cabe entrar em detalhes daquele atendimento, mas eu me interessei pela condução da situação por parte das profissionais, e também pelo caso da paciente. Ao final, em uma breve conversa, elas me informaram sobre o programa de Aprimoramento em Saúde Mental na instituição onde elas trabalhavam e que, ao final da graduação, eu poderia pleitear uma vaga. Fui aconselhado a refinar minha clínica e também a aproveitar ao máximo de experiências sobre Saúde Pública que a universidade poderia me oferecer, pois elas seriam critérios obrigatórios no processo seletivo. Passei, ainda na graduação, a frequentar mais aplicadamente as disciplinas, fóruns e grupos de estudo sobre Psicanálise. Em meio à Saúde Mental e à Saúde Pública, meu interesse pela metapsicologia freudiana e pela clínica psicanalítica também cresceu.

Após terminar a graduação em Psicologia, consegui a vaga no Programa de Aprimoramento em Saúde naquele CAPS ao qual me referi, o CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, conhecido também por CAPS Itapeva, nome da rua onde está localizado. Lá, aprendi a intervir sobre o discurso de pessoas cujas experiências de vida num hospital seriam esquecidas ou silenciadas. Depois de concluir o Aprimoramento, fui trabalhar em outros CAPS, interessado na assistência e no trabalho na Saúde Pública, além do meu consultório particular.

Ainda que trabalhar em um equipamento de Saúde Pública se configure como uma de minhas realizações enquanto profissional, o exercício clínico na instituição é carregado de frequentes conflitos. No limite, essas discussões, às quais voltarei no desenvolvimento deste trabalho, põem em xeque as diferentes éticas que orientam o tratamento em Saúde Mental.

É importante informar que tratar desses diferentes conflitos não era o objetivo inicial do meu problema de pesquisa, que surgiu de maneira inusitada. Quando concorri a uma vaga para o Mestrado, em paralelo às orientações de trabalho de conclusão de curso no Programa de Aprimoramento Profissional, do qual hoje sou um dos colaboradores, pretendia percorrer um campo de interesses que já se faziam presentes: uma articulação entre a psicose e a

angústia construída por meio de subsídios metapsicológicos. Eu já havia lido algumas vezes o texto “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia”, de Freud (1911/2010), e me perguntava se seria possível uma nova leitura, articulada às minhas recentes experiências com o campo da Saúde Mental.

A pesquisa, entretanto, tomou outros rumos. Nas reuniões coletivas de orientação no Laboratório de Psicanálise e Análise do Discurso (Lapsi-PSA), meus colegas notavam o quanto eu chegava esbaforido, já que eu vinha direto do CAPS e, várias vezes, havia graves intercorrências. Eu contava um pouco sobre as situações e era acolhido, fato a que sou extremamente grato. Em uma dessas vezes, cheguei para a reunião com a roupa suja de café, recém-jogado por uma usuária, e compartilhei a história com eles, inclusive minha irritação com ela¹. Uma colega, já mais experiente na clínica e avançada na escrita da dissertação, sugeriu que eu tratasse justamente destas questões no meu mestrado, isto é, compartilhar e tecer os percalços e reflexões que surgem a partir da clínica no CAPS. De prontidão, falei que já havia inúmeros escritos sobre Saúde Mental, inclusive sob aporte psicanalítico; ela riu, pois o interesse específico que ela e meus outros colegas de orientação tinham era de saber “como”, na instituição, meus colegas psicanalistas e eu entendíamos e manejavamos as “situações de crise psíquicas”.

Abandonei a leitura sistemática que estava fazendo do texto freudiano sobre o presidente Schreber, e comecei a pensar nas diferentes situações de crise psíquica que testemunhávamos na instituição. E, além disso, dei-me conta que a maioria dos pacientes que atendia em consultório, na época do início desta pesquisa, vieram encaminhados porque estavam em crise, fossem por meus colegas psiquiatras, que me diziam que “a coisa estava difícil”, ou por colegas psicólogos e não psicólogos que sabiam que eu “cuidava de casos graves”.

¹ O termo “usuário” denota um significado mais abrangente que diz respeito àquele que é diretamente tratado, a algum membro da família, ou ao próprio gestor. Neste sentido, usuário é cada um que desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público (Ferreira, 1999). Nesta pesquisa, escolhi utilizar a palavra “usuário” em referência às pessoas tratadas no serviço público. Para as pessoas tratadas em consultório psicanalítico privado, utilizei a palavra “paciente”. Considera-se que nos serviços de saúde, “o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado” (Brasil. Ministério da Saúde, 2008, p. 69).

Naquele momento, voltei minha atenção, então, às produções concernentes ao campo da Saúde Mental, mas também às mudanças que ocorriam a respeito dessa política pública no Brasil. Desde o *impeachment* sofrido pela presidenta Dilma, até dias atuais, a Saúde Mental vem sofrendo muitos prejuízos, com o desmonte gradual de uma política pública construída com muito esforço em mais de trinta anos, e, deste modo, “cuidar em liberdade”, um dos lemas da Reforma Psiquiatria brasileira, tem se tornado um desafio cada vez maior. Em consequência, iniciei o estudo de algumas obras sobre política e democracia, que influenciaram meu percurso até aqui, e em conjunto com a minha orientadora, Ana Maria Loffredo, decidimos iniciar estágio extracurricular com alguns alunos do 4º ano da graduação do Instituto de Psicologia que, interessados no tema, frequentaram o CAPS durante o segundo semestre de 2019, e participaram de atendimentos em conjunto com outros profissionais da instituição.

Quanto ao cotidiano do trabalho, passei a me atentar para as situações anunciadas como “crise”, porque esse é um termo de bastante frequência no cotidiano das instituições onde trabalhei e, provavelmente, porque havia um excesso dessa palavra em manchetes de jornais e páginas de Internet, referindo-se ao cenário político e econômico de vários países. De algum modo, anunciar qualquer situação como crise não está livre de consequências, e, muitas vezes, era a crise que declarava o esgotamento da equipe e justificava as internações. E, mesmo quando não era o caso de internar, não foram poucas as situações que ouvi “na crise não tem o que fazer”, “na crise não tem escuta” ou “na crise o melhor é medicar”, *ainda que não houvesse discussões nossas sobre o que estávamos chamando de crise*.

Ainda assim, meu problema de pesquisa não estava muito claro para mim. Para a Banca de Qualificação, apresentei um conjunto de produções em Saúde Mental que versavam sobre crise, e embora eu tenha tentado encontrar pontos em comum entre os textos, isso foi um trabalho bastante difícil. Foi possível perceber que as diferentes concepções de crise têm a ver com o que se faz com ela, isto é, a partir do momento em que se nomeia uma situação como “de crise”, há, subjacentemente, uma intenção em como manejá-la. *O problema situa-se em, justamente, não pôr claro esta intencionalidade, e, portanto, não informar*

quais os parâmetros que definem qualquer situação como de crise. Este significante, por ser aberto a diversas significações, indicava uma complicação, ainda que eu não soubesse claramente qual seria ele.

Desse modo, o problema da pesquisa foi se desenhando em questão: o que acontece quando as diferentes concepções de crise não são colocadas em debate pela equipe multiprofissional? E mais: enquanto psicanalista, como participar, de modo implicado, desse debate, sem apresentar uma definição absoluta de crise que fosse tomada por consenso por todos, necessariamente? Essas questões tornaram-se, então, um fio condutor da minha pesquisa que versa, em específico, não apenas em apresentar as múltiplas concepções de crise na Saúde Mental, mas também em problematizar os efeitos de não se evidenciar essa pluralidade, tornando o termo como consenso.

INTRODUÇÃO

A palavra “complexo” ganhou direito de cidadania na psicanálise, como um termo conveniente, e muitas vezes indispensável... Nenhum dos outros nomes e expressões que a psicanálise necessitou cunhar alcançou tamanha popularidade e teve aplicação tão abusiva, em detrimento de formulações conceituais mais precisas.

(Freud, 1914/2012, pp. 275-276)

Quando se escolhe ser psicanalista, não nos referimos a algo como “complexo”, aleatoriamente. Ainda que estejamos utilizando o uso comum da palavra como sinônimo de “difícil”, ou mesmo desejando caracterizar algo como composto de inúmeras partes interligadas entre si, resta certo desconforto se não precisarmos o que queremos dizer. Nas “Conferências Introdutórias à Psicanálise, Freud (1916-1917/2014) escreve que, ainda que haja relação entre uma ideia inicial de qualquer coisa que nos ocorre livremente e um determinado contexto, essas mesmas *“associações permitem reconhecer um outro [contexto], com um grupo de pensamentos e interesses de alto teor afetivo, os chamados complexos, cuja atuação é, naquele momento, desconhecida, isto é, inconsciente* (p. 146, grifos nossos). Desse modo, como propõe Osmyr Gabbi Jr (1994), Freud, por influência do pensamento de Stuart Mill, propôs um método de investigação do fenômeno mental, que tem por perspectiva fragmentá-lo, ou seja, o trabalho da interpretação, explicitado, por exemplo, em 1900, que é feito em detalhe, pois subjaz a ele o que se considera do sonho como um material composto “como um conglomerado de formações psíquicas” (Freud, 1900/2019, p.135).

Para além de indicar a proposta da psicanálise de fazer do inconsciente seu objeto, a passagem acima revela a ética sustentada por esse referencial teórico, pois, ao reconhecer múltiplas circunstâncias associadas a um determinado contexto, ela reassegura que não há nas palavras um sentido único, já cada um de nós carregamos nossas experiências, nossos afetos, e enfim, nossas próprias histórias, que devem ser legitimadas. Essa dimensão singular não exclui, por outro lado, que certas palavras sejam usadas com mais

frequência em determinadas circunstâncias, e um bom exemplo disso foi dito a nós por um usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual o autor desta pesquisa exerce a função de psicólogo. Durante os atendimentos desse usuário nos quais, frequentemente, perguntávamos-nos sobre a importância que ele atribuía àquele espaço, ele sempre perguntava, ao final, quando seria seu próximo *meeting*, despertando-nos curiosidade pelo uso da palavra. Certa vez, um de nossos colegas, intrigado, resolveu perguntar sobre a escolha da palavra, e ouvimos do usuário, de modo sorridente, que ele tinha trabalhado por anos em ambiente corporativo, onde a palavra *meeting* era um hábito, e se referia aos encontros importantes e decisivos. Esse esclarecimento foi tão importante para nós, que deixamos de nos preocupar com a importância que ele dava aos atendimentos.

Certas palavras, assim como o meio corporativo que nosso usuário citou, atestam a identidade de um determinado campo, e nós, trabalhadores da Saúde Mental, também temos nossos hábitos linguísticos, embora, muitas vezes, não fiquemos intrigados pelo seu uso. Termos como “escuta qualificada”, “terapêutico”, “sofrimento”, “gravidade” e “crise” são bons exemplos, e o estranhamento em relação a eles ocorre, principalmente, quando nos encontramos com alguém que pertence a outra esfera de trabalho. Pedimos licença para o uso de um outro exemplo, mas ele ilustra bem essa situação: em determinada ocasião, uma usuária apresentou grave agitação psicomotora em horário muito próximo do encerramento do expediente do CAPS, e não conseguiríamos garantir cuidados noturnos para ela, e então, telefonamos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para que a levassem ao Pronto-Socorro (PS). Informamos a situação para o profissional, qualificando-a como “muito grave”, quando ele nos questionou se a pessoa sobre quem falávamos estava infartando ou tinha sofrido algum acidente com lesão aparente. Embora tenha atendido nosso pedido, o profissional ressaltou que a situação não era grave, destacando as situações cuja urgência se destinavam a prioridade dos atendimentos.

O profissional do SAMU informou-nos claramente o que aquele serviço nomeava por gravidade, e não resta qualquer dúvida o que “infarto” e “acidente com lesão aparente” querem dizer, pois subjaz a essa precisão discursiva o

modelo biomédico que classifica as enfermidades, para as quais há respostas e tratamentos determinados. Mas como fazemos nós, trabalhadores de saúde mental que, embora agentes de uma política pública comum, a Saúde Mental, possuímos leituras singulares dos fenômenos que acolhemos, com concepções de sujeito e de patologias igualmente singulares entre os diferentes membros da equipe multiprofissional?

Como resposta, passamos a valer como consenso alguns dos termos, apagando as diferenças de concepções supracitadas, em prol das respostas que precisamos dar a situações que são difíceis de serem experimentadas pelos membros da equipe. Referimo-nos às situações já trazidas como exemplos nessa introdução, como também momentos em que os usuários recusam os tratamentos propostos, às situações de conflito vivenciadas na instituição, às manifestações de agressividade, ou mesmo a quando surge a impressão de que o tratamento não evolui. Para cada uma delas, renomeadas como “crise”, a equipe se inclina a criar respostas que informam sobre os entendimentos acerca dos acontecimentos de que se trata, e sobre os diferentes modos que as concepções sobre tais fenômenos empregam para tratá-los, mas sem tomá-los como cerne da discussão. É justamente no campo das decisões, e geralmente, em uma intervenção sobre o usuário, da qual ele, muitas vezes, não compartilha, que se revela que o consenso, aqui entendido pelo ato de nomeação de uma situação como de “crise”, oculta o conflito entre as diferentes concepções entre os membros da equipe. A cena a seguir, vivenciada pelo pesquisador, que serviu de ponto de partida de nossa pesquisa, ilustra a situação em que essa problemática se apresenta.

Mario fazia tratamento no CAPS em que trabalho há alguns anos, e seu irmão, Gabriel, fazia acompanhamento em uma outra instituição de saúde mental². A decisão de separar os tratamentos dos irmãos, em estabelecimentos diferentes, respeitava a construção do caso clínico, já que a equipe temia que pudesse haver muitas interferências nas propostas de cuidado para cada um deles, caso houvesse mistura

² Nomes fictícios.

dos lugares ocupados por eles na instituição. Isto é, haveria dificuldade, por parte da equipe, em manejar situações em que ora Mário ocuparia lugar de usuário da instituição, ora ocuparia o lugar de familiar de Gabriel, e vice-versa. Situações em que pessoas com parentesco próximo fizeram tratamento, concomitantemente, no CAPS não foram interessantes, pois os usuários, em vez de se ocuparem do próprio tratamento, ficavam mais interessados no tratamento do familiar. Além disso, a relação entre Mário e Gabriel não era harmoniosa. Residiam com os pais, e ouvíamos com frequência, nos atendimentos de Mário, que brigavam muito, e por vezes, agrediam-se fisicamente, mas até então, essas situações eram contornadas por eles próprios.

Certo dia, Mário chegou ao CAPS contando que ele e o irmão haviam empunhado facas e brigaram muito, e deparei-me com os braços machucados do usuário. Ele dizia, com muita raiva, que o irmão estava fazendo uso intenso de múltiplas drogas, desrespeitando seus pais. Entre as múltiplas estratégias de cuidado que realizamos naquele dia, uma delas foi entrar em contato com os membros da equipe do CAPS de Gabriel, que também estavam muito preocupados com a situação atual. Em caráter de urgência, fizemos uma reunião entre as duas instituições, e decidimos realizar uma visita domiciliar aos dois, em conjunto, que aconteceria nos próximos dias.

Uma parceira do trabalho e eu fomos nessa visita, e um pouco antes, encontramos-nos com as colegas do outro CAPS para chegarmos juntos à residência dos usuários. Eu já conhecia aquelas profissionais de outras reuniões e fóruns de saúde no município, e gostava muito do modo como trabalhavam, e então, eu estava muito à vontade de estar com elas, mesmo com a situação difícil que poderia nos aguardar.

Quando chegamos à casa dos usuários, fomos recebidos pelos pais que, já de início, nos agradeciam por estarmos ali. Eles tinham preparado uma mesa farta, havia bolos, sanduiches, garrafas de suco e uma jarra de café, além de alguns copos vazios. Mário estava sentado à mesa, e sua expressão não era tão receptiva quanto a de seus pais. Ele estava bravo, claramente, e dizia que o “infeliz estava

trancado no quarto fumando maconha”. Após nos sentarmos à mesa, ele conversava de forma muito séria com as profissionais do CAPS de seu irmão, embora se dirigisse à minha colega e a mim com mais afeição. Esperamos por seu irmão, que ainda estava no quarto, e então Mário berrou para que ele se juntasse a nós.

Gabriel veio ao nosso encontro, e parecia mais agitado. Agradecia a nossa visita, sentava-se e levantava-se da cadeira muitas vezes, e, quando em pé, ficava frente à televisão da sala, dando risadas e balbuciando algumas palavras que não conseguíamos ouvir. Mário ficou mais irritado, e passou a cobrar explicações da equipe de saúde que acompanhava Gabriel, isto é, “como deixavam seu irmão daquele jeito, sem fazer nada”. Minha colega e eu tentávamos chamar Gabriel para que conversasse conosco, e ele retornava, enchia os copos com suco, derrubando por toda a mesa, e voltava para frente da televisão. Ele fez isso algumas vezes.

Tentamos por alguns minutos manejar a situação. Minha colega tentava conversar com Gabriel, que olhava fixamente para o chão, mas só ouvia os risos que ele emitia, e os gritos de Mário, que ficava cada vez mais impaciente. E foi assim que a situação chegou ao limite: uma das colegas que cuidava de Gabriel, no outro CAPS, afirma, em alto tom, que para aquela situação não havia conversa, pois Gabriel estava em crise, sem escuta, e deveria ser internado. Minha colega e eu nos mantivemos em silêncio. Enquanto ela orientava os pais e Mário como deveria ser essa internação, eu me perguntava quem não tinha mais conversa, mas, ao mesmo tempo, não me sentia autorizado a fazer qualquer pontuação a respeito dessa dúvida. Eu não sabia se aquela pontuação havia sido dirigida a nós, ao usuário, ou a ela mesma. Não foi possível internar Gabriel, naquele momento, mas a conduta já havia sido dada, para o dia seguinte. Despedimo-nos e fomos embora, mas dessa vez, separados.

Esta situação suscita uma questão fundamental: de quem é a crise enunciada por nossa colega? Se por um lado, nomeá-la como tal justificava a internação do usuário, por outro, ela denunciava que, naquela situação, não

havia a oportunidade para que construíssemos um raciocínio clínico que considerasse as diferentes compreensões sobre o que estava acontecendo. Não pudemos levar em consideração que a apresentação sintomatológica de Gabriel, sob o olhar das profissionais que cuidavam dele, despertavam forte preocupação. Não pudemos problematizar que, provavelmente, as pontuações realizadas por Mário tornavam a situação mais difícil de suportar, inclusive para Gabriel, que não conseguia estabelecer algum contato conosco. Não pudemos levar em consideração alguns dos objetivos da visita domiciliar, que visavam, inicialmente, a intervir sobre os conflitos emergidos entre os irmãos, incluindo a leitura dos pais dos usuários sobre as situações difíceis que eles manejavam, cotidianamente. Dentre as múltiplas compreensões que poderíamos ter daquele momento, uma se sobressaiu, como já dito, a compreensão de que o comportamento do usuário justificava sua internação. Desse modo, a crise serve como um “ponto final”, um consenso, desautorizando quaisquer outras perspectivas sobre a situação emergente.

Vale destacar, portanto, que a existência de múltiplas perspectivas sobre crise, que envolvem fundamentações éticas distintas, não se constitui como um problema em si. Ele se origina, justamente, no preciso momento em que a “crise”, tomada como um consenso que desautoriza as múltiplas percepções, produz obstáculos significativos ao exercício da clínica realizada em um CAPS, que deve posicionar no núcleo do cuidado o protagonismo do usuário e o que ele diz da própria experiência de adoecimento e sofrimento.

Parafraseando o trabalho da colega Patrícia Burgos Leite (2019), são os diferentes usos e efeitos das palavras que podem perfazer a investigação de um psicanalista no campo da Saúde Mental, revelando, ao mesmo tempo, sua posição ética e as suas contribuições. Nossa perspectiva condiz em assegurar a complexidade da crise, remetendo-nos a um caráter estrutural que fundamenta a forma como se derivam as associações (Loffredo, 1999) e, portanto, não à sua dimensão de dificuldade, mas essas múltiplas associações permitem reconhecer outros contextos, desconhecidos pelos atores que, cotidianamente, implicam-se no trabalho em saúde mental.

Reforma Psiquiátrica, equipe multiprofissional e crise

Consideramos necessária a contextualização desse trabalho em equipe em Saúde Mental, bem como o interesse pelo atendimento à crise, levando em conta o protagonismo do usuário no próprio tratamento. Para isso, optamos por apresentar uma perspectiva histórica, a fim de situar o campo de investigação.

Após o fim da II Guerra Mundial, o tratamento asilar em Saúde Mental, pautado nos manicômios, passou a ser fortemente interrogado e modificado. Paulo Amarante (2011) apresenta algumas tentativas isoladas de transformação do equipamento hospitalar na Europa, que antecederam a 1945, mas é só a partir desse ano que surgem as experiências mais marcantes de Reforma Psiquiátrica. São elas a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor francesas, a Psiquiatria Preventiva norte-americana e a Psiquiatria Democrática italiana, e cada qual, influenciaram o modo como tratamos, atualmente, as pessoas portadoras de transtorno mental.

A Psicoterapia Institucional francesa, liderada pelo psiquiatra catalão François Tosquelles, apoiava-se na perda de qualquer possibilidade terapêutica exercida no hospital, sendo necessária a reforma dos processos de trabalho, a se dar pela ampliação dos diferentes referenciais teóricos sobre saúde mental e loucura, além da necessidade de acolhimento para a construção de suporte aos pacientes do hospital Saint-Albain. Influenciada pela leitura psicanalítica, a Psicoterapia Institucional apresentava o argumento do potencial terapêutico dentro do hospital, onde todos “deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais” (Amarante, 2011, p. 44-45).

A Psiquiatria de Setor surge da limitação derivada da Psicoterapia Institucional, em que o trabalho externo ao manicômio era requisitado. Como forma de dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) nos diferentes setores administrativos das regiões francesas com a finalidade de se evitar a reinternação³. Lucien Bonnafé foi o principal ator desta modalidade, propondo subdividir o espaço interno do

³ No Brasil, seriam equivalentes a uma região administrativa de saúde, como por exemplo, as regionais de saúde na cidade de São Paulo (central, oeste etc.).

hospital para que as pessoas que fossem oriundas do mesmo setor, quando fossem internadas, ficassem juntas. Essa configuração estreitaria os laços comunitários entre as diferentes pessoas, além de que a continuidade do tratamento seria realizada pela mesma equipe, ou seja,

a equipe [enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que passaram a ter novo protagonismo nas políticas de saúde mental] passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse a alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fator positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. (Amarante, 2011, pp. 46-47)

É uma das primeiras vezes que vemos o trabalho multiprofissional em saúde mental ser legitimado, e o retorno ao hospital, se necessário, ganharia um caráter mais sensível em comparação às contenções mecânicas feitas de forma brusca e sem qualquer vínculo antecedente.

Nos Estados Unidos, as bases teóricas e propostas de intervenção da Psiquiatria Preventiva foram descritas por Gerald Caplan (1964/1980), importante teórico do campo psiquiátrico para a crise psíquica. Diferentemente das outras experiências que abordamos neste texto, as transformações na assistência psiquiátrica norte-americana decorreram do pós-Guerra do Vietnã, e a proposta da Psiquiatria Preventiva “referenciada pelo próprio presidente Kennedy, produziu uma perspectiva de salvação quase milagrosa para um país com grandes problemas sociais e políticos” (Amarante, 2011, p 48). A proposta de Caplan se organiza em três eixos: a conceituação de prevenção primária, a conceituação de crise como explicação para as perturbações mentais, e o desenvolvimento de um modelo de prevenção primária a partir do conceito de crise. Essa conceituação parte de uma linearidade do processo saúde – doença, acrescida do conceito de “desvio”, que diz respeito a qualquer comportamento desadaptado ao socialmente estabelecido. Neste contexto de resplendor do saber psiquiátrico, toda doença mental, entendida como desordem, poderia ser prevenida para garantia do bem-estar social:

A “busca de suspeitos”, expressão utilizada pelo próprio Caplan, foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente. Caplan entendia que uma pessoa suspeita de ter um distúrbio deveria ser encaminhada a um psiquiatra para investigação diagnóstica, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. Criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeito de desordens mentais. (Amarante, 2011, p. 48)

Sabe-se que o efeito desta estratégia, que deu base à criação de vários centros comunitários no território norte-americano, fez aumentar expressivamente a demanda em psiquiatria, tanto para estes novos centros quanto ao próprio hospital psiquiátrico.

Por último, é imprescindível referir-se à experiência italiana, que teve Franco Basaglia como protagonista desse movimento, e que, acompanhado de alguns colegas, propuseram reformar o hospital de na cidade de Gorizia. Influenciados pelas premissas da Psicoterapia Institucional, eles tentaram sistematicamente aplicar estratégias administrativas e de humanização, com o intuito de tornar o hospital, de fato, um lugar de tratamento, mas fracassaram ao notar que o hospital, em si, carregava a possibilidade de mortificação e de des-historização. É bem provável que esta percepção tenha sido influenciada pelas ideias tanto de Michel Foucault, como de Erving Goffman, e sabemos que foram elas que ajudaram a sustentaram a proposição basagliana de que a psiquiatria precisaria ser negada enquanto ideologia (Amarante, 2011).

Ronald Laing (1978/1990) e David Cooper (1977) também contribuíram ao escopo conceitual da Psiquiatria Democrática, denunciando os maltratos das pessoas ditas loucas não apenas no ambiente hospitalar, como também na família e na sociedade. Suas hipóteses centrais eram que “o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as condições existentes na família e na sociedade” (Laing, 1978/1990, p.52), sendo fundamental para estes autores o entendimento da loucura como determinada expressão da experiência do sujeito em relação ao ambiente social:

Enquanto nós formos sãos e ele louco, assim será. Mas a compreensão como esforço de alcançar e entendê-lo, enquanto nos mantemos dentro do nosso mundo e julgá-lo através das nossas categorias das quais ele inevitavelmente fica aquém, não é o que ele quer nem o que requer. Temos de reconhecer em todos os momentos a sua distintividade e diferença, a sua separação e solidão e desespero. (Laing, 1978/1990, p. 36)

Esta tese é, também, de alguma forma atestada por Erving Goffman (1961/2018), embora ele não participasse oficialmente da Antipsiquiatria. A concepção que faz com que seu nome seja frequentemente associado ao movimento está presente em “Manicômios, prisões e conventos”, ao afirmar que, aquilo que a psiquiatria chama de curso natural da doença, é, na verdade, a carreira moral do doente. Para Amarante (2011), a Antipsiquiatria não foi, de fato, uma experiência de Reforma, mas sim de rompimento com o paradigma psiquiátrico, e sua influência mundial se deu, predominantemente, pelo valor teórico-conceitual, e não pela experiência de qualquer prática exitosa.

A expressão máxima da Reforma italiana ocorreu alguns anos depois, já na década de 1970, na cidade de Trieste, quando Basaglia e a maior parte de sua equipe desmontaram o hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que criaram uma série de equipamentos extra-hospitalares. Essa chamada desmontagem da estrutura manicomial contou com uma série de influências da Psicoterapia Institucional, da Psiquiatria de Setor e mesmo da Psiquiatria Preventiva, com a pretensão clara de que a função asilar do hospital caducasse. O sucesso dessa empreitada, que também se deu em articulação com outras esferas da sociedade italiana, como as cooperativas que garantiam inserção social real, e os serviços residenciais para as pessoas que viveram muitos anos no hospital, garantiu a disseminação da experiência, e inclusive compôs as fundações do nosso cenário brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve origem no final dos anos 70, e diferentemente de outros países, não é possível contextualizá-la sem a dimensão da Reforma Sanitária⁴. Como diz Silvio Yasui (2010):

a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começam a se apresentar [no começo da década de 80], no cenário nacional, como um processo não apenas de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas como um projeto de redemocratização. (pp. 38-39)

Esse autor disserta sistematização interessante dos dimensionamentos das estratégias de luta pela Reforma Sanitária: “a politização da questão da saúde, visando a aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária, a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos” (p.31). É válido citar que, já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 17 a 21 de março de 1986, evento fundamental para a construção do SUS enquanto política pública, a reivindicação da composição multiprofissional das equipes de saúde constituiu-se como princípio fundamental, com o objetivo de considerar “as necessidades da demanda de atendimento de cada região em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial” (Brasil, 1986, p.11).

Ressalta-se que, no mesmo período, a saúde mental no Brasil traçou um caminho parecido, de politização da questão da saúde mental, principalmente na luta contra as instituições psiquiátricas. Essa luta se deve, segundo Tenório (2002), às condições de trabalhos cada vez mais insuficientes, às violências e

⁴Nascida no contexto da luta contra a ditadura, a Reforma Sanitária é a expressão utilizada para se referir às ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas a crítica ao regime ditatorial, mas a todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Alguns subsídios do movimento surgem da discussão sanitarista-desenvolvimentista que teve origem no país, em meados da década de 1950. A crítica sanitarista-desenvolvimentista expressa o modo como o Estado atua na economia e as consequências para a condição sanitária da população; desse modo, traz-se à tona a consideração da relação entre pobreza e doença, e portanto, a necessidade de transformação social e política do país (Baptista, 2014).

abusos ocorridos no interior dos hospitais, de onde se originavam diversas denúncias, e ao aumento expressivo de novos internados nos manicômios. Como qualquer movimento de luta não passa sem consequências, este permitiu “reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural” (Yasui, 2010, p.31).

Como algumas dessas estratégias de cuidado, citamos o CAPS Adulto Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo, e que acolheu, ao longo dos anos, profissionais de diferentes orientações teóricas e de formação, que provinham das mais variadas vivências expressas na Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental. Jairo Goldberg (1992), um dos fundadores desse CAPS, em sua dissertação de mestrado, que descreve o momento da inauguração da instituição, já afirmava que “foi no decorrer dos primeiros anos que se firmou para o projeto [CAPS] a ideia de que um tal trabalho só poderia se desenvolver com uma estrutura fundada integralmente na equipe” (p. 94). Designada por esse autor como “coletivo”, a equipe “aí está como instâncias de um amplo processo terapêutico, que se desenha conforme as emergências dos pacientes no fluxo de relações institucionais (p. 95).

Em 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, determinou-se a quebra com a lógica manicomial, por meio da descentralização e da intersetorialidade das ações levando-se em consideração uma rede de cuidados com recursos do território e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Segundo Fernanda Nicácio (1994), a experiência de Santos que fora sobremaneira influenciada pela psiquiatria democrática italiana, visava ao “manicômio no avesso” (p. 67).

É apenas em 1990, com a Lei nº 8.080, que regula o Sistema Único da Saúde, aprovado em 1988, que se dá início à implementação da saúde como direito no País, levando-se em conta os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Em meio ao caos implantado pela política neoliberal aprovada no governo Collor, o SUS dava seus primeiros passos.

Entretanto, serviços altamente complexos, como o CAPS e o NAPS, não existiam para o SUS. Onze anos depois, com a Lei 10.216/2001, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”, a Atenção Psicossocial se consolida enquanto política pública de saúde mental oficial no Brasil. Outro marco legal que contribuiu para a consolidação de tal modelo de Saúde Mental é a portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, na qual constam diferentes tipos de CAPS, definidos de acordo com a população atendida e horário de funcionamento.

Fundamental ressaltar que os CAPS são apenas um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como proposta na portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que se constrói a partir da articulação da rede dos variados serviços de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico. Porém, para que o cuidado comunitário e de base territorial se efetue, não é possível resumi-lo ao conjunto dos serviços de saúde articulados em rede. A necessária intersetorialidade aponta para o permanente trabalho de articulação com outras associações, serviços, cooperativas e variados espaços das cidades, das mais diferentes áreas. Mais ainda, a noção de território remete aos diferentes saberes e potencialidades da comunidade, que comparecem como recursos na construção coletiva de soluções em saúde mental.

É difícil apresentar as tarefas realizadas por um CAPS. Muitas vezes, pautamos a discussão através da descrição dos procedimentos (atendimentos, grupos, oficinas etc.), quando a discussão sobre as transformações do paradigma manicomial compõe o foco de nosso interesse. Como nos bem lembra Amarante (2011), em um dos últimos textos de sua autoria, Franco Basaglia escreve que, se um dia, a experiência de Trieste fosse relatada, ele gostaria que “não fosse por meio de datas, números de atos legislativos ou portarias de serviços, mas pela história de vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação” (p. 59). Entretanto, no nosso contexto de Saúde Mental, enquanto política pública, não se deve dispensar o trabalho de construir alguma sistematização das tarefas oferecidas e realizadas pelo SUS, já que é, a partir delas, que se constroem os diferentes indicadores que movimentam o motor da própria política pública por meio de financiamentos.

Com a finalidade, então, de garantir algum balizamento para as tarefas oferecidas, considerando-se os diferentes contextos de implementação da política pública de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou alguns manuais com algumas séries de orientações. Em 2004, foi lançado o manual “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”. Orientado por meio de perguntas - “O que é o SUS?”, “Quem pode ser atendido no CAPS?” e “Quais os dias e horários de funcionamento do CAPS?” -, os diferentes tópicos pretendem apresentar de forma clara, tanto para usuários como trabalhadores a política pública nacional de Saúde Mental. Na página 17 deste mesmo documento, quando se abordam as diferentes atividades que o CAPS realiza, como os atendimentos individuais, atendimentos em grupo etc., encontra-se a passagem que cita que “o sucesso do *acolhimento da crise* é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (grifos meus). Em seguida, no mesmo parágrafo, escreve-se que “os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares” (p.17). Em acréscimo, na Portaria nº 854 do Ministério da Saúde, que formaliza as ações prestadas pelos serviços públicos de saúde, o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), encontramos que a atenção às situações de crise define-se como

ações entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e preservação de vínculos. (n. p)

Não é possível deixar de concluir, que as diferentes atividades terapêuticas listadas, de algum modo, garantem o acolhimento da crise⁵, fato que nos remete, novamente, à nossa questão de pesquisa, que se refere à multiplicidade de noções de crise que estão subjacentes nas intervenções elaboradas pelos profissionais de saúde mental. Como bem evidencia o parágrafo do manual que acabamos de ler, há certa garantia proposta pela política pública, de que os CAPS poderão acolher as diferentes experiências de crise. Ao mesmo tempo, como apresentamos no começo deste nosso escrito, a crise parece trazer a premissa da autorização máxima da intervenção da equipe sobre o usuário, e se os CAPS se propõem a situar a palavra do usuário no centro do cuidado, a crise parece deter então o *estatuto máximo das contradições* construídas no campo da saúde mental. Essas contradições configuram um impasse que denota, em parte, um de problema de difícil solução.

Objetivos

Este trabalho objetiva demonstrar que sob a noção de “crise”, que muitas vezes, é tomada como um consenso no campo da Saúde Mental, subjazem múltiplas concepções e diferentes ancoragens teóricas. Investiga-se, como consequência, os problemas pertinentes à ausência do reconhecimento dessas diferenças, ilustrados a partir de cenas do cotidiano do trabalho em uma equipe multiprofissional de um CAPS do município de São Paulo. Por último, elabora possíveis contribuições da psicanálise para o trabalho em equipe, considerando que este referencial teórico-metodológico não se presta a trazer uma nova concepção de crise, mas sim evidenciar os efeitos concernentes ao desentendimento associados a esse termo, frequentemente, empregado no campo da Saúde Mental.

⁵ Rosana Onocko Campos e colaboradores (2012) traçam algumas problematizações em torno da Saúde Coletiva e da Psicanálise, sendo uma delas a ampliação da clínica com a responsabilização do sujeito, que diz respeito a uma clínica menos prescritiva que não desiste, ao mesmo tempo, dos avanços tecnológicos. Em outras palavras, como melhorar, reabilitar, tratar sem que se resvale na tutela e no enquadramento?

Método e procedimentos

Trata-se de pesquisa de cunho teórico-conceitual, no sentido de aprofundar e examinar conceitos inerentes a um determinado campo, que podemos nomear como psi, entendido como os diferentes discursos que determinam o campo do exercício da Saúde Mental, sendo tais discursos resultantes de identificações produzidas no percurso de formação dos diferentes profissionais (Figueiredo, 2001). Ao elencarmos a polissemia da crise como objeto, nossa busca se iniciou pelo percurso de alguma sistematização mais abrangente sobre “crise” realizada pela psicanálise, e recorremos ao “Vocabulário da Psicanálise” (Laplanche e Pontalis, 1998), ao “Dicionário da Psicanálise” (Roudinesco e Plon, 1998), além de “As palavras de Freud” (Souza, 2010) e do “Dicionário comentado do alemão de Freud” (Hanns, 1996). Conforme esperávamos, em nenhuma dessas obras encontramos referência ou menção ao termo, já que “crise” não faz parte do repertório conceitual psicanalítico, mas achamos conveniente iniciar pelos dicionários e tradutores. Em seguida, recorremos ao último volume da Edição *Standard* das Obras de Freud, que contém os índices e referências bibliográficas da obra freudiana, e novamente não encontramos qualquer rastro que remetesse a uma noção de crise. Pelo contrário, no texto “Análise terminável e interminável” (Freud, 1937/2018), encontra-se o seguinte trecho: “Em estados de *crise aguda*, a análise é praticamente inutilizável” (p. 297, grifos nossos).

Por outro lado, deparamo-nos com a multiplicidade de noções de crise pertinentes aos mais diversos campos, como a economia, a política, a geografia, dentre outros. Segundo Ferigato, Onocko-Campos e Ballarin (2007), a “a palavra crise está carregada de elementos que trazem um amplo sentido, o de separação, mudança, desequilíbrio transitório, com possível ocasião de crescimento” (p. 32). Diante dessa polissemia, aproximamo-nos do método de investigação proposto por Paulo Cabral (2015), quando escolheu a preguiça como objeto de exame, para cuja polissemia propôs a construção de uma *vizinhança temática*, ou seja, um estudo que aproxime a noção a ser estudada sempre em relação a uma rede *complexa* de significados ao seu redor. Como

esse autor, seguindo a proposta metodológica desenvolvida por Loffredo (2011; 2014), pretendemos abordar a “crise” na perspectiva de um “campo semântico da crise”, de modo que “os vários recortes de pesquisa que se impõem pretendem tornar passível de figurabilidade [esse] movimento multifacetado [da crise]... desenhando contornos pertinentes a uma pluralidade de figuras” (Loffredo, 2014, p.200). Assim como na pesquisa de Cabral (2015), a “crise” “carece de uma definição singular e precisa... e possui uma história longa e complexa, mas apesar disso não tem um estatuto conceitual” (p.13), embora desperte o interesse de determinados campos, como o da Saúde Mental, como se pode comprovar no manual “Crise e Urgência em Saúde Mental” (Zeferino, 2015).

Em primeiro lugar, escolhemos as principais bases de dados em Medicina, Psicologia e Psicanálise: PsycINFO, PEP - Psychoanalytic Electronic Publishing, Web of Science, MEDLINE (PubMed) e Scielo Brasil. Nossa busca se iniciou-se pelos termos “crise”, “psicanálise”, “psiquiatria” e “saúde mental”, onde empregamos o instrumento da pesquisa booleana, utilizando-se prioritariamente o recurso da adição (AND). Para a escolha criteriosa dos termos indexados, utilizou-se o Thesaurus of Psychological Index Terms, da *American Psychological Association*, e o Índice de Descritores em Ciências da Saúde (Decs), da Biblioteca Virtual em Saúde. A partir da quantidade de resultados obtidos, optamos por circunscrever nossa pesquisa no período de 2008 a 2018, e o termo “crise”, por ser abrangente, precisou ser especificado pelo termo indexado “intervenção na crise”, inerente ao campo da saúde mental. Os artigos obtidos foram divididos em três grupos: “psiquiatria e intervenção à crise” no qual grande parte dos textos inspiram-se na chamada psiquiatria preventiva; “saúde mental e atenção à crise”, influenciado por concepções italianas de saúde mental; e “múltiplas concepções científico-acadêmicas sobre crise”, grupo para o qual não foi possível notar uniformidade conceitual, mas a partir do qual levantamos alguns elementos.

Diante das influências citadas nos dois primeiros grupos, escolhemos trilhar pelas bases que sustentam as concepções de crise, que são apresentadas no **Capítulo 2**. Assim, partimos de “O poder psiquiátrico”, de Michel Foucault (1961/2007) por conter a apresentação mais detalhada de como a crise é

apreendida pela Medicina, até o advento da Psiquiatria enquanto disciplina. Em seguida, apresentamos as concepções originárias de Psiquiatria Preventiva e o esboço do trabalho teórico de Erikson (1950/1978; 1968/1972) e de Lindermann (1944). Posteriormente, os princípios da “resposta à crise” italianos foram salientados a partir de dell’Acqua e Mezzina (1991), e abriu-se espaço para um último momento em que foram evidenciadas as concepções de vários autores contemporâneos.

Conforme fomos avançando na pesquisa, o interesse pelos problemas gerados pelo desentendimento das múltiplas concepções foi ganhando forma, e, portanto, passamos a buscar as referências necessárias para essa discussão. Nas mesmas bases de dados supracitadas, procuramos por trabalhos que se interessavam pelos efeitos gerados pelas múltiplas concepções de crise, e não encontramos material correspondente. Assim, “desentendimento” e “equipe de assistência ao paciente” toraram-se os termos que fundamentaram a pesquisa para o **Capítulo 1**. Nesse capítulo, fomos influenciados pelas produções concernentes à constituição multidisciplinar das equipes, como também a conceituação do “desentendimento” pela filosofia política, e nesse pensamento pudemos, também, encontrar abertura para as inflexões respaldo teóricas a partir da psicanálise. Por meio do trabalho “O tempo do traumático” de Felicia Knobloch (1998), sobre situações de crise, tomamos contato com a obra do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, que nos permitiu realizar algumas associações a respeito do “desmentido”, termo por vezes traduzido como “desautorização”. Essa discussão nutriu nossas reflexões, permitindo demarcar os momentos de criação de consenso nas equipes como, intimamente, ligados a desautorização de múltiplas concepções a respeito das situações complexas experienciadas pelos diferentes membros da equipe.

Considerando que a construção dessa pesquisa fundamentou-se, em grande parte, em um exercício de leitura, levamos em consideração, nas palavras de Érico Campos e Nelson Coelho Jr. (2010), a concepção de “um fundo do qual emerge a figura da obra, ou seja, da interpretação como atividade de construção e desconstrução de contextos” (p. 251), nos quais se interligam a inserção histórico-cultural do texto com a própria rede de articulação histórico-conceitual. Considera-se então a interpretação que responda à obra a partir da experiência que esta propicia ao leitor, ou seja, “a interpretação eficaz se dá não

pela sua capacidade de conservação, mas, sobretudo, pela emergência de novas configurações” (p.253). É a partir desta ideia que Iribarry (2003) sustenta a ocorrência de transferência na pesquisa, já que as leituras provocam no pesquisador ir além da racionalidade empregada na própria leitura do texto. Além disso, deve-se manter a preocupação com interligações do próprio texto, que implicam o leitor a um compromisso com a obra, já que sua atenção se volta a “trama intratextual” (Campos e Coelho Jr, p. 253). Desse modo, a leitura dos textos ocorre por meio do próprio método psicanalítico, isto é, apesar de um desenvolvimento linear, e com interesse para as repetições, para as ambiguidades, e para outras ressignificações. Ou seja, a ambiguidade não é pacificada, mas sustentada, de forma que os pontos principais do texto se articulem com outros elementos que, inicialmente, aparentam ter pouca relevância.

Apresentados esses dois momentos de nossa investigação, o **Capítulo 3** permitiu que pudéssemos trazer cenas vivenciadas pelo pesquisador, que ao longo de seis anos exercendo a função de psicólogo no mesmo CAPS II no município de São Paulo, participou de situações em que o desentendimento se fez presente. Sob tal perspectiva, o modo pelo qual sistematizamos e tratamos das cenas escolhidas assemelha-se a construção de um diário, e em nosso caso, um ator fundamental do cenário é o próprio autor da pesquisa, que faz a descrição dos processos vivenciados em uma perspectiva que, ao levar em conta a especificidade e singularidade dos processos subjetivos experienciados, alinha-se como sujeito-objeto da própria pesquisa. A pesquisa, neste âmbito, é um momento singular, um acontecimento único, em que o pesquisador se afeta pelas circunstâncias e pelo contexto em que a cena de pesquisa se desenrola. Seleccionamos duas cenas que se debruçam para as percepções e intervenções realizadas tanto pelo autor quanto outros componentes da equipe, descritas de um modo literário, que permitem “uma maior difusão de tal conhecimento produzido entre os diferentes lugares profissionais do serviço [de saúde]” (Silva, 2016, p. 19). A finalidade de se apresentar as cenas deste modo é que se possa produzir significação e sentido àquilo que foi vivido de modo turbulento e, a partir de uma reflexão, ponderar saídas e alternativas como recursos para o trabalho cotidiano de uma instituição em que o acaso e o imprevisto das situações da vida

estão presentes de forma intensa (Silva, 2016). Assim, consideramos apresentar, nas cenas, momentos em que o vínculo, um elemento bastante interessante, pode operar e propiciar a retomada do trabalho em Saúde Mental, abrindo espaço para nossas **considerações finais**.

Nessas considerações, situamos o trabalho do psicanalista na instituição como uma presença que, nas palavras da psicanalista Francoise Dolto (2004), não acrescenta um novo dizer, mas sim permite às forças encobertas, em jogo conflitivo, encontrar uma saída, que abrange a assimilação de movimentos contínuos, definido por conflitos de força e desequilíbrios. Como nos sugeriu a colega Fabiola Borges (2019), o psicanalista oferece um estado perceptivo, aberto à dinâmica incessante de movimentos, às “zonas de pequenas percepções”, aquelas que a consciência intencional não pode captar.

CAPÍTULO 1

O palco do desentendimento e da desautorização

A pluralidade tem que saber ultrapassar a fragmentação e articular-se no respeito da diferença.

(Santos, 2016, p. 203)

A obra de Boaventura de Souza Santos, a partir da qual extraímos a frase acima, apresenta belissimamente as conjunturas recentes do campo democrático frente a um panorama mundial de desigualdades e conflitos. Na orelha do livro, Frei Betto (2016) anuncia que o professor Santos propõe “uma gramática social que rompa com autoritarismo, o patrimonialismo, o monolitismo cultural, o não reconhecimento da diferença”. Inspirados neste posicionamento, dentre outros que seguem, traçamos nosso percurso de pesquisa que versa sobre os efeitos, na Saúde Mental, do não reconhecimento das diferenças a respeito da crise, como já enunciada na introdução desta pesquisa. A proposta é uma leitura psicanalítica desta problemática, cuja construção pretendemos realizar considerando múltiplas perspectivas. Isto é, o fato do pesquisador ser um psicanalista não garante que o tema em si seja abordado psicanaliticamente, e sim, como ele pode ser psicanaliticamente construído.

Ao tomarmos como condição as múltiplas concepções de crise que operam na Saúde Mental, faz-se necessário o esclarecimento dos motivos pelos quais a multiprofissionalidade e, portanto, diferentes éticas de cuidado⁶, coloca-se como exigência para o trabalho em saúde coletiva⁷. Poderíamos apresentar

⁶ Apesar da longa discussão, inclusive abordada por psicanalistas, concebe-se como ética neste trabalho sua definição em língua portuguesa: “conjunto de regras e preceitos de ordem valorativa e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade” (Houaiss & Villar, 2001, p. 1270). Deste modo, por diferentes éticas de cuidado, referimo-nos a múltiplos modos de olhar e estar diante do outro que revelam distintos modos de cuidar.

⁷ Existe diferença significativa entre os termos Saúde Coletiva e Saúde Pública. Conforme relata o antigo presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) Luis Eugênio de Souza (2015), o objeto da Saúde Pública são os problemas de saúde, “definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Nesse sentido, o conceito de saúde que lhe é próprio é o da ausência de doenças” (n.p.). Por outro lado, o objeto da Saúde Coletiva são as condições requeridas “não apenas para evitar a doença e prolongar a

um conjunto de leis e portarias, no sentido de uma construção de uma resposta legalista, para as quais teríamos bons exemplos: a portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de onde se consta no Art. 2º, item 4, a diretriz para o funcionamento da mesma rede: a “garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” (n.p.); e a portaria 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, cujas ações, segundo Art. 2º, serão realizadas “com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (n.p.). Interessa-nos, entretanto, situar estes exemplos em um contexto mais amplo, isto é, de apresentar a apropriação do discurso da multiprofissionalidade pela Saúde Coletiva. A razão deste desdobramento é simples, já que, no Brasil, temos “lei que pegam e lei que não pegam”. Uma causa possível deste fenômeno denominado, em Direito, como ineficácia de ordenamento jurídico, é estudado pelo professor David Augusto Fernandes (2016), da Universidade Federal Fluminense. A partir dos preceitos da logística, que levam em consideração desde o planejamento de qualquer lei à sua execução, os argumentos desse autor nos ajudam a ter certeza de que a proposta de multiprofissionalidade foi aceita. Precisamos compreender, ainda assim, o que ela promete para ser levada tão a sério no campo da saúde.

Interdisciplinaridade: perspectiva epistemológica e apropriação

Há pouco mais de dez anos, o professor Juarez Furtado (2006), da Universidade Federal de São Paulo, realizou publicação a respeito da

vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade” (n.p.). Nesta perspectiva, toda a saúde pública é coletiva, mas nem toda saúde coletiva é pública. Como esta pesquisa sobre crise não depende desta discussão para ser fundamentada, propomos considerar os termos como expressão de sentidos aproximados, considerando a argumentação do professor e sanitarista Jairnilson Paim (2014), segundo a qual na concepção dos fundadores e construtores da Reforma Sanitária Brasileira, há organicidade entre a Saúde Coletiva como campo do conhecimento, e a Saúde Pública, como área da prática política contemporânea. Gastão Wagner de Souza Campos (2000) é um exemplo de autor de referência nessa área que, quando necessário, realiza também essa aproximação.

interdisciplinaridade e interprofissionalidade⁸ que serviu de base para nossas considerações, já que a partir das referências do autor, também pudemos explorar a questão com uma espécie de guia de investigação.

O livro “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, do filósofo Hilton Japiassu (1976), é o ponto de partida da reflexão de Furtado (2006), com quem concordam alguns outros pesquisadores (Severino, 2006; Scherer & Pires, 2009; Feriotti, 2009; Ribeiro et al, 2015). O argumento consiste no fracasso da especialização, cuja solução implica na superação das “barreiras edificadas em torno de diferentes áreas do conhecimento” (Furtado, 2006, p. 245):

Chegou o momento de uma nova epistemologia, que não seria mais somente uma reflexão sobre cada ciência em particular, separada do resto, e comprazendo-se com uma deleitação morosa sobre seu próprio discurso. Invertendo a marcha do pensamento, os sábios de nossa época devem renunciar a se confinarem em sua especialidade, para procurarem, em comum, a restauração das significações humanas do conhecimento. (Japiassu, 1976, p. 15)

Este fracasso pôde ser reconhecido como transição paradigmática frente à “crescente complexidade das demandas humanas, sociais e naturais que, por sua vez, exigem profundas transformações das formas tradicionais de investigação, análise e intervenção na realidade, nas diversas áreas do conhecimento (Feriotti, 209, p. 179). Procedentes do pensamento de Albert Einstein (1955/1981), as consequências das articulações íntimas entre espaço e tempo, que proscreviam conceitos básicos, instituíram tanto a relativização quanto a concordância de que as leis da natureza devem ser independentes de seus referenciais (Caruso & Oguri, 2006). Nas palavras do cientista: “não vejo outro movimento a não ser o movimento relativo das coisas umas em relação às outras” (Einstein, 1955/1981, p. 66).

Considerando-se essa perspectiva epistemológica, podem-se propor modalidades de interação entre as disciplinas, sistematizadas quanto à intensidade do intercâmbio entre elas. A partir da menor interrelação, concebe-

⁸ O sufixo “disciplinar” é relativo ao campo dos saberes, portanto, voltado à compreensão de fenômenos, enquanto “profissional” diz respeito às equipes e serviços, isto é, a prática voltada a solução de problemas específicos (D’Amour, 1997, citado por Furtado, 2006)

se, nas palavras de Furtado (2006), que a multidisciplinaridade é “caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico, com quase inexistentes canais de troca” (p. 241).

O mesmo autor define, também, a pluridisciplinaridade: “um efetivo relacionamento de disciplinas entre si, havendo coordenação por parte de uma dentre as disciplinas ou pela direção da organização” (p. 241). Os objetivos entre as disciplinas são selecionados em comum, com fins de atingi-los, sustentados pela concepção de complementaridade, “ou seja, opera-se muito mais com a concepção de que uma área do saber deve preencher eventuais lacunas da outra” (p. 241).

Imediatamente, o professor esclarece a interdisciplinaridade:

representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, *operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas*. Deve-se perceber que, aqui, não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente. Espera-se que daí surjam novos conhecimentos e posturas dos pesquisadores envolvidos. (Furtado, 2006, p. 241, grifos nossos)

Enfatizamos a construção de sintonia dos conceitos e do esforço da decodificação porque são centrais para nossa argumentação, já que o conceito de “crise”, como veremos mais detalhadamente no próximo capítulo, exemplifica a pretensão da interdisciplinaridade prevista por Japiassu (1976). Entretanto, o trabalho diário em uma instituição de saúde mental somente pode conceber essa pretensão como muito distante do que, de fato, se experimenta. Lilian Miranda e Rosana Onocko-Campos (2010) já demonstraram, por meio de entrevistas com trabalhadores da saúde mental, “que a organização de uma equipe não garante

a comunicação efetiva entre seus componentes” (p. 1158), já que os profissionais se consideram excessivamente responsabilizados pelos casos clínicos, mesmo que reconheçam situações de compartilhamento. Segundo a hipótese das autoras, o “funcionamento das equipes requer permanente construção de pontes que permitam o tráfego entre os profissionais, de tal modo que coloquem afinidades e diferenças em contato, sem negá-las ou emudecê-las” (p. 1158).

A partir desse problema encontrado no campo do trabalho em equipe podemos recorrer à crítica feita por Ari Paulo Jantsch e Lucídio Bianchetti (2011) a respeito da concepção idealista e a-histórica⁹ de interdisciplinaridade de Japiassu (1976). Segundo os autores, a formulação teórica de Japiassu não considera as condições objetivas (e as dificuldades) que envolvem o processo de construção do conhecimento, e o pensador praticamente atribui às dificuldades da implantação da interdisciplinaridade à má vontade ou indisposição dos indivíduos. Em contraposição, Jantsch & Bianchetti, 2011 defendem que salvaguardar o conjunto “de individualidades ou de ‘sujeitos’ pensantes (indivíduos)... não é milagrosa nem redentora. Muito menos será o ‘ato de vontade’ que leva um sujeito pensante a aderir a um projeto em parceria” (p. 21). Em resumo, a *parceria entre indivíduos não é condição para a superação da fragmentação*, e o distanciamento disciplinar enquanto fruto da inércia, ou da má vontade de certos profissionais ou de corporações, é uma ilusão (Furtado, 2006).

Ainda segundo Jantsch e Bianchetti (2011), a concepção de interdisciplinaridade proposta por Japiassu (1976) tem consequências importantes como a condenação praticamente moralizadora da especialização, assumida como “uma ‘patologia’, ou pior ainda, como uma cancerização, isto é,

⁹ Jantsch e Bianchetti (2011) contrapõem a a-historicidade à dialética (ou historicidade). De acordo com os autores, a filosofia do sujeito é a base e a expressão da concepção a-histórica, que “se caracteriza por privilegiar a ação do sujeito sobre o objeto, de modo a tomar o sujeito um absoluto na construção do conhecimento e do pensamento” (p. 19). Concluem que a consequência deste processo de construção do conhecimento faz-se a partir de uma redução voluntarista, ou ato de vontade, do sujeito que realiza tal construção. Esta concepção foi internacionalmente consagrada no final da década de 1970, graças a Hilton Japiassu, que difundiu, por meio de múltiplos meios (artigos, seminários etc.), os principais elementos da interdisciplinaridade. A crítica dos autores a Japiassu é marxista, e pretende demonstrar que “a tão propalada ‘equipe’ que possibilita qualquer ‘projeto em parceria’ se trata de um pressuposto taylorista-fordista mascarado (p. 27).

como uma doença que fatalmente compromete a produção de conhecimento” (p. 25). Em oposição, os autores sustentam que a interdisciplinaridade compete uma função mediadora entre as distintas disciplinas, constituindo vias de intercomunicação, sem aspirar fundar-se como patamar ou nova área da ciência:

A interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade. (Etges, 1993, citados por Jantsch & Bianchetti, 1995, p. 23)

É interessante notar que pesquisas muito recentes têm proposições similares a desses autores, porém sustentados por uma outra matriz explicativa de conhecimento. Citamos, por exemplo, a psicanalista Maria Livia Tourinho Moretto (2019), que defende que, “no campo das decisões, diante de problemas complexos, o ganho maior que se extrai das diferenças não é a construção de um denominador comum, mas a construção de pontos de vistas distintos sobre uma mesma causa” (p. 101). Estas diferenças não se alcançam apenas pelo estudo e informação. Ainda segundo a autora, é em ato, por vezes, “que a diferença é assimilada, trazendo efeitos que interessam na medida em que possibilita ao profissional se beneficiar de outra concepção (p. 97).

É possível perceber, portanto, alguns determinantes e utilizações possíveis ao redor do conceito de interdisciplinaridade. Cabe-nos distinguir, para além da função mediadora, que o conceito aponta para a “insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento” (Furtado, p. 246). A interdisciplinaridade torna-se, portanto, instrumento conceitual cuja aplicabilidade se confirma à medida em que sua inclusão epistêmica possibilita elos com práticas concretas.

Há pelo menos quarenta anos, a discussão sobre modelo multiprofissional é presente enquanto lógica de aplicação política ou de intervenção médico-social, no âmbito da vida social coletiva. Este argumento é apresentado pela filósofa Madel Luz (2009), que, a respeito da Saúde Coletiva, ensina que

a complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. (p. 306)

A consequência direta desse panorama é a concomitância de duas lógicas: uma lógica “teórico epistemológica de produção de conhecimento, seja ela interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina” (p. 306), e uma “lógica operativa e pragmática da eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo” (p. 306). A autora justifica que esta dupla complexidade insere no campo na saúde coletiva as explicações multicausais, isto é, a determinação do processo de saúde e adoecimento que considere múltiplos fatores e, então, múltiplos atores necessários às intervenções em saúde.

Esta é a proposta e, ao mesmo tempo, o horizonte do trabalho em saúde, segundo Gastão Wagner de Sousa Campos e Ana Carla Domitti (2007). As concepções desses autores – que remetem à obra “Saúde Paidea” (Campos, 2003) são centrais na discussão sobre o trabalho de saúde em equipe. Estes autores sugerem entender equipe e profissional de referência como aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário¹⁰:

¹⁰ Embora o artigo de Campos e Domitti (2007) aponte para modos de trabalho ainda sem consolidação na época, este modo de organização de trabalho em equipes de referência tornou-se orientação necessária em todo território nacional, em grande parte devido à Política Nacional

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais *encarregados de intervir sobre um mesmo objeto* – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder é delegado à equipe interdisciplinar. (p. 400, grifos nossos)

A ênfase que damos diz respeito à problemática de nossa pesquisa no que diz respeito às situações de crises, pelo menos à sua polissemia, considerando a discussão que já levantamos a respeito do fracasso da tentativa de criação de um objeto comum. Campos e Domitti (2007) não deixam claro como o trabalho em equipe vislumbraria a intervenção sobre um objeto comum ou sequer esclarecem como “problema de saúde” é definido. O risco desta ausência de definição encontra-se, justamente, quando os distintos especialistas identificam problemas de saúde igualmente distintos. Os autores não fazem essa discussão; apenas trazem alguma ressalva quando afirmam que, em um modelo de clínica tradicional (e, portanto, com poder de decisão focado nos diretores, médicos e especialistas), “não é fácil acordar-se sobre o que está ou não em discussão, ou seja, até onde vai o poder de influência, ou mesmo de deliberação conjunta, entre os distintos especialistas” (p. 404).

Por isso, é importante elucidar que o modelo de clínica desdobra-se, em equipe de referência, a um modelo ampliado, a Clínica Ampliada¹¹, com foco no

de Humanização (PNH) elogiada pelos próprios autores no artigo. Essa política existia desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, e foi dissolvida, *infelizmente*, enquanto Política de Governo, em 2015 (Pavan, 2015).

¹¹ A proposta de clínica ampliada é uma das diretrizes norteadoras do SUS. A ampliação diz respeito à oposição a uma clínica que: “1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-

sujeito¹² *considerado em suas dimensões biológica, social, subjetiva e histórica*; então, “a clínica ampliada seria a que se *incorpora nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo*, do usuário ou grupo em questão” (Onocko-Campos, 2013, p. 101). Neste sentido, os problemas de saúde seriam reconhecidos *a partir de alguns conceitos prévios* com quais os profissionais se comunicam. É nesta acepção que Marina Peduzzi (citada por Miranda, Rivera & Artmann, 2012) “*lembra que as diferenças técnicas ou especialidades, bem como as distintas intervenções, devem ser mantidas numa equipe, mas precisam se subordinar a uma base ética de correção normativa, que pode remontar aos valores constitutivos do SUS: integração, democracia e horizontalização*” (p. 1573, grifos nossos).

É interessante observar que Gastão Campos, de algum modo, ainda debate ao lado de outras autoras esta questão, ampliando sua perspectiva sobre a qual não tínhamos encontrado clareza anteriormente: por meio de pesquisa com entrevistados, esses autores constataam a necessidade de relações com base “em uma comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, no *acolhimento das diferenças*” (Matos, Pires & Campos, 2010, p. 775, grifos nossos). Nesta conjuntura, a cooperação e troca entre as disciplinas por meio da interação entre os profissionais é fundamental, com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades” (p. 775).

A partir dessa perspectiva, Lilian Miranda, Francisco Rivera, e Elizabeth Artmann (2012) consideram que as equipes “são um espaço dinâmico,

a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos”. (Brasil. Ministério da Saúde, 2008, p. 55). Tomar a clínica ampliada como paradigma inclui: “1) ter a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde” (Brasil. Ministério da Saúde, 2008. p. 55).

¹² Uma das dimensões da concepção de sujeito da Clínica Ampliada é aquele que visa a participar do próprio processo terapêutico com fins a sua integração e autonomia. O referencial teórico-metodológico da psicanálise, claramente, apresenta influência na construção desse conceito.

constituído por saberes, tecnologias, modos de atuação, discursos, necessidades e tipos de relações que, em contínuo movimento de afetação, integração e desintegração, constituiriam modos de ação pautados em determinada organização coletiva das relações e das práticas” (p. 1571) e, ao mesmo tempo, espaço de embate entre diferenças, de *luta* entre discursos diversificados.

“Luta” é um termo bastante interessante, e, não à toa, os autores aludem ao entendimento de Rosana Onocko-Campos (2005) de que a experiência da luta por reconhecimento é constantemente desestabilizadora para a equipe, e inviabiliza, por vezes, o trabalho. Ao esclarecer que “o turbilhão de emoções que nos acompanha no trabalho é inseparável de nossa condição de humanidade” (p. 580) (e a gestão tem, portanto, papel fundamental em criar instâncias de análise destas situações), a autora discursa a favor da evidência da técnica, e neste sentido, a especialidade não deve ser atacada:

a definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto interferirá também no grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para *enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento*. (p. 578)

A proposição acima será decisiva para fundamentar nosso ponto de vista, pois como desenvolveremos em nosso trabalho, há diferença e múltiplas definições de crise no campo da saúde mental que são esmaecidas. Esse desbotamento não passa sem consequências, e determinará os modos de se defrontar com aquilo que se nomeia como crise. O esquadrinhamento da multiprofissionalidade, ou pelo menos a crítica enquanto mudança de paradigma, é, todavia, insuficiente para nossa investigação, já que estamos interessados nessas consequências, ou mais precisamente, nos *efeitos* do apagamento das diferenças. Deste modo, precisamos avançar um pouco na investigação.

Campo da diferença, campo do desentendimento

Procurar responder a nosso questionamento sobre a crise a partir da leitura da interdisciplinaridade não é satisfatório porque, de algum modo, a interdisciplinaridade parte do pressuposto de que *os múltiplos saberes já se reconhecem como diferentes*. No cotidiano do trabalho em Saúde Mental, aliás, há um significativo número de palavras que são tomados como comuns entre os profissionais e usuários do serviço de saúde, tais como *sofrimento*, *escuta*, *vínculo* e *crise*. Estes termos, e alguns outros, transformam-se em “palavras-mágicas” proferidas em comum por todos os profissionais diariamente e, ao mesmo tempo que querem dizer muito, justamente por isto, não dizem nada. Lembro-me de certa vez ler em prontuário de uma usuária que ela apresentava “sofrimento psíquico grave”. Quando tive a oportunidade de perguntar-lhe do que sofria, respondeu-me que sofria “a falta de sapatos”. Tive ainda a chance de perguntar se ela achava esse sofrimento grave, e como resposta ouvi um alto e agudo “*claro!*”. Ela havia saído de uma internação há pouco mais de dois meses, por episódio psicótico agudo que a expunha a riscos de vida, e perdera todos os seus sapatos, sem possuir qualquer renda para comprar novos. Acredito que o profissional se referia como sofrimento ao episódio agudo, diametralmente oposto à noção de sofrimento vivenciado pela usuária. Não precisamos ser muito brilhantes para prever que as propostas de cuidado feitas pelo profissional não seriam muito bem aceitas por ela!

O exemplo não carrega uma dimensão trágica, mas é justamente neste tipo de efeito que estamos interessados, e que a história já revelou serem consideráveis. O psicanalista Arthur Hyppólito de Moura (2003), em seu trabalho sobre a psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes¹³, relembra o efeito Stanton e Schwartz. Trata-se de dois psicólogos americanos que observaram pacientes internados em uma clínica psiquiátrica que tinha a psicoterapia como método de tratamento. Uma paciente era acompanhada por um psiquiatra e um psicoterapeuta que, em certo momento, passaram a conflitar sobre as condutas

¹³ O Clube dos Saberes foi concebido como dispositivo e técnica de ambiência e convivência nas instituições, principalmente de saúde mental. Propõe-se a ser um espaço agradável de relações horizontais e possibilitar inversões de papéis e trocas costumeiramente inimagináveis, e busca incentivar o questionamento desses mesmos papéis e rótulos na rotina da instituição (Assumpção, Prediger, Disconsi, & Gomes, 2017).

terapêuticas. A paciente em questão, diagnosticada com esquizofrenia, tornou-se mais agressiva, principalmente na presença do psiquiatra, que se recusava a discutir publicamente a questão de seus conflitos com o psicoterapeuta. Mesmo com tentativas de mediação, os *desentendimentos* entre o psiquiatra e o psicoterapeuta intensificaram, a ponto de se produzir intrigas entre eles, que culminaram em condutas, muitas vezes, contrárias. A paciente, que piorava a cada dia, fugiu da clínica e foi encontrada em situação de extrema gravidade. Tão logo os profissionais optaram por discutir sobre o *desentendimento*, e acompanhados de outros profissionais da clínica, esclareceram os mal-entendidos e traçaram um plano comum de ação. Como efeito, “a paciente muda radicalmente a sua conduta; sua irritabilidade e agitação praticamente desaparecem, e ela se mostra calma nos dias subsequentes” (Moura, 2003, p. 51). Este experimento é de fundamental importância para que Jean Oury, inspirado no movimento de Psicoterapia Institucional, formule o princípio de *influência do entorno* em La Borde, na França (Oury, 2006). Isto é, a modulação da manifestação de sinais patológicos em consonância ao meio em que se encontra.

O destaque ao desentendimento é proposital, pois suspeitamos que é neste terreno que a diferença opera, mas *não é reconhecida*. Em nossas leituras, encontramos em Jacques Rancière (2018) e, portanto, na filosofia política, concepções que nos auxiliam na construção de nossa análise. Não é de nossa alçada construir um problema de pesquisa que seja sustentado por um modelo filosófico, mas pareceu oportuno considerar o trabalho do autor, já que logo nas primeiras páginas, ele ressalta que

por “desentendimento” entenderemos um tipo determinado de situação de fala: aquela em que um dos interlocutores ao mesmo tempo entende e não entende o que o outro diz. O desentendimento não é o conflito entre aquele que diz branco e aquele que diz preto. É o conflito entre aquele que diz branco e aquele que diz branco, mas não entende a mesma coisa, ou não entende que o outro diz a mesma coisa que o nome de brancura. (p. 10)

Sob esta perspectiva, o desentendimento não se configura como um mal-entendido pelo uso impreciso das palavras, muito menos pela ignorância de não saber o que o outro diz: “os casos de desentendimento são aqueles em que a disputa sobre o que quer dizer falar constitui a própria racionalidade da situação de palavra. Os interlocutores então entendem e não entendem a mesma coisa nas mesmas palavras” (p. 11), e as razões para isso incluem que, embora uma das partes entenda claramente o que o outro diz, “ou ele não vê o objeto do qual o outro lhe fala ou então porque ele entende e deve entender, vê e quer fazer ver um objeto diferente sob a mesma palavra, uma razão diferente no mesmo argumento” (p. 11). Assim, o desentendimento deriva também da própria situação daqueles que falam, e da relação desigual estabelecida entre os interlocutores.

Ao mesmo tempo, concordamos com Ângela Salgueiro Marques (2013), estudiosa da obra de Rancière, de que a filosofia política não é jogo entre inclusão e exclusão, isto é, de inclusão dos excluídos em uma comunidade que não os considera. Segundo a autora, a reflexão política de Rancière não aprecia um modo de divisão ou uma “distância intransponível que diferencia grupos e classes, mas a afirmação de que a cena que envolve a interlocução de sujeitos e a exposição de seus mundos... deve ser sempre reconfigurada, porque o comum deve ser construído diferentemente” (p. 111). Para que possamos entender com mais cuidado esta formulação, é necessário esclarecer alguns pontos das concepções do filósofo. Este esclarecimento será importante, também, porque a partir dele avançaremos em alguns pontos de investigação que serão passíveis de articulação com nossa perspectiva psicanalítica.

Em primeiro lugar, Rancière faz distinção entre o conceito de “política” e de “polícia”. Por “polícia”, o autor designa o consenso entre as pessoas, isto é, a determinação de um acordo em comunidade para o estabelecimento da ordem, e em tais práticas, não existe a “política”, e, portanto, não há democracia. A democracia versa na ação política que confere caráter de perturbação à ordem e ao consenso de “funcionamento do Estado, que é a ordem policial que não faz nada mais do que dividir, organizar e ordenar. Somente quando as divisões da ordem policial são desfeitas é que a atividade política é instaurada” (Santos, 2019, p. 156). Em suma, a “política” é o instante de questionamento sobre a

ordem posta, quando o que não é reconhecido é declarado como igual frente os padrões de dominação:

democracia é o nome de uma interrupção singular dessa ordem da distribuição dos corpos em comunidade que nos propusemos conceituar sob o conceito ampliado de polícia. É o nome daquilo que vem interromper o bom funcionamento dessa ordem por um dispositivo singular de subjetivação. (Rancière, 2018, p. 111)

Esse pressuposto evidencia a igualdade como “a igualdade de qualquer ser falante com qualquer outro ser falante” (Santos, 2019, p. 156), que se manifesta pelo “dissenso, no sentido mais originário do termo: uma perturbação no sensível, uma modificação singular do que é visível, dizível e contável” (Rancière, 1996b, p. 372). Entretanto, para que a igualdade seja eficaz, ela necessita ser constantemente argumentada e encenada “contra a pressuposição policial da desigualdade” (Santos, 2019, p. 156). Ao que se esclarece, a política opera quando a lógica agenciada por divisões desiguais da polícia é refutada por lutas atualizadas do princípio de igualdade.

É nesse sentido que nossa investigação passa a se tornar mais interessante, já que Rancière sustenta que a política está ausente nos modelos atuais de Estado neoliberal que buscam, acima de tudo, o consenso. Isto é, os processos pelos quais se pode reivindicar a própria legitimação são substituídos pela necessidade incessante de parcerias. Nesta direção, a *negação do desentendimento é o próprio consenso* que, acima de tudo, objetiva a manutenção da ordem, pois não permite que exista

intervalos entre o vivido e a norma: ele força uma coincidência entre ambos. Seu objetivo seria o de produzir uma sobreposição entre leis e fatos, de modo que as leis se tornassem idênticas à vida social, preenchendo intervalos e espaços vazios. (Lelo & Marques, 2014, p. 366).

Onde a política, então, estaria presente? Se tomarmos “ao pé da letra” a proposição de Rancière, concluiríamos, assim como Salgueiro Marques (2013), que a política “é primeiramente o conflito em torno da existência de uma cena comum, em torno da *existência e a qualidade daqueles que estão ali presentes*” (p. 111). Deve-se, portanto, garantir que a cena existe para o uso de um “interlocutor que não a vê e que não tem razões para vê-la, já que ela não existe” (p. 111), pois, como vimos na conceituação de *polícia*, as partes não preexistem ao conflito. O dano, aqui entendido como “o ponto de tensão mais forte existente entre a lógica policial de partilha do sensível e o processo prático de verificação da igualdade” (p. 117), ou na definição de Rancière (2018), como “simplesmente o modo de subjetivação no qual a verificação da igualdade adquire figura política (p. 66), refere-se à própria situação de palavra e a seus atores. Ou seja, a política existe porque “porque aqueles que não têm direito de serem contados como seres falantes conseguem ser contados, e instituem uma comunidade pelo fato de colocarem em comum o dano que nada mais é que o próprio enfrentamento” (p. 40). Parece ser neste sentido que Chantal Mouffe (2013) propõe a política como “agonística”, isto é, o que caracteriza a política democrática é o confronto entre projetos conflitantes, um confronto sem possibilidade de reconciliação final. Ou ainda, como assegura Vladimir Safatle (2020), “só mesmo uma ilusão liberal para acreditar que a diferença vem sob a forma pacificada da tolerância, e não sob a forma agonística da explosão” (n.p.) e, portanto, “quando conseguirmos eliminar as relações de opressão (e nós um dia conseguiremos), ainda restarão essas violências que nos quebram quando estamos em relação. E estamos em relação desde o início e até o fim” (n.p.).

O percurso que realizamos até agora foi necessário para que chegássemos à argumentação presente no parágrafo anterior, isto é, na montagem de uma cena em que o apagamento da diferença produzisse efeitos que consideramos deletérios no processo de cuidado em Saúde Mental. Contrariando nossas expectativas, a argumentação de Rancière não se direciona para a construção de soluções, pelo contrário, o autor é pessimista em suas conclusões. Nosso interesse, direcionado por nossa ética, é o da construção de possibilidades, de que há algo em que se possa intervir nas situações de apagamento da diferença, considerando os efeitos que elas

produzem. Neste sentido, para que possamos avançar nesse percurso, pensamos ser necessária a contribuição de pressupostos psicanalíticos que podem agregar à nossa leitura, no sentido de criação de intervenções potentes no campo.

A confusão de línguas e a desautorização das múltiplas percepções

O modo pelo qual consideramos satisfatório abordar a questão do apagamento das diferenças consiste em apresentar o mecanismo de *Verleugnung*, conceituado por Sigmund Freud, e retomado por Luís Claudio Figueiredo (2008), que argumenta que esse mecanismo pode abranger um campo de incidência maior do que supôs Freud. Acreditamos que a partir do ensinamento da psicanálise, é possível, como afirma o diretor canadense do Institute for the Humanities da Universidade Simon Fraser, Samir Gandesha (2018), “apontar na direção de ajudar a identificar os limites e as possibilidades democráticas e genuínas de autodeterminação e de formação do desejo” (p. 149, tradução nossa), ao possibilitar alguma clareza na maneira pela qual as pessoas participam na reprodução das condições de sua própria dominação.

Gandesha, aliás, é um estudioso de Sándor Ferenczi, autor húngaro de importância ímpar no movimento psicanalítico, cuja obra é de nosso interesse e na qual desejamos nos aproximar, já que esse psicanalista desenvolveu um raciocínio original a respeito do mecanismo de *Verleugnung* e sua relação com o trauma. Não consideramos como necessário a longa problematização do conceito na obra de Freud, já que “Freud e Ferenczi apresentam visões diferentes sobre o traumatismo, que podem ser articuladas, mas não confundidas” (Dal Molin, 2016, p. 219). O recurso a que recorreremos consiste em destacar a leitura do texto freudiano realizado por Figueiredo (2008), já que ele apresenta tripla função: servir como uma espécie de guia pela investigação do *Verleugnung*, possibilitar as inflexões necessárias para as formulações próprias, e levar-nos às considerações de Ferenczi. Falta esclarecer, e é o que faremos em diante, o porquê de nosso interesse pelo conceito.

A versão em português do “Vocabulário de Psicanálise” de Laplanche e Pontalis (2001) traduz *Verleugnung* por “recusa” (*déni* em francês), e há consenso no uso do termo entre os principais tradutores da obra de Freud para nosso idioma (Hanns, 1996; Souza, 2010). Mesmo assim, o termo pode ser traduzido por *desmentido*, que “tem a vantagem de nos remeter imediatamente à teoria do trauma elaborada por S. Ferenczi” (Figueiredo, 2008 p. 59), posto que é esta a palavra utilizada na obra do psicanalista húngaro. Destacamos, contudo, uma terceira possibilidade de tradução escolhida por Figueiredo (2008): *desautorização*. A utilização desta tradução nos interessa, já que o autor defende que ela remete a “interrupção de um processo pela eliminação da *eficácia transitiva* de um dos seus elos” (p. 59). Ou seja, a palavra *desautorização* enfatiza tanto a interrupção em sua dimensão temporal e processual do psiquismo, como também a interrupção de diferenciações. Tentaremos esclarecer esta passagem nos parágrafos seguintes, mas vale, então, situar que o termo “recusa”, por sua vez, se aproxima mais da definição trazida por Laplanche e Pontalis (2001) de “um modo de defesa que consiste numa recusa por parte do sujeito em *reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante*, essencialmente a da ausência do pênis na mulher”¹⁴ (p. 436, grifos nossos).

Em todo caso, é sob este arcabouço teórico que encontramos alguns pontos de questionamento que, até então, fazíamos a partir da leitura de Rancière. Para o filósofo, dada uma relação desigual estabelecida entre os interlocutores, uma das partes *não vê* o objeto do qual o outro lhe fala ou, então, porque ele entende e deve entender, *vê* e quer *fazer ver* um objeto diferente sob a mesma palavra, uma razão diferente no mesmo argumento. Por um lado, já pudemos trazer alguma pontuação, a partir de Safatle (2020), de que qualquer relação é assimétrica, ou mais, a diferença é condição para qualquer relação. Por outro lado, a diferença evidencia “a *existência e a qualidade daqueles que estão ali presentes*” (Salgueiro Marques, p. 111, 2013), e, assim, interpela-nos sobre os diferentes *modos de (não) ver*.

¹⁴ Essa dimensão é salvaguardada, como veremos, na leitura de Figueiredo (2008). Todavia, como já ressaltado, interessa-nos as inflexões e formulações posteriores oriundas da conceituação freudiana.

Em terreno psicanalítico, conjecturar a respeito daquilo que se vê, inserir-nos necessariamente na teorização da percepção. Este é um tema caro, mas não menos espinhoso para a psicanálise¹⁵ e, dificilmente, pode-se abordá-lo sem considerar as explicações freudianas sobre a memória. Neste seguimento, recorreremos ao “Projeto de uma psicologia” (Freud, 1950[1895] /2003), na qual afirma o autor: “uma teoria psicológica de alguma relevância tem de oferecer uma explicação da ‘memória’” (p. 178).

Nessa empreitada, Freud conceitua dois tipos de neurônios: os que deixam passar livremente a quantidade de excitação interna (de ordem intercelular), chamada por ele de Q_{η} , que estão sempre no mesmo estado após cada curso excitativo; e os neurônios que só deixam passar essa quantidade com dificuldade ou parcialmente. São exatamente estes que “podem após cada excitação, estar em outro estado do que o anterior dão, portanto, uma *possibilidade de representar a memória*” (p. 179). Assim, nomeou os primeiros neurônios como permeáveis (ϕ) e os segundos como impermeáveis (ψ).

Se os neurônios impermeáveis são, como citados acima, relativos aos neurônios da memória, os permeáveis dizem respeito ao aparato da percepção. Freud precisou fazer esta distinção para garantir a principal qualidade do processo perceptivo, que é sua fluidez. Luiz Alfredo Garcia-Roza (1991) esclarece esta diferença por meio de uma comparação com as lentes de um par de óculos:

Se de cada coisa percebida as lentes mantivessem o registro, em pouco tempo não conseguiríamos perceber mais nada; é necessário, pois, que elas se mantenham permanentemente transparentes. As lentes dos óculos não podem ter memória. De forma análoga, o sistema de neurônios perceptivos tem que ser diferente do sistema dos neurônios portadores de memória. (p. 95)

¹⁵ O percurso da conceituação da percepção na psicanálise freudiana é tema de dissertação de mestrado de um dos colegas do Laboratório de Psicanálise e Análise do Discurso (LAPSI-PSA), Renan Siqueira Rossini (em processamento), que apresenta as múltiplas inflexões realizadas por Freud sobre essa pauta ao longo de sua obra.

Essa característica dos neurônios não os qualifica, entretanto, como espécie de “antenas” que podem captar tudo ao redor. Freud é, a bem da verdade, bastante cauteloso:

Não há dúvidas de que o mundo externo é a origem de todas as grandes quantidades de energia, pois ele, de acordo com nosso conhecimento de física, consiste em massas poderosas em movimentos violento e que propagam seu movimento. O sistema ϕ , voltado para esse mundo externo, terá a tarefa de eliminar com a maior rapidez possível as $Q\eta$'s que penetram nos neurônios, mas, em todo caso, estará exposto à influência de grandes Q s. (Freud, 1950[1985] /2003, p. 185)

Para exercer uma espécie de “filtro” do mundo externo, a terminação dos neurônios permeáveis estaria ligada aos órgãos do sentido, que permitem passar apenas partes de energia externa para os neurônios, e “desta forma, eles encontram-se protegidos contra uma invasão insuportável de Q (Garcia-Roza, 1991).

Ainda que Freud tenha abandonado este modelo neuronal em sua obra, é possível identificar o caráter de fluidez e continuidade da percepção. Em “Neurose e Psicose” (Freud, 1924/2011), trinta anos após a elaboração do “Projeto de uma psicologia”, lê-se que “normalmente o mundo exterior domina o Eu por duas vias: primeiro, *pelos percepções atuais que sempre podem se renovar*; depois, pelo acervo mnemônico de percepções anteriores, que, como “mundo interior”, constituem patrimônio e elemento do Eu” (p. 160, grifos nossos).

Figueiredo (2008) propõe aproveitar e redimensionar essa concepção freudiana ao configurar a percepção em dois momentos, um momento de síntese e um momento de desfazimento. Cabe ao primeiro momento, em uma dimensão gestáltica, gerar formas e produzir um “certo fechamento que delimita e dá figurabilidade a algo, contrariando a dispersão sensorial em uma multidão de estímulos desconexos” (p. 62). O segundo momento do processo, antigestáltico, deve então abrir as figuras assim fechadas, permitindo articulação entre elas, na linha do tempo e em termos de um processo transitivo contínuo, com outras

figuras. O mecanismo da *Verleugnung*, por sua vez, recai precisamente sobre esse segundo momento:

O que se recusa não é uma dada percepção, mas o que vem ou viria depois dela, seja como uma outra percepção que a primeira torna possível, uma possibilidade de simbolização, uma conclusão lógica ou uma lembrança que a percepção pode reativar. Enfim, a recusa na *Verleugnung* já nos remete a uma dimensão temporal e processual do psiquismo.... Não se trata, por exemplo, de negar o que se vê no seu sentido próprio, mas de impedir o que o que se vê leve o psiquismo ao que se poderia inferir daquilo que foi visto. (p. 60, grifo nosso)

A ênfase que damos ao *impedimento daquilo que se vê* sustenta uma dimensão epistemológica psicanalítica que, ao nosso ver, mantém relação com a segunda hipótese trazida por Rancière (2018), ou seja, a de que o interlocutor vê e quer fazer ver “um objeto diferente sob a mesma palavra, uma razão diferente no mesmo argumento” (p. 11). O texto sobre “O feticismo” (Freud, 1927/2014) trata deste aspecto, mas, sem dúvida, radicaliza por situá-lo em âmbito inconsciente. Ele escreve:

Nos últimos anos tive a oportunidade de estudar analiticamente vários homens cuja escolha de objeto era dominada por um fetiche. Não se suponha que essas pessoas tenham recorrido à análise por causa do fetiche, pois ele é reconhecido como anormalidade por seus adeptos, mas *raramente percebido como sintoma* de doença; em geral parecem bem satisfeitos com ele, e chegam a louvar as facilidades que traz à sua vida amorosa. Logo, o fetiche apareceu geralmente como uma descoberta secundária. (p. 303, grifos nossos)

Então, se, por um lado, depreendemos do texto freudiano o conteúdo não presente no campo da consciência, por outro, ele nos revela que “as imagens são efetivamente formadas, embora tornem-se de alguma forma ineficazes. Para Freud, portanto, ‘a percepção permanece’” (Figueiredo, 2008), isto é, a percepção não é simplesmente apagada, “tal como ocorreria se uma impressão visual caísse no ponto cego da retina” (Freud, 1927/2014, p. 305).

A *Verleugnung*, portanto, diz respeito a diminuir ou extinguir a autoridade dessa percepção, e por isso Figueiredo (2008) prefere o termo “desautorização”. Uma percepção que é “configurada, significada e simbolizada” (p. 60)” pode ser armazenada e não será recusada, mas sim, “desfalcada da autoridade para ensejar outras percepções e outros processos psíquicos” (p. 60), ou seja, mantém-se isolada do” processo perceptivo e das suas conexões naturais com os processos mnêmicos e de simbolização” (p. 60).

Nesse sentido, a percepção não é prejudicada em seu significado, mas sim, em sua *significância*. Nessa medida, não ocorre a oclusão do processo de simbolização, pois caso isso fosse possível, não haveria percepção de uma figura concluída e atribuída de significado. Em contrapartida, “quando o que tem significado é destituído de significância, o que se observa é que foi retirado de uma rede de associações para ser preservado como uma ‘quase-coisa’” (Figueiredo, p. 62). E uma condição reificada de “quase-coisa” configura os elementos da percepção como “coleções de lembranças” (p. 62) concomitantemente vividas e inúteis, “lembranças que não se integram ao fluxo psíquico por terem perdido a capacidade de metaforização” (p. 62). A percepção desautorizada detém, deste modo, um potencial traumático desmedido, no sentido em que estas “quase-coisas” não metaforizadas retornam incontroláveis e produzem uma

nebulosa de informações que, desligadas umas das outras, produzem, nos casos menos graves, uma espécie de “ruído”,... um estado crônico de confusão. Nos casos ou momentos de *maior confusão*,... verifica-se algo bem pior do que a confusão, é o pânico e uma sensação de premente de ameaça. (Figueiredo, 2008, p. 65)

Verificamos, com esta passagem, a importância que o autor atribui, em consonância à sua leitura de Freud e corroborada por sua experiência clínica, à dimensão da situação traumática frente à situação de ruído e, em maior grau, à confusão no domínio perceptivo. A construção feita, entretanto, recai em uma dimensão intrapsíquica, frequentemente observada na situação clínica. Questionamos, e este questionamento carrega em si uma intenção, se

poderíamos estender estas conclusões ao campo das relações no geral. Interessa-nos situar esta problemática neste âmbito, dado nosso interesse para a confusão provocada entre diferentes visões sobre a “crise”, objeto de nossa investigação. Poderíamos realizar, em termo de método, alguma transposição sem perder o rigor da investigação metapsicológica realizada pelos autores até então citados, mas pudemos encontrar na obra de Ferenczi este exercício realizado, ainda que o autor tenha tido alguns pontos de discordância em relação a Freud e outros autores de sua época (Dal Molin, 2016). Ainda assim, por meio da análise das cenas que traremos no último capítulo de nossa pesquisa, faremos o exercício de demonstrar como os operadores conceituados examinados teoricamente, até então, podem ser instrumentos interessantes para examinar o trabalho realizado pela equipe de saúde mental.

Uma das diferenças marcantes da diferença entre Freud e Ferenczi é, exatamente, a importância que o segundo autor atribui à experiência vivida como traumática por uma das partes, a despeito da intencionalidade daquele que exerce o trauma. Citamos o texto “Confusão de língua entre os adultos e crianças”, no qual Ferenczi (1932/2011a) destaca:

As seduições incestuosas produzem-se habitualmente assim: um adulto e uma criança ama-se; a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica, mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura. Não é o que se passa com os adultos se tiverem tendências psicopatológicas, sobretudo se seu equilíbrio ou seu autodomínio foram perturbados por qualquer infortúnio, pelo uso de estupefacientes ou se substâncias tóxicas. Confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para prática de atos sexuais sem pensar nas consequências. (p. 116).

Nessa perspectiva, há um confronto entre duas línguas com qualidades distintas, uma “confusão promovida por conta de uma dissimetria entre o mundo do adulto e o mundo da criança. A ideia de confusão de línguas parece colocar em jogo o problema da multiplicidade de línguas. Muitas vezes os adultos e as crianças não falam a mesma língua, eles são estrangeiros entre si” (Osmo &

Kupermann, 2012, p. 331). Ainda que Ferenczi tenha se referido às experiências de sedução incestuosa, esses autores expandem o aspecto experiencial em termos metapsicológicos, considerando que há na obra do psicanalista húngaro dois tempos do trauma. O primeiro momento foi descrito no texto “Reflexões sobre o trauma” (Ferenczi, 1934/2011b), e é definido como “choque”:

equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo [Soi].... A comoção psíquica sobrevém sempre sem preparação. Teve que ser precedida pelo *sentimento de estar seguro de si*, no qual, em consequência dos eventos, a pessoa sentiu-se *decepcionada*; antes tinha *excesso de confiança em si e no mundo circundante*; depois, muito pouca ou nenhuma. *Subestimou* a sua própria força e viveu na louca ilusão de que *tal coisa não podia acontecer*; “não a mim”. (pp. 125-126)

Nesse contexto, a partir do destaque que o autor atribui ao caráter imprevisível do choque, a decepção e a subestimação são traduzidas, em termos metapsicológicos, pela angústia, ou melhor, “a consequência imediata de cada traumatismo é a *angústia*” (p. 127). Ela diz respeito a um “sentimento de incapacidade”, a uma situação de desprazer, que cresce tanto, a ponto de exigir alguma possibilidade de válvula de escape. Esse escape, por sua vez, é oferecido pela “autodestruição”, e “o mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formas psíquicas numa entidade: é a assim que nasce a *desorientação psíquica*” (p. 127) e, por conseguinte, a suspensão de toda espécie de atividade psíquica.

A percepção é uma dessas atividades, e a consequência direta de sua suspensão é a desproteção da personalidade. Ferenczi (1934/2011b) enfatiza que “*contra uma impressão que não é percebida não há defesa possível*” (p. 129, grifos nossos). Desse modo, o autor propõe certo afastamento das conjecturas freudianas a respeito do mecanismo de defesa que incide sobre a percepção, e o faz para descrever, sob sua perspectiva, as consequências da paralisia total:

1.º que o curso da paralisia sensorial será, e ficará, duradouramente interrompido; 2.º que durante a mesma aceitar-se-á sem resistência

toda impressão mecânica e psíquica; 3.º) que nenhum traço mnêmico subsistirá dessas impressões, mesmo no inconsciente, se sorte que as origens da comoção são inacessíveis pela memória. (p. 131)

Outro ensejo deste afastamento proposto por Ferenczi diz respeito a sua formulação conceitual a respeito do segundo momento do trauma, chamado de “desmentido”. Para chegar nesse momento, o autor enfatiza a participação do adulto na produção do traumatismo, uma vez que a criança, ao vivenciar a confusão e a paralisia, recorre a alguém de confiança em busca de algum sentido possível para essa ocorrência, mas o que obtém como resposta é a “prova de incompreensão aparente. A criança é punida, o que entre outras coisas, age também sobre a criança pela enorme injustiça que representa,... exige da criança um grau de heroísmo que ela ainda não é capaz. Ou então os adultos reagem com um silêncio de morte” (p. 127).

Essas atitudes dos adultos cuidadores emergem para uma resposta de que “não aconteceu nada”, “*desautorizando* a versão da criança” (Osório & Kupermann, 2012, p. 332). Nessa perspectiva, essa leitura de Ferenczi (1932/1988) tem consonância com a “desautorização”, proposta Figueiredo (2008), já que o primeiro autor afirma que “as referências fracas da criança são ignoradas ou mesmo rejeitadas como incongruentes, com a concordância unânime das pessoas ao seu redor, e com tanta consistência que a criança precisa ceder, e não pode sustentar seu próprio julgamento” (p. 25). Esta mesma posição já havia sido defendida pelo psicanalista húngaro dois anos antes em “Análise de crianças adultos” (Ferenczi, 1931/2011c), obra na qual se encontra a participação fundamental do desmentido no trauma:

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática dos pensamentos ou dos movimentos; é isso sobretudo que torna o traumatismo patogênico. (p.91)

Na contramão do desmentido, Ferenczi (1931/2011c) registra que a superação desses choques ocorre sem sequelas neuróticas, se houver a presença de alguém que, com compreensão, ternura e sinceridade, acolhe a criança, comparando esta função ao que deveria ser a posição do analista, no curso de uma análise. Interessa-nos, por outro lado, as consequências do traumatismo para o sujeito, já que são elas que tomaremos como hipóteses para examinar o que é gerado na equipe de saúde diante da situação de “desmentido”.

Para que pensemos sobre tais efeitos, precisamos, ainda, apresentar um último conceito, e somos gratos a Osmo e Kupermann (2008) por terem guiado nosso percurso até aqui. Esses autores, em relação às consequências do traumatismo, ressaltam que “o acontecimento traumático permanece inacessível à memória de quem o vivenciou. São visíveis apenas as cicatrizes deixadas por ele no psiquismo” (p. 332), aspecto articulado ao conceito de “clivagem narcísica”, presente na mesma obra “Reflexões sobre o trauma” (Ferenczi, 1934/2011b):

a criação de um lugar de censura (Freud) com uma parte clivada do ego, que mede por assim dizer, enquanto inteligência pura, ser onisciente com uma cabeça de Janus, a extensão do dano, assim como a parte dela mesma que a pessoa pode suportar, só permitindo acesso do que é suportável na forma e no conteúdo do sonho. (pp. 130-131)

Os mesmos autores fazem alusão à metáfora utilizada por Ferenczi para elucidar tal mecanismo de que “em uma parte do corpo se abrigariam ‘as parcelas de um gêmeo que foi inibido’. A outra parte, a que foi poupada, assumiria o trabalho de adaptação à realidade” (Osmo & Kupermann, 2012, p 332). Em “Reflexões sobre o trauma” (Ferenczi, 1934/2011b), o autor recorre a outra metáfora, do homem abandonado pelos deuses, e pedimos licença para apresentá-la na longa transcrição que segue:

o homem abandonado pelos deuses escapa totalmente à realidade e cria para si um outro mundo, no qual, liberto da gravidade terrestre, pode alcançar tudo o que quiser. Se até aqui esteve privado de amor, inclusive martirizado, desprende agora um fragmento de si mesmo que, sob a forma de pessoa dispensadora de cuidados, prestimosa, cheia de solicitude e amor, na maioria das vezes maternal, sente piedade da parte restante e atormentada da pessoa, cuida dela, decide por ela, e tudo isso com extrema inteligência e sabedoria e uma inteligência penetrante. Ela é a própria bondade e inteligência, um anjo da guarda, por assim dizer. Esse anjo vê desde fora a criança que sofre, ou que foi morta (portanto, ele se esgueirou para fora da pessoa durante o processo de “fragmentação”), percorre o mundo inteiro em busca de ajuda, imagina coisas para a criança que nada pode salvar.... (p. 134)

Esse processo de autodilaceração é a brusca transformação da relação de objeto, que se transformou numa relação narcísica, e já havia sido descrita em “Análises de crianças com adultos”, e se constitui como um dos efeitos do traumatismo que nos interessa, particularmente, em nossa investigação. Nesse texto, Ferenczi (1931/2011c) comunica que “uma parte de sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito, por assim dizer (p. 87). Em outras palavras, uma das partes passa a desempenhar o papel de “instância auto perceptiva”, que *“sabe tudo, mas nada sente”* (p. 88), e que quer acudir em ajuda a uma outra parte, que ficou extremamente sensível. O resultado, de todo modo, é um corpo anestesiado e entregue, ou seja, “o sujeito passa a vê-lo como se estivesse do lado de fora, como se todo o sofrimento e dor fosse infligido a outro ser” (Osmo & Kupermann, 2008, p. 333, grifos nossos). A essa anestesia, Kupermann (2006) se explicita especificamente na incapacidade de afetar e ser afetado pelo outro, entremeada da dificuldade em expressar afetos de amor e ódio “e por uma consequente diminuição da potência para se afirmar de modo singular” (p. 31).

Se, por um lado, essa anestesia é o primeiro efeito do traumatismo, por outro, se ele atinge um nível máximo diante da força e autoridade irretorquível dos adultos, as crianças se sentem inibidas por um medo intenso que

as obriga [as crianças] a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer

esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor. Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico... Seja como for, a agressão deixa de existir enquanto realidade exterior e estereotipada e, no decorrer do transe traumático, a criança consegue manter a situação de ternura anterior". (Ferenczi, 1933/2011a, p. 117)

Para esclarecer essa passagem, os autores que estamos acompanhando recorrem as concepções de Teresa Pinheiro (1995), para quem “o agressor usurpa o espaço egóico e toma posse deste lugar como se assumisse a fala da criança ou ocupasse seu espaço psíquico” (p.83). Deste modo, ao tomar posse deste ego, a criança não tem alternativa, senão idealizar a figura do adulto e, por consequência, tornar-se culpada por algo em relação ao qual não *percebe* qualquer mal. Ainda mais, “é mais suportável para a criança tornar-se, ela própria, a culpada, já que perder seu objeto idealizado neste momento equivale ao risco de aniquilamento ou despedaçamento psíquico (Osmo & Kupermann, 2008, p. 333).

Chama a atenção dos autores a inflexão proposta a partir das conjecturas de Ferenczi. Contrariando certa expectativa de que o trauma patogênico provocasse algum tipo de forma de funcionamento mais arcaico, depreendemos o contrário, ou seja, há adaptação à realidade:

Contavam-se pequenas histórias, em que algum animal perigoso tenta destruir com os dentes e as garras uma medusa, mas não a consegue dominar porque a medusa esquiva-se a todos os golpes e as todas as mordidas, graças a maleabilidade, para retomar em seguida a sua forma esférica. Esta história pode ser interpretada de duas maneiras: por um lado, exprime a resistência passiva que o paciente opõe as agressões do mundo externo, e por outro, representa a clivagem da pessoa. (Ferenczi, 1931/2011c, p. 88)

Essa mesma premissa aparece no “Diário Clínico” (Ferenczi, 1932/1988), quando o psicanalista afirma que “toda adaptação tem lugar numa pessoa que se tornou *maleável* pela dissociação devida ao terror” (p. 18). A

terrível sequela resume-se, então, a uma vida emocional comedida, e “sem sabor”, já que “depois que alguém fica desapontado, a maior parte do interesse permanecerá nesse outro mundo, e o restante será apenas forte o suficiente para sustentar uma vida rotineira” (p. 32).

Esse desapontamento repousa na impossibilidade do adulto acreditar na criança e ajudá-la a representar o choque. Caso ocorra esse dementido, só resta a ela questionar-se quem não merece confiança, se ela mesma ou o adulto. Pinheiro (1995) enfatiza esse elemento relacional entre a criança e o adulto, já que ela, a criança, toma emprestada as palavras e as dirige ao adulto, com fins de confirmação: “este vaivém é condição imprescindível para que a criança conquiste sua *própria palavra*. É, portanto, por intermédio do adulto ... que a fala da criança pode ou não ter sua existência *autorizada*” (Pinheiro, 1995, p.74, grifos nossos), de modo que “com o desmentido é produzida uma incompatibilidade simbólica. O desmentido assume o tom de uma verdade absoluta e, com isso, o que a criança fala passa a ser considerado como uma mentira absoluta” (Osório e Kuperman, 2008, p. 334). Assim, ao se recusar à criança a autonomia do pensamento e de sua palavra própria, “*impõe-se uma língua que tem um caráter único, universal, algo que podemos associar ao projeto de construção da torre, na narrativa de Babel, que tinha como pretensão impor ao universo um império e uma língua*” (p. 334, grifos nossos).

É justamente em oposição a essa finalidade da Torre de Babel que percorremos esta discussão traçada neste primeiro capítulo. A língua única e comum é, cotidianamente, traduzida pela produção do consenso, que vai na contramão a uma perturbação no sensível, tal qual proposta pela filosofia política. Pensamos ser importante concluir que, apesar da generalização proposta, não é qualquer produção de consenso, ou mesmo da confusão de línguas, que traz os efeitos trazidos ao longo dessa discussão, pois se assim fosse, toda experiência em que eles operariam acarretariam consequências drásticas. Se retornarmos ao exposto a respeito da percepção, o objeto precisa ser dotado de potencial altamente impactante, e nesse sentido, capaz de um poder disseminativo que transborda em múltiplas trilhas associativas. É provável que no cotidiano do trabalho em Saúde Mental, o modo intenso como se expressa algumas experiências de sofrimento seja atribuído desse caráter

impactante. Um choro incessante e desesperado, um discurso delirante e de difícil compreensão, uma tentativa de suicídio, ou mesmo um episódio de conflito que resulte em agressão física, são exemplos dessa intensidade que queremos destacar. A situação traumática da equipe não consiste, em nossa hipótese, no momento da percepção dos trabalhadores de tais experiências, mas, precisamente, quando se cessam os processos transitivos e de diferenciação, ou seja, quando todas essas experiências citadas recebem o nome de “crise”.

CAPÍTULO 2

A crise e suas múltiplas concepções

O que acontece ao homem endividado na crise? Qual é a sua principal atividade? A resposta é muito simples: ele paga.

(Lazzarato, 2014, p. 27)

A “crise” tem sido utilizada indiscriminadamente pelos diferentes campos de saber. Ao procurarmos pelo termo na base de dados do “Centro-Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde” (BIREME), entre os anos de 1880 e 2018, encontramos um total de 188.025 resultados, entre artigos, monografias e outros tipos de produção. A “crise” pode ser associada às neoplasias, às infecções pelo HIV/AIDS, ao infarto do miocárdio e, aparentemente, há inúmeros modos de estudá-la – relatos de caso, estudos de coorte, *overviews*. Para Leonardo Boff (2002), é desde o advento do existencialismo, com Søren Kierkegaard, que se fala muito em crise. Na obra “A crise e a crise na vida de uma atriz”, Søren Kierkegaard (1848/1988) destaca as transformações pelas quais Johanne Luise Heiberg Patges, importante atriz dinamarquesa do século XIX, toma as decisões durante seu percurso de vida. Escreve o autor:

E isso é simplesmente metamorfose: possibilidade contra possibilidade é dito também aqui: dialética contra dialética, pois o tempo não tem poder algum de destruir, mas somente um poder subserviente, que serve para tornar manifesto. A metamorfose da qual falamos é uma potencialização ou um retorno mais e mais intenso à condição original. (Kierkegaard, 1988, citado por Lopes Calvo de Feijoo, 2016, pp 10-11)

Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo (2016) acrescenta que, assim como Kierkegaard, há outros escritores que se ocupam desse processo de transformação como possibilidade que se abre em momentos em que ocorre uma ruptura com as verdades estabelecidas pelo mundo. A autora cita Clarice

Lispector (1998), no conto “Amor”, em que Ana, protagonista da estória, leva uma vida trivial burguesa, com casamento, filhos e casa, ordenados de forma aparentemente perfeita. Em certo momento, há o rompimento ideal com a vida correta quando ela vê um cego, suas compras caem no chão e, então, tudo aquilo que ela acreditava como estando sob controle desfaz-se: “Acontece o seu momento epifânico.... A transformação ocorre quando algo dessa conformidade cotidiana se rompe, o inesperado apresenta-lhes a vida tal como ela é e pode ser” (p. 132, 2016).

Tanto em Kierkegaard como em Lispector, a crise constitui as estruturas humanas e é um dado essencial da vida, pois sem ela, tudo seria inautêntico, sem problemas, inquestionável e objetivável. Assim, a vida precisa ser uma crise permanente, já que ela seria “um processo normal de todos os processos vitais, ela emerge de tempos em tempos para permitir a vida permanecer sempre vida, poder crescer e irradiar” (Boff, 2002, p. 25).

Essa concepção de crise-vida ligada ao existencialismo parece ter sido corrompida pela ordem neoliberal, como sugere o Comitê Invisível (2016): “tivemos uma fé cega na crise, uma fé tão cega e tão antiga que não percebemos a ordem neoliberal fazer da crise uma peça-chave do seu arsenal” (p. 23). O pequeno manifesto de onde se extrai essa citação se funda na concepção marxista segundo o qual o capital se esforça para produzir crises para impor mudanças que considera pertinentes. Menciona o exemplo do diretor do Instituto Grego de Estatísticas (Elstat), que falsificou as contas da dívida do país, tornando a situação da Grécia aparentemente mais grave, de forma a justificar um projeto de reformulação neoliberal completa de uma sociedade.

Os autores fazem, ainda, alusão à conotação terapêutica da crise (o momento da crítica), utilizada durante a modernidade, para se abrir o debate relativo aos sintomas e a medicação, e, portanto, impor a necessidade de uma decisão. Atualmente, a crise seria desencadeada com o objetivo de introduzir o remédio que, segundo esse ponto de vista, denuncia uma atual percepção da crise como um “apocalipse sustentável” ou mesmo um “estado de exceção permanente” (p. 28), que justifica “libertar quem governa de toda e qualquer contrariedade quanto aos meios aplicados” (p. 28). Essa percepção seria o fruto de um discurso duplo imposto pelos neoliberais: por um lado, a crise é proposta

como um momento que cria oportunidades, inovações em que só os mais capazes atravessarão; por outro lado, a crise intervém como um método político de gestão das populações, de forma a “desmantelar qualquer hábito, quebrar quaisquer laços, desfazer qualquer evidência, dissuadir qualquer solidariedade, manter uma insegurança existencial crônica” (p. 26).

A crise e a ascensão da Psiquiatria

Para discorrer sobre crise no âmbito da saúde mental, acreditamos ser imprescindível destacar a construção da Psiquiatria enquanto saber específico, e seu ponto de partida: a loucura. Partimos do pressuposto de que a loucura é um objeto historicamente construído, bem como sua apreensão pelo saber médico. Essa ideia de Michel Foucault (1961/2007), presente em “História da Loucura na Idade Clássica”¹⁶ e retomada por autores como Guilherme Providello e Silvio Yasui (2013), tornou-se um tópico indispensável em qualquer discussão sobre o assunto. Ainda assim, é um alerta necessário, já que alguns profissionais que iniciam sua carreira em Saúde Mental ainda desconhecem essa noção¹⁷, e a razão disso não é arbitrária:

A psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa, se renunciaram às práticas, e deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica, mas contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade. (Foucault, 1961/2007, p. 162)

¹⁶ A partir deste momento, faremos referência à obra apenas como “História da Loucura”.

¹⁷ Desde 2014, trabalho em um CAPS no município de São Paulo que compõe, além das atividades de assistência, um Núcleo de Ensino e Pesquisa. Existente desde a década de 80, este núcleo é composto por alguns profissionais da equipe multiprofissional que se reúnem semanalmente para planejar e acompanhar programas de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental, Residência Multiprofissional e Residência Médica e estágios curriculares de graduação de cursos da saúde. Só de março de 2015 a fevereiro de 2018, o núcleo recebeu 40 estagiários e 23 aprimorandos de Psicologia, 1 aprimorando de Serviço Social, 24 residentes multiprofissionais de Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Psicologia, 4 residentes de Psiquiatria, 7 estagiários de Terapia Ocupacional e 1 de Medicina.

Nosso intuito de apresentar muito brevemente as concepções de Foucault sobre loucura, medicina e psiquiatria consiste no fato de que é em seu curso, ministrado entre 1973 e 1974, no *Collège de France*, e posteriormente publicado como “O Poder Psiquiátrico” (1973-74/2006), que o autor desenvolve a argumentação fundamental à nossa pesquisa.

Alguns pontos centrais que Foucault (1961/2007) apresenta em “História da Loucura” serão expostos com a ajuda dos comentadores Providello e Yasui (2013), assim como o exame comparado dessa obra com “O poder psiquiátrico” (Foucault, 2006), realizado por Sandra Caponi (2012).

A partir do estudo dos modos através dos quais se opera a exclusão do louco, em “História da Loucura” é demonstrado como a loucura se caracteriza exclusivamente pela forma como a sociedade experimenta e vivencia sua relação com ela. Não é abordada no texto qualquer definição do termo, mas sim, como os diferentes discursos a respeito dela nas diferentes épocas evidenciam determinadas lógicas de exclusão:

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes. (Foucault, 2006, p.163)

A passagem acima enfatiza que, para a construção do que contemporaneamente entendemos como doença mental, subtraiu-se da loucura uma série de significações, com a soma de algumas outras. Desse modo, “não se ‘encontrou’ um portador de distúrbios mentais e o descobriu como tal, mas se criaram a loucura e o louco” (Providello e Yasui, 2013 p. 1517).

Essa noção de criação da loucura precisa ser fundamentada, e para isso precisaremos retroceder, um pouco, ao posicionamento da medicina enquanto saber científico. Em “O nascimento da clínica” (Foucault, 1963/2012), trata-se do fim do século XVIII, quando há uma transformação importante da ordenação

dos saberes e práticas médicas sustentadas pelos pilares do empirismo, que também alicerça o estatuto da medicina como ciência: “a medicina descobre que a incerteza pode ser tratada analiticamente como a soma de graus de certezas isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso” (p. 106). Essa transformação diz respeito a certos ajustes linguísticos mais apropriados à racionalidade científica (a complexidade de combinação, o princípio da analogia, a percepção das frequências e o cálculo dos graus de certeza), a despeito de ínfima apuração da práxis ou qualquer avanço conceitual significativo.

Por se tratar de um livro que aborda, fundamentalmente, o olhar, já que na passagem do Iluminismo para o século XIX “o olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível e, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional” (p. XIII), a doença e o corpo doente são apreendidos por um olhar positivo, ou seja, a clínica torna-se o exercício do olhar sobre a doença embasada pelo visível. Como efeito,

a medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções; e o conhecimento fisiológico, outrora marginal para o médico, e puramente teórico, vai se instalar... no âmago de toda reflexão médica. (p. 38)

Para conhecer a “verdade” sobre o fato psicológico, o médico deve ter o foco sobre a doença e, portanto, a pessoa e sua singularidade devem ser subtraídas, já que a medicina moderna é ancorada na racionalidade anatomo-clínica. Que dizer, então, da doença ausente de quaisquer substratos anatomopatológicos? Essa é uma das questões presentes em “O poder psiquiátrico”, sobre cuja obra Caponi (2013) faz a seguinte observação:

Parece que a maior diferença existente entre “História da Loucura na Época Clássica” e o curso de 1973/74 está em seus objetos de estudo. No primeiro caso, tratava-se de estudar a representação da loucura como fenômeno histórico e social, analisada do ponto de vista das percepções sociais.... No segundo caso, tratava-se de analisar já não mais a percepção da loucura, mas os discursos, as ciências, os jogos de poder e verdade que tomam por objeto a loucura. (p. 32)

Essa autora acrescenta que, nessa segunda empreitada de Foucault, há uma tentativa de aproximação e articulação entre a “História da Loucura” e “O nascimento da clínica” e, nesta tarefa, ele encontrou a dificuldade em separar as histórias da psiquiatria e da medicina:

Parece-me que, entre os que podemos considerar como fundadores da psiquiatria, a operação médica que efetuam quando curam não tem em sua morfologia, em sua disposição geral, praticamente nada a ver com o que se está tornando a experiência, a observação, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Esse acontecimento, essa cena, esse procedimento são, creio, nesse nível, desde esse momento, absolutamente irreduzíveis ao que acontece na mesma época na medicina. (Foucault, 1973-74/2006, p.16)

São fundamentais as aulas seguintes de Foucault nas quais ele apresenta o interesse do discurso médico pelo sofrimento que não é localizado em órgãos ou tecidos do corpo humano: “um sofrimento que damos o nome confuso de ‘doença mental’ ou de ‘transtorno psiquiátrico’” (Caponi, 2013, p. 34), e por conseguinte, sua disciplina de atuação, a Saúde Mental. É algo de um movimento ambíguo em que a psiquiatria almeja ser reconhecida como um saber médico, ao mesmo tempo em que preserva distância dele. Nesse sentido, Joel Birman (1978), na obra “A psiquiatria como discurso da moralidade”, reitera que essa especialidade médica precisou salvaguardar a necessidade de produção de um discurso próprio, que garantisse o interesse epistemológico e o esforço em instaurar métodos clínicos e terapêuticos que fossem adotados pela racionalidade médica. Ainda assim, apesar da criação de diagnósticos, a precisão nosológica não era fundamental, ou seja, a questão maior era saber se o paciente seria louco ou não, pois essa era a informação que determinaria a inclusão no asilo psiquiátrico. Essa marca é fundamental na diferença entre medicina e psiquiatria:

Não se trata de perguntar, como na clínica, “*do que ele está doente*”, mas de saber se “*ele está ou não doente*”. Por essa razão, Foucault fala de um

‘diagnóstico absoluto’ da psiquiatria por oposição ao diagnóstico diferencial da medicina clínica. (Caponi, 2003, p.37, grifos nossos)

O encarceramento da loucura nos asilos é tema fundamental para a Reforma Psiquiátrica e, especificamente no Brasil, é a crítica do encarceramento que fundamenta o Movimento da Luta Antimanicomial, celebrado a partir de 1987. Para Esquirol, discípulo de Pinel, o isolamento dos loucos prestava-se a: 1) garantir a segurança pessoal e dos familiares; 2) libertá-los das influências exteriores; 3) superar suas resistências pessoais; 4) submetê-los a um tratamento médico contínuo; 5) estabelecer novos hábitos intelectuais e morais. (Foucault, 1973-74/2006). Essas quatro intenções compunham o tratamento chamado de “moral”, que não almejava fazer “surgir a verdade da loucura” (Foucault, 1973-74/2006, p. 12), para poder observá-la, descrevê-la, diagnosticá-la e tratá-la, mas sim, pretender exercer sobre o louco um poder terapêutico e de moralização.

Mas em que contexto se insere o discurso sobre a “crise” no campo médico? Se retornamos ao “O poder psiquiátrico” (Foucault, 1973-74/2006), especificamente à aula de 23 de janeiro de 1974, lemos Foucault fazer uma investigação da verdade¹⁸, tendo-se como elementos de discussão o interrogatório, a confissão, a hipnose e a droga. Naquela data, Foucault iniciava também sua discussão sobre a crise para o pensamento médico, ainda que tecesse alguma consideração sobre o modo esquemático de apresentar suas reflexões, sem levar em consideração os saltos ocorridos nos vinte e dois séculos que precederam o surgimento da técnica da anatomia patológica.

Este pensamento esquemático se inicia com uma definição:

crise, como sabemos, é o momento em que pode se decidir a evolução da doença, isto é, em que pode se decidir a vida ou a morte, ou ainda a passagem

¹⁸ Interessado pela discussão sobre a verdade, Foucault parte da discussão sobre a crise para apontar a passagem da tecnologia da verdade-prova para a tecnologia da verdade-conhecimento, isto é verdade que se constata pela demonstração. A verdade-prova se dá na forma do acontecimento. A crise é o momento em que a verdade da doença aparece. Sugerimos, para o aprofundamento desta discussão, o texto de Ricardo Moebus (2014), “Crise – um conceito substitutivo para a saúde mental”.

ao estado crônico... A crise é muito exatamente o momento do combate, é o momento da batalha ou é também, na batalha, o momento em que precisamente ela se decide. (Foucault, 1973-74/2006, p. 310)

Essa batalha sempre tem seu período determinado, com dia e hora para começar e terminar. Ainda assim, Foucault demarca um caráter ambíguo deste periodismo, já que ele denota certo ritmo natural que é inerente à própria doença. Desse modo, cada doença tem um ritmo próprio de crises possíveis, como, por exemplo, quando Hipócrates distinguia as febres cujas crises aconteciam nos dias pares das que aconteciam nos dias ímpares. A crise torna-se, portanto, uma característica intrínseca da doença e, neste sentido, o momento em que ela, a doença, eclode em sua verdade. Nesta perspectiva então, a doença em si não é nada, diferentemente da crise, que se torna o único acontecimento sobre o qual o médico deve intervir. Para isso,

o médico deve, em primeiro lugar, por um lado, prever a crise, identificar em que momento ela ocorrerá, esperar precisamente o dia em que ela ocorre, e é nesse momento que ele travará a batalha para vencer, enfim, para fazer com que a natureza triunfe sobre a doença; ou seja, o papel do médico será, em certo sentido, reforçar a energia da natureza. (p. 312)

Essa técnica de reforçar a energia da natureza carrega uma dupla dificuldade. Por um lado, se o médico lutar demais, a crise não ocorrerá e, assim, o estado mórbido continuará. Por outro, se a natureza se tornar forte demais na tentativa de expulsar a doença, o doente pode morrer pelo próprio esforço violento desta empreitada. Desse modo, o médico torna-se, nesta tecnologia da crise, principalmente “*o gerente e o árbitro da crise do que o agente de uma intervenção terapêutica*” (p. 312, grifos nossos).

Neste sentido, Foucault (1973-74/2006) assemelha a prática médica da medicina grega à de um juiz que trata de um litígio, pois decide a cura, mas não a natureza que enfrenta a doença. A função dele é de prever a crise, isto é, “ele avalia as forças em presença, procura modificar ligeiramente o jogo, em todo o

caso a relação de forças, e tem sucesso se fizer a natureza ter sucesso” (p. 313). A crise é então demonstrada em seu caráter absoluto de julgamento. Em Muitos dos trabalhos que tomamos conhecimento, há uma tradição de apresentar a etimologia da palavra crise. Leonardo Boff (2002) é o autor da apresentação que consideramos mais interessante. Nela, a palavra *κρίσις* [krisis] é remontada em seu significado de *juízo* ou *decisão* e, deste modo, toda situação de crise implica, necessariamente, uma escolha. Em acréscimo, em nível de curiosidade, o português também recebe influência da palavra sânscrita *kri*, que significa purificar. Esta noção aparece na palavra crisol, elemento químico que purifica o ouro.

No fim do século XVIII, entretanto, a noção de crise desaparece na medicina. O motivo, crê Foucault (1973-74/2006), está na edificação do equipamento hospitalar e médico neste mesmo século, já que ele assegura a vigilância geral da população, e integra à doença o corpo do indivíduo vivo e, principalmente, seu corpo morto. Ou seja,

vai-se ter no fim do século XVIII uma vigilância geral das populações e, ao mesmo tempo, a possibilidade concreta de pôr em relação uma doença e um corpo autopsiado. É o nascimento da anatomia patológica, ao mesmo tempo em que o aparecimento de uma medicina estatística, de uma medicina dos grandes números – a um só tempo, a assinalação da causalidade precisa pela projeção da doença num corpo morto e a possibilidade de vigiar um conjunto de populações –, é isso que proporciona os dois grandes instrumentos epistemológicos da medicina do século XIX. E é evidente que, a partir desse momento, vamos ter uma tecnologia da constatação e da demonstração que vai tornar progressivamente inúteis às técnicas da crise. (p. 318)

Na psiquiatria, a explicação é um pouco diferente, e se dá por três razões. Em primeiro lugar, o hospital, enquanto sistema disciplinar, prevê a ordem, e o desencadeamento da crise da loucura, a partir dela própria, é excluído. Isto é, “o espaço disciplinar do asilo não pode ceder lugar à crise da loucura” (p. 319), *porque não se deve pensar sobre ela*. O tratamento moral prevê, a qualquer custo, a exclusão do pensamento da loucura em substituição às atividades que preencham o tempo do asilado.

O segundo motivo diz do próprio recurso da anatomia patológica, cujo início data de 1825 na prática asilar. Esta prática excluiu da palavra dos loucos a verdade da loucura e a colocou nos seus nervos e cérebros. Segundo Foucault (1973-74/2006), a mensagem era clara: “podemos amarrar você [louco] na cadeira, podemos perfeitamente não ouvir o que você diz, porque é à anatomia patológica que perguntaremos qual a verdade da sua loucura quando você morrer” (p. 319).

O último motivo é a relação existente entre loucura e crime, pois, nos anos de 1820, nos tribunais de justiça, os psiquiatras passaram a se questionar, diante de qualquer ato criminoso, se o ato era um sinal de doença. A intenção, todavia, não era tanto de demonstrar que todo criminoso era um possível louco, mas que todo louco seria um possível criminoso, salvaguardando, assim, a importância do poder psiquiátrico enquanto benfeitor da ordem: “estamos aqui [psiquiatras] para proteger a sociedade, já que no âmago de toda loucura está inscrita a possibilidade de um crime” (p. 319). Claramente, não se desejaria a manifestação da crise da loucura, pois ela poderia ser perigosa, resultando na morte do outro. Em vista disso, se o saber médico, em geral, seria da especificação de uma doença, o saber psiquiátrico é requisitado para a confirmação da doença, pois ela determina a internação e, portanto, a segurança de todos.

Este interesse de fundar a prática da psiquiatria pela defesa social devia-se à impossibilidade de soerguê-la enquanto verdade, tanto a partir da anatomia patológica, quanto do regime disciplinar, ou mesmo da imposição da calma aos loucos. Então, a psiquiatria, no século XIX, por não ter condições de seguir a atividade médica do diagnóstico diferencial, recorrerá novamente à crise:

O hospital psiquiátrico inventou literalmente uma nova crise médica. Não mais essa crise de verdade que era jogada entre as forças da doença e da natureza, e que caracteriza a crise que chamarei de crise de realidade, e que se joga entre o louco e o poder que o interna, o poder-saber do médico. O médico deve estar numa posição de árbitro em relação a essa questão da realidade ou não-realidade da loucura. (p. 322)

Funda-se, então, uma função inusitada do hospital psiquiátrico, de fazer com que a loucura se torne real, diferentemente do hospital comum, que pretende saber o que é uma doença e como suprimi-la. Por conseguinte, tendo o saber psiquiátrico o domínio do reconhecimento da loucura, o hospital psiquiátrico tem por função fazê-la existir como realidade.

Toma-se, então, a crise em seu caráter ambíguo, já que é por ela que se passa a justificar as internações nos asilos enquanto defesa da sociedade, por meio do gerenciamento do risco, ao mesmo tempo em que a função do regime disciplinar é excluir as crises. Desse modo, segundo Moebus (2014), torna-se um pouco mais claro entender por que há sempre no cerne dos movimentos de Reforma Psiquiátrica alguma retomada da discussão sobre a crise, já que é *no cerne dela que incidem os esforços de construções ou inovações substitutivas*.

É possível acusar os atores da invenção da psiquiatria moderna como os responsáveis pelo trancafiamento da loucura. Entretanto, essa acusação teria que levar em conta o pressuposto sustentado por alguns de que foi Pinel quem soltou os loucos das correntes, fato que simboliza um dos auge do humanismo moderno¹⁹. Preferimos, então, citar a tese de Richard Couto e Sonia Alberti (2008), segundo a qual a psiquiatria moderna deveria ser tomada como reforma, já que a Reforma Psiquiátrica não diz respeito apenas às diferentes contestações do saber psiquiátrico e reivindicações da substituição do asilamento, mas aos movimentos “que tentam salvar a Psiquiatria” (p. 54).

Até este momento, apresentamos algumas noções elementares que introduziram a loucura no escopo de saber da medicina e garantiam a ordem por meio do hospital, isto é, local misto entre prisão e asilo para os pobres, loucos e outros “degenerados” (Caponi, 2013). No século XVIII, a Revolução Francesa é um marco importante do alicerçamento do lugar privilegiado do asilo: ela não apenas permite o capitalismo ultrapassar as barreiras políticas e feudais na Europa Ocidental – aliando-se às mudanças econômicas oriundas da Revolução Industrial, que defende que o poder pode ser exercido por todos, desde que as

¹⁹ Tony Robert-Fleury criou em 1876 uma pintura a óleo em que Philippe Pinel, pai da psiquiatria moderna, solta uma mulher acorrentada no pátio do Hospital Salpêtrière, em 1795. Na mesma obra, no canto inferior esquerdo, outra mulher beija a mão de Pinel, em tom de agradecimento.

instituições garantam este exercício. O tratamento moral ascende então como ápice da qualidade terapêutica, perdurando pelo século seguinte.

Já no século XX encontram-se novidades significativas na esfera da compreensão das formas de sofrimento psíquico. Ao trazer a possibilidade de investigação do inconsciente, a psicanálise postula que o “Eu se sente mal, depara com limites a seu poder em sua própria casa” (Freud, 1917/2010). Segundo o pensamento freudiano, essa concepção, acompanhada do heliocentrismo de Copérnico e a teoria evolutiva de Darwin, comporiam as três afrontas ao amor próprio da humanidade por parte da ciência. Enquanto a psiquiatria da época ainda tentava contrapor a razão ao delírio, a Psicanálise nos convidava a pensar este fenômeno como algo dotado de sentido e função, atribuindo-lhe estatuto de tentativa de cura:

A psiquiatria contesta, naturalmente, que esses casos envolvam espíritos maus que se infiltraram na psique, mas limita-se a dizer, dando de ombros: “Degeneração, disposição hereditária, inferioridade constitucional!”. A psicanálise procura esclarecer essas inquietantes doenças; ela empreende pesquisas longas e acuradas, produz conceitos auxiliares e construções científicas, e pode enfim dizer ao Eu: “Nada estranho se introduziu em você; uma parte de sua própria psique furtou-se ao seu conhecimento e ao domínio de sua vontade. (Freud, 1917/2010)

As conclusões de Foucault, as concepções psicanalíticas, e o debate em torno das grandes instituições (a família, as prisões, os manicômios etc.) influenciaram as diferentes experiências de Reforma Psiquiátrica ao redor do mundo. Concordamos com a forma com que Paulo Amarante (2011, 2014, 2016) e outros estudiosos do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS)²⁰ apresentam essas diferentes experiências que influenciaram a Reforma Psiquiátrica brasileira. Propomos apresentar as experiências de Reforma italiana, francesa e norte-americana (2011, 2014), tendo a crise como o cerne da discussão, pois estes diferentes movimentos

²⁰ O LAPS é um laboratório bastante ativo no Brasil, no que tange à produção sobre Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial. Situa-se na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro.

apresentam peculiaridades e modos muito singulares de conceber e definir a crise e, embora apresentem muitas semelhanças, também se destacam suas diferenças.

Concepções norte-americanas de crise e os princípios de Psiquiatria Preventiva

Nos Estados Unidos, após cento e cinquenta anos do início da reivindicação psiquiátrica do conceito de crise, essa noção volta a centralizar a discussão e o cuidado em Saúde Mental. Naquele país, a década de 1960 marca o início da Psiquiatria Preventiva – assim chamada por seu criador, Gerald Caplan – e se insere no âmbito da Psiquiatria os preceitos da Medicina Preventiva.

A Medicina Preventiva é o campo de saber médico derivado da doutrina higienista, que teve origem em meados do século XIX, enquanto estratégia de atenção à saúde dos habitantes, diante das novas enfermidades, emergentes no contexto de urbanização. De acordo com Sérgio Arouca (2003), em defesa da saúde dos indivíduos, da espécie e da raça, e de frequentes ameaças pelas condições da vida, a medicina criou tecnologias que almejavam o desenvolvimento humano para que pudesse se defender das condições desfavoráveis. Ancorada nesta premissa, a saúde é definida como um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e a doença é entendida como processo de interação do homem diante de estímulos patogênicos, concepção que retoma a teoria da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark. Essa retomada é apresentada tanto por Katia Jardim e Magda Dimenstein (2007), como por Arouca (2003), já que, na essência da teoria em questão, o aparecimento de uma doença exige um agente patogênico (um hospedeiro) e um meio ambiente com características favoráveis. Destarte, qualquer doença pode ser evitada, caso ocorra alguma intervenção que objetive eliminar o agente patogênico, fortalecer o hospedeiro, ou manipular o ambiente. Esse conjunto de convicções será decisivo na concepção de crise no âmbito da Psiquiatria Preventiva.

Manuel Desviat (1999) sintetiza que “as ideias de *prevenção, risco e população de risco* constituem, juntamente com a teoria da crise, os elementos conceituais da psiquiatria preventiva ou comunitária” (p. 59, grifos nossos). Nesse mesmo trabalho, o autor explana que alguns dos pilares que sustentam a reforma psiquiátrica norte-americana constituem uma proposta de intervir sobre a doença mental de acordo com seu *momento evolutivo*. Ou seja, afirma-se uma prevenção primária, na qual se intervém sobre as condições etiológicas possíveis de origem individual e do meio; uma prevenção secundária que pretende realizar diagnóstico e tratamento precoce da doença mental; e uma prevenção terciária, definida como a readaptação do paciente à vida social após a melhoria.

A psiquiatria toma, neste contexto, uma conformação ambígua. De acordo com Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1994), em “Organização de instituições para uma Psiquiatria comunitária”, a psiquiatria no contexto norte-americano

passa a ser atravessada por linhas de força de origens diversas, referidas a valores lógicos e conceituais diferentes. Como prevenção, ela se pretende uma disciplina articulada à psiquiatria geral, e mesmo à Medicina, pelo viés da Saúde Pública, mas é ao mesmo tempo, uma produção do sistema estatal que erige alguma coisa como ideal normativo de saúde psíquica. Procura-se costurar os termos desta disparidade denominando a Psiquiatria Preventiva como a realização dos anseios da “comunidade”. (p. 55)

Essa tese pode ser comprovada pelas próprias considerações de Gerald Caplan (1964/1980), para quem “a psiquiatria preventiva é um ramo da psiquiatria, mas é também parte de um esforço comunitário mais amplo em que os psiquiatras dão sua própria contribuição especializada a um todo maior” (p. 31).

Assim, quando a psiquiatria norte-americana incorpora os preceitos da prevenção, ela parece atualizar o pressuposto foucaultiano de que o psiquiatra se torna um funcionário do equilíbrio comunitário. Nota-se que a ambiguidade da palavra “prevenir” implica em adaptar, “em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio

e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são *ameaças*, reais e (ou) simbólicas para sua dissolução” (Birman e Costa, 1994, p. 56, grifo nosso).

Destacamos a “ameaça” com o propósito de sustentar que é a ausência dela que garante o Bem-Estar Social, pelo menos no que se refere à possibilidade do ato criminoso motivado pela loucura, que, aliás, requer a figura do psiquiatra para sua confirmação. É neste contexto que o conceito de crise é evocado, pois ele será “o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade” (Birman e Costa, 1994, p. 57) e o “psiquiatra e sua equipe, junto com a população como um todo... deve atuar nas situações que antecederiam a eclosão da enfermidade” (p. 57).

Ainda assim, Caplan necessitava de refinamento teórico para apresentar a sua teoria da crise e, para isso, ele recorre, sobretudo, aos estudos de dois autores: Erich Lindemann (1944) e Erik Erikson (1950/1978; 1968/1972). Cabe dar ênfase a estes nomes, pois como eles eram psicanalistas, foram fundamentais algumas concepções psicanalíticas para que a teoria da crise norte-americana fosse edificada. De acordo com Caplan (1960/1980): “os estudos psicanalíticos, especialmente os dedicados à psicologia do ego, exerceram profunda influência no desenvolvimento da estrutura conceitual da psiquiatria preventiva” (p.26).

Lindemann (1944) inaugurou a teoria da crise em 1944, ao estudar 101 pessoas que tinham algum vínculo com vítimas fatais de um grave incêndio ocorrido em Boston, nos Estados Unidos. Ele constatou que os indivíduos enlutados tiveram que se adaptar à situação de ausência, o que exigia recriar um ambiente em que a pessoa falecida não era mais incluída, além de criar relações sociais. As concepções de Lindemann (1944) destacam que, em primeiro lugar, foi necessário adotar o luto agudo como uma síndrome aguda com sintomatologia psicológica e somática; em segundo, assumir que o luto pode aparecer logo após uma crise, como também tardiamente, além de poder ser exagerado, como aparentemente ausente; em terceiro lugar, que em lugar da síndrome típica, pode aparecer algum quadro distorcido, cada um representando um aspecto do luto em si; e, por último, por meio de intervenções sobre este quadro, eles podem se transformar em um luto normal com uma reação aberta a uma resolução.

Desse modo, Lindemann (1944) precisou definir as características de um luto considerado normal, e descreveu as intervenções clínicas que deveriam ser prestadas a um quadro agudo emergido a partir de uma situação considerada de crise, e isso determinaria a boa resolução do quadro. Além disso, o autor propôs inserir a intervenção psiquiátrica nos eventos ditos comuns, sem que fosse manifestado qualquer sinal de patologia:

O manejo psiquiátrico apropriado de reações de luto pode prevenir alterações prolongadas e sérias no ajustamento social dos pacientes, bem como uma doença em potencial. A tarefa essencial que o psiquiatra enfrenta é a de compartilhar o trabalho de luto do paciente, ou seja, seus esforços para livrar-se da escravidão do falecido e encontrar novos padrões de interação mais gratificantes. (1944, p. 198)

O estudo realizado por Lindemann (1944) colaborou para uma noção de crise assumidamente oriunda de fenômenos externos ao indivíduo, mas jamais deixou claro quaisquer pressupostos de crise manifestada na ausência do chamado evento traumático. Para solucionar este problema, Caplan (1964/1980) incorporou a teoria das crises de desenvolvimento propostas por Erik Erikson (1950/1978), cujas ideias ganharam grande influência em todo território norte-americano, a partir da obra “Infância e Sociedade” na qual expressa as bases para o conceito de crise de desenvolvimento, retomado no ano de 1968, em “Identidade, Juventude e Crise”.

Erikson partiu do trabalho de Freud sobre os estágios de desenvolvimento (1905/2016), e realizou, a partir desse texto, uma divisão em estágios subsequentes à fase genital. Enquanto representante da Psicologia do Ego, o autor partia da premissa que o Eu fosse algo além de uma verificação das exigências do id e de um moderador entre id e superego. Em vez disso, o Eu teria vida própria. Embora parcialmente consciente e parcialmente inconsciente, o Eu representa, para Erikson, mais claramente, a personalidade total do que o id. Para Renato Mezan (2014), essa corrente da psicanálise, a “teoria do ego autônomo” (p. 37), pôde encontrar lugar de destaque nos Estados Unidos, porque sua inclusão no arsenal teórico e prático encontrou força nos preceitos

ideológicos daquele país. Isso inclui a ênfase nas interações sociais no desenvolvimento, além do papel subestimado da sexualidade, como feito pela maioria dos pós-freudianos que fundaram alguma tradição psicodinâmica nos Estados Unidos, como Jung, Adler, Horney e Sullivan. James Fleming (2004), estudioso atual dos trabalhos de Erikson, afirma que esse psicanalista jamais negou abertamente os fenômenos como a fixação oral e o complexo de Édipo, mas não apenas minimizou o papel da sexualidade no desenvolvimento humano, como também diminuiu o destaque sobre o aspecto inconsciente do psiquismo, concentrando-se mais nas influências interpessoais, sociais e culturais.

Erikson (1950/1978) nomeou como “crises do ego” os desafios singulares presentes em cada estágio do desenvolvimento. Essas crises configuram-se como obstáculos à identidade individual de uma pessoa, cujo desenvolvimento bem-sucedido da personalidade implica na superação dessas crises. Esse pressuposto de desenvolvimento prossegue de acordo com sua leitura a respeito do princípio epigenético. De acordo com Fleming (2004), este princípio

foi originalmente usado em embriologia para denotar o desenvolvimento fisiológico como uma espécie de desdobramento natural do embrião em desenvolvimento em feto, depois em criança. Se algo perturbar o desenvolvimento do embrião (um braço, por exemplo) no momento crítico em que esse membro deve se desenvolver, o braço nunca se desenvolverá adequadamente. A contrapartida do membro no desenvolvimento psicossocial é um aspecto da personalidade, como o sentimento de confiança básica em seu primeiro estágio. (p. 97)

Erikson sustentava sua aliança com as conjecturas freudianas quando lia, em Freud, que o desenvolvimento bem-sucedido em cada estágio era necessário para o desenvolvimento exitoso em etapas posteriores, e diferentemente da desesperança da embriologia, propunha que, através da psicanálise, seria possível suportar e resolver os conflitos da vida. Esta resolução seria dificultada porque em cada estágio, a criança ou adulto em desenvolvimento seria confrontado com um conflito de forças opostas. Ao

mesmo tempo, a resolução adequada só poderia ser alcançada a partir do momento em que o indivíduo experimentasse ambos os aspectos do conflito.

Gostaríamos de reiterar que a teoria da crise proposta por Gerald Caplan (1964/1980) sofre influência e, ao mesmo tempo, atualiza as ideias psicanalíticas trazidas por Erikson (1950/1978) e Lindemann (1944), incidindo sobre as formas de expressão e intervenção sobre a crise. Lembramos apenas que as crises, compreendidas pela Psiquiatria Preventiva, são as situações nas quais o psiquiatra deve agir preventivamente, anteriormente à eclosão da enfermidade.

Tais situações podem ser divididas em dois grupos, sendo o primeiro, o grupo das crises evolutivas, oriundas do processo normal de desenvolvimento, assim como descreveu Erikson (1950/1978). Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo, na qual os comportamentos não são caracterizados por um padrão definido, os conflitos podem ser gerados conduzindo a desadaptação, que se não forem elaborados pela pessoa, podem ser conduzidos pela doença mental. Por outro lado, temos as crises acidentais, que são precipitadas por uma ameaça de perda ou por uma perda propriamente dita, “que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença” (Birman e Costa, 1994, p. 57). Podemos, então, atribuir a Lindemann a influência sobre o entendimento das crises acidentais e, a Erikson, a influência sobre a compreensão das crises evolutivas.

A crise se configuraria, portanto, como o momento crítico do *possível desajustamento*, a *perturbação*, ou como escreveram Birman e Costa (1994), a “*fissura no sistema adaptativo do sujeito*” (p. 57, grifos nossos). O elemento em jogo nesse desequilíbrio é a tensão em face do problema psíquico insolúvel, dimensionada a partir de sua intensidade e em sua duração. Lemos essa sistematização realizada por Caplan (1964/1980) do seguinte modo:

Fase 1: A elevação inicial de tensão em decorrência do impacto do estímulo, aciona as habituais respostas homeostáticas na solução de problemas.

Fase 2: A falta de êxito e a continuação do estímulo estão associadas à elevação de tensão e ao estágio previamente descrito de perturbação e ineficácia.

Fase 3: Uma nova elevação de tensão leva-a ultrapassar um terceiro limiar, quando então atua como poderoso estímulo interno na mobilização de recursos internos e externos. O indivíduo acode a suas reservas de força e a seus mecanismos de emergência para solucionar problemas... Em consequência dessa mobilização de esforço e redefinição da situação, o problema pode ser resolvido....

Fase 4: Se o problema continua... a tensão ultrapassa um novo limiar e torna-se insuportável com o tempo, atingindo um ponto de ruptura. Ocorre então uma grave desorganização do indivíduo. (p. 55)

A crise passa, dessa maneira, a ser o objeto privilegiado da intervenção, a fim de reequilibrar o indivíduo, promovendo sua saúde mental. Tendo como partida as fases de desenvolvimento, a crise pode ser encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo, já que ele poderia, diante da situação nova, elaborar os instrumentos para lidar com ela, embora se estiver sozinho nesta empreitada, ele não pode sempre conseguir torná-la proveitosa para si. Caplan (1964/1980) orienta que todos os técnicos em saúde mental, ou mesmo membros da comunidade orientados pelos saberes da Psiquiatria Preventiva, podem tornar a crise um meio de crescimento. Desse modo, “num sistema que se propõe a produzir saúde mental, agir sobre as crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas” (Birman e Costa, 1994, p. 58).

E como agir sobre as crises? Para o psicanalista norte americano, as estratégias se resumiriam em educar a população através dos meios de comunicação de massa, sobre os sinais precoces de crise e de doença mental, para a qual se começava a inventar novas tecnologias medicamentosas, como a clorpromazina e o haloperidol, sem considerar a já consagrada lobotomia ou mesmo a psicoterapia analítica. Além disso, devia-se realizar capacitações aos líderes formais e informais da “comunidade”, na qualidade de supervisores de Saúde Mental, pois já que estavam em contato direto com a comunidade, teriam melhores condições de atuação sobre a crise.

As estratégias, entretanto, revelam um problema, pois, Caplan não dispunha de um modelo psicopatológico causal que pudesse fundamentar uma ação preventiva. Isto é, não havia, e não há até hoje, um conhecimento etiológico para o grande número de enfermidades mentais, exceto um pequeno número de

doenças de substrato orgânico, fato que conduz a uma prática que se volta para a Prevenção Primária sem nenhuma racionalidade etiológica. Essa prática afirma-se, portanto, em um conhecimento parcial aplicado em um plano global de assistência psiquiátrica. Os efeitos dessa noção de crise e de sua intervenção são perfeitamente apresentados por Birman e Costa (1994) e, por meio das palavras dos autores, podemos encerrar as premissas norte-americanas:

A psiquiatria preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX, para justificar uma atuação sem conhecimento de causa e chamar isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social. (p. 59)

A psiquiatria democrática e as concepções italianas de crise

O início de nosso percurso pela Psiquiatria Preventiva não é arbitrário. O modelo norte-americano influencia as estratégias de atenção à crise até dias atuais, por meio da chamada “*Crisis Intervention*”. Em contrapartida a esse modelo, tomamos a tarefa de apresentar as concepções de crise no contexto de início de Reforma Psiquiátrica nos diversos países, sendo a Itália um importante polo de influência para o Brasil. Nesse contexto, O texto intitulado “Resposta à crise: estratégia e intencionalidade de intervenção no serviço psiquiátrico territorial”, de Giuseppe dell’Acqua e Roberto Mezzina (1991), é paradigmático para nossa discussão.

Giuseppe dell’Acqua é atualmente professor do curso de Psiquiatria Social na Faculdade de Psicologia na Universidade de Trieste, cidade onde foi diretor do Departamento de Saúde Mental, por 17 anos, até abril de 2012. Iniciou sua carreira como psiquiatra e participou da experiência de fechamento do Hospital Psiquiátrico também na mesma cidade. Roberto Mezzina também participou da mesma experiência e, atualmente, é o diretor do Departamento onde dell’Acqua exerceu a mesma função. O trabalho em conjunto destes dois

autores passou a ser referência a respeito da desinstitucionalização, da organização de serviços comunitários, da intervenção em crises em cuidados comunitários pautados pela noção de Reabilitação Psicossocial²¹.

Os autores, de início, já preconizam a dificuldade em apresentar uma definição de crise na Psiquiatria. Independentemente do esquema de definição da crise, ela deveria, em última análise, levar em conta a organização psiquiátrica de uma determinada área e em um determinado momento histórico. Existiria um valor limite relativo a essas duas contingências, além do qual, os problemas emocionais, psicológicos, interpessoais e sociais, e as ocorrências diárias da vida assumem as características de crise e tornam-se objeto de preocupação específica da psiquiatria. Frequentemente, segundo os pesquisadores italianos, uma pessoa em crise entra no circuito psiquiátrico, no qual o hospital psiquiátrico representaria o último recurso. De acordo com os sistemas de reconhecimento, o valor limite de entrada no circuito psiquiátrico será redefinido em cada caso, como um limiar de sofrimento, de ansiedade, de perigo social, de pobreza, das pressões das relações familiares e de trabalho, da diversidade de comportamentos, de intolerância, do nível de violência inerente a um contexto social particular. Destarte, a proposta italiana consiste em demonstrar como as condições de crise correspondem a situações de vida muito complexas, e como recursos e métodos voltados a proteção dessas situações devem, portanto, ser complexos também.

Essa posição marca uma oposição, no contexto já estudado por nós no decorrer deste capítulo. Dell'Acqua e Mezinna (1991) apresentam fortes críticas ao modelo norte-americano, que utiliza o modelo precoce de intervenção. Para os autores, as intervenções terapêuticas são de curto prazo e não utilizam

²¹ Considera-se na reabilitação psicossocial os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes no processo de adoecimento. Sendo a ênfase que se dá a cada um destes fatores, determinada por problemáticas singulares, os meios básicos de tratamento ocorrerão por meio das “psicoterapias, as laboraterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho; além da medicação” (Costa-Rosa, 2000, p. 154). Sob este prisma, enfatiza-se a pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social, e partindo do pressuposto de que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, o tratamento será conduzido na direção de uma metabolização do sofrimento que envolva “um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos [e contradições que o travessa], passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse ‘sofrimento’; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças” (Costa-Rosa, p. 155).

métodos que oferecem atendimento integral ao paciente em crise, de modo que a presença do hospital como recurso terapêutico cria a possibilidade de utilizar esquemas técnicos impermeáveis e seletivos acriticamente. Por consequência, a Psiquiatria Preventiva classifica os comportamentos e homogeneiza o que são problemas heterogêneos e, portanto, sempre fornece uma resposta pré-formatada, procurando ler as condições da crise dentro de parâmetros definidos e gerenciáveis.

Os autores italianos não almejam propor uma leitura do conhecimento cognitivo e níveis interpretativos da crise. O problema que se detém é a necessidade de um *modelo organizacional* do serviço extra-hospitalar, que incentivará respostas adequadas a situações complexas assim que emergirem. Esta escolha parte da experiência de que o contato entre o serviço e o indivíduo, em seu meio, pode ser usado para reconstruir a história de vida de uma pessoa. Esse processo ajuda a localizar a crise dentro de uma *série de relacionamentos* que, por sua vez, a torna compreensível, embora inexplicável. Finalmente, o mesmo processo ajuda a salvar a ligação valiosa entre a *saúde, os valores da vida e a crise*. Os autores ainda enfatizam que a história de vida de um indivíduo é considerada tanto como a reconstrução de sua experiência *social, institucional e emocional*, como também como o conserto da fratura em sua experiência causada pela crise em questão. Essa proposta vai ao encontro dos objetivos da Reabilitação Psicossocial, que almejam não achatar qualquer experiência de sofrimento a uma explicação externa²²:

o momento em que se dá a atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade da sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço, qualquer que este seja, equipou-se de modo *especular* para perceber e reconhecer – oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sintoma. (dell’Acqua e Mezzina, 1991, p. 55)

²² Claramente, esta é uma das contribuições da psicanálise no que diz respeito às formulações sobre a constituição do sujeito (Costa-Rosa, 2000).

A respeito dessa especularização, faz-se necessário tomar todos os seus elementos constitutivos da demanda psiquiátrica, que são os meios ou indivíduos através dos quais a demanda é feita. O serviço deve ser capaz de ler o rastro ou curso que leva de uma crise que é silenciosa e incapaz de ser ouvida, para um comportamento que é transgressivo ou alarmante e um sinal de sofrimento, resultando finalmente nos sistemas sociais de emergência sendo postos em movimento. Em continuidade, responder à crise presta-se a organizar diferentes modalidades de contato e proporcionar uma intervenção precoce, desenvolvendo um método operacional que conecte a crise a todas as outras demandas psiquiátricas que se expressam em formas diferentes da emergência.

Nota-se que, para os italianos, há oposição a certa noção de prevenção, tal qual postulada pelos norte-americanos. Eles ressaltam que a resposta eficiente à crise não pode ser separada do trabalho de prevenção que “se funda sobre a correta prática da ‘tomada de responsabilidade’ do conjunto dos elementos do jogo” (p. 57). A tomada de responsabilidade é um conceito central da psiquiatria democrática italiana, e se define como uma atitude de implicação na qual *tudo que diz respeito a um usuário importa ao serviço de saúde*. O objetivo maior é estreitar os laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o seu território, onde deve ser baseado o atendimento. Assim, assumir uma ação junto à pessoa que sofre significa adotar uma perspectiva “para além daquilo que convencionalmente é definido como pertencendo ao leque de ação de um profissional de saúde mental” (Teixeira, 2004, n.p.) Isso implica, diretamente, que os membros da equipe não sejam compartimentalizados em suas categorias profissionais. Em consequência, o serviço deve *ampliar seu potencial de relações* para cobrir toda a gama de expressões da existência que sofre, bem como a totalidade das demandas da comunidade.

Por outro lado, simplesmente manter o paciente dentro do serviço e enrijecer o protocolo de intervenção delega o recurso ao mecanismo traumático²³ do tratamento compulsório. Pelo contrário, a presença do serviço e o enfrentamento imediato da situação de crise devem redimensionar a periculosidade associada ao transtorno mental, permitindo ao sujeito

²³ Neste sentido, traumatismo aproxima-se de uma noção mais próxima do uso comum da língua, ou seja, de um abalo associado a intenso sofrimento.

desenvolver outras modalidades de expressão para compreender, através da mediação do serviço, suas necessidades. Assim sendo, a proposta de atenção a crise destaca um dos elementos mais importantes trazidos por Foucault (1973-74/2006): o transtorno mental associado ao perigo iminente. O conflito que se manifesta em crise pode, assim, ser assumido como estímulo à transformação, ao crescimento da situação em sua complexidade e contexto, e não simplesmente oculto.

Ainda na obra de dell'Acqua e Mezzina (1991), é evocada a concepção de “conflito” pelos autores. Eles não o tomam como sinônimo da crise, mas sim a inserem em seu interior:

É evidente que o conflito, e no seu interior a crise, subentende um choque de poder que vê, frequentemente, o paciente identificado como tal suportar uma perda nítida. Isto acontece também quando o paciente detém um aparente domínio manipulador exercido através do sintoma. Em todo caso, o conflito se dá no interior de um sistema que cristaliza o paciente e outros e impede a todos a possibilidade de emancipação. (p. 58)

Os autores não tecem mais apreciações a respeito do termo, embora acreditemos que repousasse sobre elas algumas esperanças que teríamos em relação a uma conceituação mais clara sobre a crise como propuseram os norte-americanos. Evidencia-se, entretanto, que o interesse dos autores se inclina pela possibilidade de emancipação da pessoa em crise. Se o serviço de saúde propõe, entre seus objetivos, a busca por uma possibilidade de emancipação, ele tentará se instrumentalizar com as ferramentas e recursos capazes de estimular o crescimento e a autonomia do usuário, aumentando sua contratualidade²⁴. Dessa forma, o apoio à autonomia e ao poder do paciente não

²⁴ A Reabilitação Psicossocial, compreendida pela Psiquiatria Democrática, opõe-se aos objetivos de uma restituição a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais. Qualquer prática terapêutica deve produzir redes efetivas de negociação social, indispensáveis ao provimento de oportunidades para trocas simbólicas entre o usuário e seu entorno cultural. Além disso, as mesmas redes afetivas são indispensáveis à construção de novos contratos sociais, legitimados no interior da estrutura de funcionamento societal, a partir dos quais possam articular interesses e necessidades próprios à participação na produção de mercadorias e valores. A todo este processo, coube nomeá-lo como poder contratual ou contratualidade (Saraceno, 2001).

pode se esgotar em formas estéreis de garantias e uma defesa passiva dos direitos do paciente como indivíduo, mas pressupõe um itinerário de transformações para todos.

Como uma demonstração do raciocínio empregado às situações de crise, os psiquiatras italianos apresentam os critérios elencados para definir uma situação de crise: (1) sintomas psiquiátricos graves e agudos; (2) quebras graves nas relações familiares e / ou sociais; (3) recusa de assistência psiquiátrica; (4) recusa obstinada do contato psiquiátrico; (5) situação alarmante no contexto familiar e / ou social. Em nenhum momento, a orientação dada é que estes critérios fossem amplamente aplicados, sob e em qualquer situação ou região. A justificativa para a escolha destes parâmetros incidia sobre o fato de estes caracterizarem as situações chave para a admissão em um hospital psiquiátrico, bem como a definiam uma situação de perigo para si e para o outro. *A crise, portanto, é entendida como o conjunto de eventos que determinam a internação.*

Atualmente, o recurso à internação, em psiquiatria, é geralmente determinado, em situações de crise, por uma decisão técnica, como o grau de gravidade, bem como administrativo-legal, como o perigo social e pessoal. A hospitalização remove o indivíduo do seu contexto e o subordina aos regimes institucionais fundados em uma abordagem médica, à observação clínica que se limita à sintomatologia e exclui o complexo da vida do usuário. Em oposição à internação, dell'Acqua e Mezinna (1991) apresentam as sequências no trabalho terapêutico, desde a inserção de um usuário até sua alta do serviço. Particularmente em situações de crise, os serviços de saúde mental italianos incentivam que os momentos informais se mostram mais significativos e úteis para o usuário a despeito do *setting* mais definido das psicoterapias, pois essas conversas facilitavam a

verbalização das necessidades subjacentes à demanda, a estimular o confronto entre a situação real de vida do paciente e as suas contradições com respeito a ela; a analisar aquilo que aconteceu com o aparecimento da “doença”, a remeter esta condição ao interior de sua *continuidade histórica*; a reuni-la à vida “normal” através de uma leitura comum da biografia e dos percursos sociais e vivenciais que precederam a “doença”. (p.67)

Ancorado na proposta de continuidade, em oposição à hospitalização, que realiza ruptura do usuário com seu entorno, o texto ainda aponta para o uso do tempo, já que ele é o eixo fundamental da experiência de crise:

O tempo, coordenada fundamental da existência mesmo na crise, torna-se o primeiro valor subtraído ao paciente. A internação separa o “tempo doente” do “tempo normal ou são”, define a “duração da doença” e organiza, segundo suas normas, o cotidiano do sujeito. Assim, a internação ressalta os tempos e ritmos da crise. (p. 68)

Dessa forma, no serviço de saúde mental que trata a crise de forma extra-hospitalar, o tempo pode representar um valor que o usuário pode se reapropriar de si, preservando seus laços com seu contexto e sua vida cotidiana, mas, ao mesmo tempo, cruzando com a duração flexível do programa de serviço e, possivelmente, proporcionalmente aos seus níveis de necessidade.

Em cada momento de contato com os outros conteria a possibilidade de relações interpessoais, de ressocialização, de agregação e, também, de conflito. Uma rede primária de vínculos temporários pode ser reconstruída, determinando laços de envolvimento e afeto com os trabalhadores e outros pacientes. Essas relações, embora concebidas dentro do centro, muitas vezes continuavam e perduravam fora dela e, assim, novas relações de coabitação, integração econômica, tolerância, e solidariedade se desenvolveria.

A coexistência de diversas formas de sofrimento podia criar um cenário que permitiria uma multiplicidade de expressões e comportamentos, e dentro do qual cada um poderia encontrar seu próprio lugar. Essa coexistência presta-se para o confronto entre diversos sujeitos, para a crítica do medo imaginário da loucura, para o crescimento da consciência em cada paciente dos problemas alheios. Esta diversidade induz nos trabalhadores uma visão abrangente dos problemas de saúde mental e problemas no serviço, evitando especializações estéreis e permitindo o enriquecimento recíproco de diversas práticas:

“intervenção na crise e reabilitação, atenção às necessidades cotidianas e atitudes em relação à escuta, prática ‘médicas’ e práticas ‘sociais’”. (p. 69)

A riqueza do serviço é o resultado de escolhas feitas como uma consequência direta do trabalho de desinstitucionalização, orientado para o desenvolvimento de momentos de segurança social e proteção legal e apoio aos pacientes dentro de uma área. No que diz respeito ao uso de drogas psicoativas, dell’Acqua e Mezinna (1991) não reconhecem nelas nenhum valor terapêutico intrínseco, mas sim uma relativa utilidade para a abertura de relacionamentos potenciais, para a redução da ansiedade individual e, de tempos em tempos, para o controle temporário de comportamento.

Importante evidenciar o peso que os autores dão às alternativas, transitórias ou não, propostas ao usuário em crise. Essas alternativas podem se desenvolver apenas dentro da discussão contínua com o usuário sobre as maneiras pelas quais ele mesmo vive essa mudança na realidade, de como ele se confronta e se modifica. Os problemas do usuário são constantemente redefinidos, já que, na relação com o serviço, o paciente pode progressivamente trazer novos níveis de necessidade e conscientemente aproveitar o mesmo. Ele pode progredir da linguagem inarticulada da crise para a capacidade de compreender e expressar suas próprias necessidades e expectativas de vida, para as quais o serviço deve orientar-se e organizar-se²⁵.

A Psiquiatria Democrática Italiana não deixa também de repousar sua análise sobre os conflitos entre a organização do serviço e os problemas concretos colocados pelos usuários. O processo de desinstitucionalização criou áreas autônomas de tomada de decisão e operação para cada profissional; a hierarquia também foi severamente afetada e, portanto, a separação de papéis e tarefas, permitindo uma divisão do trabalho o mais horizontal possível, preservando *o valor de cada contribuição profissional*.

A capacidade do serviço de se engajar constantemente nessas conjunturas e nós críticos, para vivê-los como “crises” em si, permitem, em um processo que certamente não é linear e muitas vezes desordenado e à custa de

²⁵ Os mesmos autores postulam esta tarefa última como a desinstitucionalização porque alude à psiquiatria como a “ocultação” dos problemas humanos.

conflitos que muitas vezes são severos. *O surgimento, de tempos em tempos, de métodos novos e singulares de enfrentamento à crise é, portanto, fruto de uma luta cotidiana pela modificação de mecanismos institucionais no funcionamento do sistema.*

Logo, em vez de visar a uma resolução do conflito dentro do contexto pessoal, familiar ou microsocial, tentando chegar a uma rápida normalização do assunto no que é a estratégia mais comum de “intervenção à crise”, a resposta à crise nos moldes da Psiquiatria Democrática está mais inclinada a conectar e colocar o usuário em contato com um sistema de relações e recursos humanos e materiais. Uma vez que o paciente tenha adentrado o serviço, a crise evolui em um contexto coletivo, como um assunto de família que é tratado na mesa de jantar. *O usuário, assim, deve para passar pela crise, preservando sua continuidade histórica e existencial.*

A estrutura que é ativada pela assunção da responsabilidade, por sua vez, é orientada para garantir a manutenção dos vínculos do paciente com o ambiente, a individualização dos nexos entre a crise e sua história de vida, a reconstrução e redefinição de relações com pessoas significativas e a construção de relações. Deste modo, a crise pode perder sua característica de *ruptura*, de solução da continuidade da existência e pode, em vez disso, adquirir um valor dinâmico, contraditório a essa existência como é referível a ela.

Psicoterapia institucional e Psiquiatria de Setor e as concepções francesas de crise

Se há edificação conceitual estável a respeito da crise, sem dúvida, ela é erguida a partir das concepções da Psiquiatria Preventiva e da Psiquiatria Comunitária. Houve, ainda assim, pensadores e representantes da Reforma Psiquiátrica francesa, mas que não constituem um conjunto uniforme de concepções. Optamos por apresentá-las neste terceiro eixo pois, ainda assim, constituem experiências e posicionamentos interessantes que influenciam, de algum modo, o campo da saúde mental brasileira.

Iniciamos pela contribuição de Antonio Andreoli (1993), psicanalista membro da Sociedade Suíça de Psicanálise, filiada a Associação Internacional de Psicanálise (IPA). Assim como outros analistas membros da instituição naquele país, Andreoli recebe forte influência das concepções de Wilfred Bion. De todo modo, o interesse de Andreoli se ancora a respeito da crise dos pacientes que nomeia como de funcionamento psicótico, para quem as teorias psicanalíticas podiam ajudar a fim de compreender os dinamismos profundos, para além da sintomatologia clínica, dos fatores de risco, e da influência do meio, isto é, “a história do paciente torna-se objeto desse fenômeno de espoliação devido ao fracasso daquilo que oferece uma possibilidade de experiência intersubjetiva” (1993, p. 29). Ou seja, a psicose é compreendida como uma perturbação dos mecanismos de negociação do valor traumático da experiência. A crise é tomada no sentido de *agudização do episódio psicótico*, processo sobre a qual o psiquiatra torna-se um componente essencial do modo de reorganização. Além disso, a ação do psiquiatra é acima de tudo de uma “orientação preventiva ao trabalho de crise e centrar a intervenção na problemática intrapsíquica do ciente e na dinâmica das relações interpessoais” (p. 36).

O autor parece tecer alguma crítica ao modelo de dell’Acqua e Mezinna (1991) por entender que não bastaria substituir o hospital psiquiátrico por formas de intervenção cujo principal objetivo é garantir a gestão racional dos episódios psiquiátricos agudos. Em sua visão, o objetivo do tratamento deve evitar as consequências decorrentes da ausência da crise, isto é, “consiste em criar condições de confrontos institucionais com a loucura que levem em conta e apoiem o que ela representa como derrapagem do paciente com o seu ‘limite’” (p. 37). Esta passagem logo ganha algum esclarecimento, quando inclui na experiência de crise uma ferida narcísica para o paciente e para seu próximo, a qual pode ser agravada pelas medidas tomadas pela instituição que acolhe:

A prevenção de determinados movimentos particularmente deletérios parece absolutamente prioritária. Trata-se das reações de desamparo diante do encontro com a loucura e a violência do estado psicótico agudo, a espoliação dos processos de representação, os problemas de alianças terapêuticas e finalmente a ação de conjunturas que emergem do descarrilamento dos processos interacionais. Uma vez

cristalizados, estes ainda intensificam os fenômenos que acabamos de descrever, tanto no grupo familiar quanto no institucional, criando círculos retroativos particularmente perniciosos e difíceis de mobilizar. (p. 38)

Essa reflexão contém a proposta da intervenção à crise proposta por Andreoli. Fundamentalmente, ela inclui ampliar os processos interacionais instalados ao redor do paciente quando ele chega à instituição. O autor nomeia como “hipótese de crise” o conjunto dos fenômenos que se manifestam na primeira fase de interações, e acrescenta que é possível formulá-lo melhor “a medida que o efeito traumático do encontro com a loucura não ergue uma ‘barreira’ intransponível no caminho do nosso trabalho” (p. 41). Essa postura parece salvaguardar alguma semelhança com os pressupostos da Psiquiatria Democrática, no sentido em que não há uma teoria da crise, mas sim o que é possível extrair do encontro com a loucura. Salvas algumas proporções da comparação, manteremos em suspenso essa ideia da crise como extrato da interação.

Seguimos com a necessidade de apresentar também a contribuição de Carlo Viganò (2012), principalmente, porque ele incrementa a discussão com novos elementos. Para este autor, a crise não pode ser tratada como uma relação entre dois, pelo contrário, pois é a partir da crise que deve produzir um sujeito, que então pode ser curado. Viganò descreve a crise como “um problema do controle das emoções, um caráter explosivo, como uma espécie de embriaguez, por isso não serve às classificações” (p. 180); é a “antecipação da fronteira entre a doença mental e o seu organizar-se como demanda” (p.181). Com esta última definição, o autor pretende afirmar o risco que as pessoas podem ter ao ter suas crises tomadas como doença mental, e não como a possibilidade do afloramento de um sujeito.

A partir desse postulado da crise como antecipação da demanda, Viganò (2012) defende que a crise *não exige tratamento*, mas sim a *elaboração de uma demanda*, e para isto ele elege como fundamental a função de um psicanalista, já que é ele que sabe responder à demanda antes que a mesma seja formulada:

a sua resposta [do psicanalista] desloca a demanda. O psicanalista é aquele que pode dizer a um sujeito, em um momento crucial de sua vida, alguma coisa que para ele se torna inesquecível.... Esse é o tipo de reposta que se deve dar num momento de crise. (p. 181)

Viganò (2012) toma a adolescência como o modelo essencial da crise, em que uma pessoa deve abandonar a infância e nascer como um sujeito adulto. De algum modo, todas as crises que se vive atualmente seriam o resultado da impossibilidade da crise da adolescência, uma vez que os adolescentes se encontram diante de adultos que não estão prontos a sustentar o ataque e provocação deles. O psicanalista pressupõe três elementos que abalam a trama edípica, mito que representa a rebelião do filho contra o pai: a crise da família, que consiste na impossibilidade de recontar a história familiar e, portanto, recordar e transmitir a memória; a crise da sociedade, em que se expressa a crise da autoridade dos pais; e a crise do princípio paterno, entendida como a possibilidade que o sujeito faça suas próprias escolhas e dar sentido às coisas e às palavras.

Viganò (2012) retoma então a possibilidade do êxito da crise depende do Outro. Ou seja, se a resposta à crise for endereçada ao sujeito que nasce, há a possibilidade de o sujeito aprender a demandar, a “expressar o próprio desejo” (p. 188). Do contrário, se ele não puder aprender esse movimento, não resta alternativa senão aguardar a próxima crise.

A pluralidade científico-acadêmica das múltiplas concepções de crise

Escolhemos a psiquiatria como um campo fecundo para a investigação, porque a Saúde Mental, cenário de trabalho do pesquisador, é herdeira da

psiquiatria, a qual desenvolveu um saber sobre a crise a despeito do conhecimento desenvolvido pela medicina²⁶.

Os Estados Unidos despontam como lugar privilegiado nessa perspectiva, palco do lançamento de diferentes produções bibliográficas sobre o tema. Escreve Albert Roberts (2015)

A intervenção na crise tornou-se a modalidade de tratamento breve mais amplamente utilizada no mundo. Como resultado do movimento de intervenção em crises e gestão de estresse de incidentes críticos, milhões de pessoas em situações de crise foram ajudadas de uma forma rentável....O aumento do desenvolvimento de serviços e unidades de crise reflete uma crescente conscientização entre os administradores de saúde pública e saúde mental da necessidade crítica de serviços de crise da comunidade. (p. 6)

De acordo com o modelo de intervenção em crise desenvolvido por esse autor, a avaliação e o diagnóstico dos eventos críticos e de risco que poderiam ser a causa da crise são um elemento importante de interação, que ocorre durante uma intervenção. A função do profissional seria identificar os principais conflitos que são as fontes da crise. Essa abordagem propõe fornecer apoio e assistência mais eficazes ao lidar com as emoções de alguém, que muitas vezes, impedem a percepção adequada da situação real. Uma possível solução alternativa para o problema da crise deve ser considerada em conjunto com o paciente, para finalmente desenvolver um plano para ações futuras (Koweszkowski e cols, 2017).

Nos últimos anos, as pesquisas em intervenção à crise podem ser divididas em três grupos, segundo Albert Roberts e George Everly Jr (2006): (a) preservação da família, conhecida como intervenção em crise familiar intensiva em casa, realizada em um período de 3 meses e com duração de 8 a 72 horas;

²⁶ A crise não configura como sinônimo de transtorno mental ou mesmo entidade nosológica. Essa ideia pode ser demonstrada a partir da última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), no qual a palavra “crise” é citada apenas seis vezes: 1) como irrupção de choro no transtorno de estresse pós-traumático; 2) enquanto evento disparador de estresse nos transtornos de adaptação; 3) como surgimento de sintomas psicóticos no transtorno dissociativo de identidade; 4) como abuso de álcool; 5) como sinal de isolamento do transtorno de personalidade evitativa; e 6) como contração anormal e prolongada dos músculos oculares.

(b) intervenção na crise de múltiplas sessões (normalmente com duração de 4–12 sessões); e (c) gestão de estresse de incidente crítico com múltiplos componentes, também referida como intervenção em crise de grupo. Há mínimo de três sessões, incluindo treinamento pré-crise, intervenção individual ou em grupo, após o evento traumático e aconselhamento pós-crise um mês depois. Estes estudos recomendam a prática baseada em evidências (Cornelis e cols, 2018; Chang e cols., 2017; Greene e cols., 2016), tendenciado que todos os trabalhadores se preparem para intervir em nome de um grande número de diferentes tipos de pessoas em crise, e desenvolve-se um alto número de protocolos de intervenção de crise. “A prática baseada em evidências coloca a ênfase necessária na utilização de avaliações empíricas validadas empiricamente validadas pelo clínico, os protocolos de intervenção e os procedimentos de avaliação do programa, bem como o uso do pensamento crítico na tomada de decisões” (Roberts & Everly Jr, 2006, tradução nossa).

Essa concepção de crise remonta à teoria de crise construída por Caplan (1964/1980). Como já a descrevemos, a crise psíquica compreenderia o momento de uma situação estressante que pode exceder a capacidade do indivíduo de lidar com ela, resultando em sentimentos de desamparo e tensão. A desorganização e a confusão podem ser experimentadas posteriormente, levando a um ponto de ruptura, caracterizado por descompensação psicológica, e comportamento perturbador ou destrutivo (Boscarato e cols, 2014; Brennaman, 2012).

Para a professora de enfermagem na University of Tampa, nos Estados Unidos, Cindy Parsons (2016), também a partir de Caplan, foi possível compreender a crise como uma reação subjetiva a uma experiência de vida estressante, que afeta tanto a estabilidade do indivíduo que sua capacidade de enfrentar ou de funcionar pode ser seriamente comprometida. Desse modo, as crises são singulares, agudas e não crônicas, mantêm o potencial de crescimento pessoal, e serão resolvidas dentro de um breve período. Para essa autora, os recursos disponíveis e a capacidade de usá-los determinarão efetivamente o resultado da crise. O estresse de uma circunstância particular pode sobrecarregar sua capacidade de usar seus recursos, criando tensão e aumentando a ansiedade, o que culmina em uma crise.

Raymond Flannery Jr. & George Everly (2000) concordam que uma crise ocorre quando um evento de vida estressante supera a capacidade de um indivíduo de lidar, eficazmente, em face de um desafio ou ameaça. Entretanto, segundo os autores, esse pensamento carece de sistematização, para a qual propõem a crise como uma resposta em que a homeostase psicológica foi interrompida e os mecanismos usuais de enfrentamento falharam em restabelecer homeostase, gerando angústia. Essa sistematização não parece se destacar substancialmente das concepções trazidas pelos outros autores, exceto pela proposição de que a intervenção à crise propõe auxiliar o indivíduo em crise a retornar a um nível adaptativo de funcionamento, e a prevenir ou mitigar o potencial impacto negativo do trauma psicológico. Assim, a expectativa de que o indivíduo retorne ao funcionamento adequado é associada a dois outros objetivos: *a cessação do sofrimento crescente e a remissão de sinais e sintomas agudos de angústia*.

Atualmente, os Crisis Intervention Teams (CIT) compõem estratégia de intervenção à crise com maior prevalência no mundo. O modelo do CIT foi desenvolvido em Tennessee, nos Estados Unidos, no final dos anos 80, após uma tragédia em que um policial de Memphis atirou e matou um homem com esquizofrenia que empunhava uma faca e ameaçava ferir a si próprio. Em resposta ao clamor público, o prefeito reuniu uma força-tarefa composta de representantes da polícia, do sistema de saúde mental, de organizações de defesa e de instituições acadêmicas. Com os objetivos de aumentar a segurança nos confrontos com a saúde mental, desviando os indivíduos da crise da prisão e fornecendo vinculação a cuidados psiquiátricos apropriados, a força-tarefa criou o CIT ou o Modelo Memphis. O CIT é uma estratégia colaborativa com múltiplos componentes para melhorar as respostas da polícia às pessoas com doenças mentais ou àquelas que sofrem uma crise de crise psíquica (Watson, Compton & Draine, 2017). Segundo os representantes desta modalidade de intervenção, as pessoas em crise estão geralmente em uma situação inesperada de vida. Diante de eventos estressantes ou mudanças nas condições de vida, há confrontos com os objetivos da vida anterior, e a pessoa pode não administrar este evento com as estratégias adquiridas ao longo da vida. Assim, ela se torna ameaçadora e portadora de labilidade intrapsíquica e social. Surgem então

sentimentos de medo, sobrecarga, desamparo e ameaça que fazem com que a pessoa tenha a impressão de não ter mais sua própria vida sob controle, e esses processos emocionais constituem uma ruptura massiva de equilíbrio emocional e abalo da autoestima. A maior parte da energia psíquica e física é investida na tentativa da resolução de problemas, e a pessoa, portanto, não mais gere os desafios da vida cotidiana, o que implica no perigo do surgimento de dificuldades em outras áreas da vida (Stein, 2012).

Este percurso que traçamos apresenta alguns elementos que tangenciam operadores teórico-clínicos fundamentais ao campo psicanalítico, tais como conflito, desamparo e angústia. De forma alguma poderíamos, entretanto, afirmar que estes termos têm equivalência com os conceitos empregados pela psicanálise. A angústia, como já citado em nossa pesquisa, ganha estatuto conceitual em psicanálise, afastando-se da descrição fenomenológica de “estar angustiado”, tal qual é empregada na intervenção à crise²⁷. De todo modo, ao emergirem tais termos, escolhemos explorar algumas das principais concepções trazidas por Caplan (1964/1980) que podem nos auxiliar no exame psicanalítico da crise.

Em geral, a produção técnico-científica brasileira, como veremos, não discrimina os pressupostos teóricos a respeito das noções de crise que fundamentam os trabalhos, e isso provoca certa confusão. Muitas vezes, como ponto de partida, os pesquisadores partem de experiências vividas em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e as noções de crise

²⁷ Assim como citado por Christian Dunker e Fuad Kyrillos Neto (2011), desde 1973 há um “expurgo” psicanalítico do campo psiquiátrico, como advento do DSM-III. O surgimento da psicanálise influenciou sobremaneira a psiquiatria até o início da década de 1970, em uma espécie de compromisso diagnóstico chamado psiquiatria psicodinâmica, sendo Gerald Caplan um dos seus representantes. Com o objetivo de melhorar a uniformidade e validade do diagnóstico psiquiátrico, ausentando-se de suposições etiológicas, o “expurgo” acontece também em um momento de início dos processos de regulamentação farmacêuticas, e o modelo psicodinâmico é substituído pelo modelo descritivo (neokraepelinismo). Ainda assim, a intervenção à crise demonstra como certos pressupostos psicanalíticos ainda exercem alguma influência, dado que os princípios da Psiquiatria Preventiva são citados em artigos recentes que não se propõem psicanalíticos, pelo contrário, a psiquiatria atual milita pelo movimento de medicina baseada em evidências.

apresentadas são múltiplas, e incluem tanto as noções de crise empregadas pela Psiquiatria Democrática e da Reabilitação Psicossocial, já adaptadas ao cenário brasileiro (em alguns momentos confinantes com os pressupostos da Psiquiatria Preventiva), como também referenciais psicanalíticos que distam da Teoria da Crise de Caplan (1964/1980).

Os trabalhos que aludem aos princípios da Reabilitação Psicossocial propõem uma definição de crise que pretende ponderar os dispositivos que “participam de sua produção cultural, de sua leitura enquanto acontecimento social e subjetivo, e retiram, assim, a crise do seu estatuto simplesmente psicopatológico e reafirmam sua complexidade” (Martins, p. 22). Ante essa proposição que não reduz a crise a um acontecimento psicopatológico, há um maior aprofundamento na vivência subjetiva do sujeito que a experimenta concretamente, com o objetivo de evitar condutas apressadas que ignorem a complexidade do sofrimento. Exclui-se, portanto, a possibilidade de reproduzir a lógica manicomial herdada dos asilos, que implica na inviabilidade dos vínculos e de outros subsídios produtores de cuidado psicossocial (Silva & Dimenstein, 2014). A crise proposta pela atenção psicossocial visa, em última instância, a evitar as internações em hospital psiquiátrico, já que a internação agencia o isolamento e priva a pessoa de seu meio social, subordinando-a às regras institucionais baseadas na medicalização. Para Agatha Sant’ana e colaboradoras (2012),

no campo da Reforma Psiquiátrica, o pressuposto principal é a desinstitucionalização das situações crônicas e das situações agudas, permitindo que o sujeito em tratamento possa manter seu vínculo familiar, social e com a equipe de saúde mental que o atende. Assim a internação é indicada para os casos em que existe certo grau de risco à integridade física do usuário ou das pessoas próximas a ele. (p.220)

Estas concepções, cujas autoras estão em aliança com outros pesquisadores (Almeida e cols, 2015; Minozzo & da Costa, 2013; Dimenstein e cols, 2012; Onocko-Campos e cols, 2017; Milhomens & Martins, 2017), apontam para a crise enquanto um momento de *intenso sofrimento e vivências conflitivas*

que geram uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito, e uma ruptura com a realidade aceita e com os laços afetivos que o sustentam. Janaína Willrich e colaboradores (2014) afirmam que a esta ruptura é acrescido o instante em que a sociedade avista a doença, e que em caso de agressividade no qual o usuário assusta e ameaça as pessoas, origina-se uma situação de desordem pública. Como enfatizaremos, a psiquiatria constituiu-se como detentora do saber e responsável pela vigilância e controle da ordem pública.

Mônica Lima e colaboradoras (2012) têm opinião similar, a partir de sua pesquisa realizada sobre a percepção de trabalhadores de Saúde Mental, cujos signos e significados atribuídos sobre a crise incidiam, principalmente, sobre os aspectos que acarretam alguma *ordem de estranheza* e uma *perturbação social importante*. Embora, entre os entrevistados, os significados negativos suplantassem os positivos sobre a crise, ela adquire uma *temporalidade*, isto é, no momento em que a crise estivesse resolvida, o sujeito seria capaz de fazer alguma negociação com alguns parâmetros de normalidade, “não estando totalmente dominado pela doença, apresentando uma parte de si que é capaz de interpretar sua situação de doença, interagir com as pessoas ao seu redor e agir movido por uma motivação consciente” (p. 429).

De forma a sintetizar a proposta da Reabilitação Psicossocial, citamos Willrich e colaboradores (2010):

Quando nos referimos às crises psíquicas em saúde mental, estamos considerando o momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflituosas que acarretam uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam como pessoa. A crise é a expressão da doença, o momento em que ela mostra a sua cara, e em nossa sociedade existe certa “tolerância” a loucura, quando esta se apresenta “controlada”, “amansada”. Porém, quando a loucura mostra sua face “enraivecida” (crise) a sociedade ainda impõe como castigo sua reclusão e dominação, e o lugar reconhecido socialmente como capaz de estabelecer essa relação de poder/força é o manicômio.

Assim, a crise, nos dias de hoje, sustenta o sentido de medo e perigo que acompanha a loucura desde seus primórdios, além de ser o momento em que a sociedade reconhece a loucura. O discurso científico sobre loucura, principalmente em torno da crise psíquica – devido ao risco de atos violentos e agressivos – despertou na

sociedade o sentimento de medo e trouxe para o cenário social a noção de periculosidade. Em nome deste perigo e, para garantir a ordem social, o louco teve seus direitos civis, sociais e políticos negados e sua liberdade sequestrada. (pp. 48-49)

Os pesquisadores demonstram que, no modelo psiquiátrico clássico, entende-se a crise como um momento, e essa palavra parece ser importante por denotar a agudização temporária dos sintomas, na qual há uma disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Essa tese, defendida também por Amarante (2011), contrapõe-se ao panorama da Saúde Mental, em que a crise “é concebida como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder a situações desencadeantes, sendo considerada uma situação mais social do que biológica ou psicológica” (Willrich e cols, 2010, p. 59). Para tanto, os serviços de atenção psicossocial, a responsabilização dos sujeitos por seu próprio sofrimento é um instrumento importante desta construção, levando-se em consideração os vínculos afetivos e profissionais com os usuários. Isto é, “A crise precisa ser vista como uma possibilidade de transformação da relação entre profissional e usuário e do usuário com a sociedade” (p. 60). Alessandro Almeida e colaboradores (2014), de forma análoga, mas partindo de referenciais psicanalíticos, apostam que é essencial considerar que cada crise tem um sentido, que um acolhimento dialogado possa trazer segurança, e que o vínculo possa ser estabelecido por meio da transferência.

Promovendo certo desvio dos pilares da Reabilitação Psicossocial, o texto de Felicia Knobloch (2008), psicanalista brasileira, é anunciado por alguns autores (Frigato e cols, 2018; Martins, 2012) para nutrir a discussão sobre a crise no campo da saúde mental. Para essa autora, a crise é mencionada como experiência em que o insuportável opera, isso é, “experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, abismo em que se perdem as ligações. A crise é, talvez, loucura, no sentido de algo que irrompe na organização do sujeito e o faz sentir-se totalmente estranho” (p. 141). Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização, mas,

ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes.

Ainda segundo Knobloch (2008), a situação denominada “crise” é a testemunha da vacilação do sistema de representação, é o irrepresentável, o inominável, isso, é uma experiência limite,

não por ser uma experiência que desafia o limite, mas por extravasar o delimitado. É uma experiência que traz um excesso, excesso do que é insuportável e intolerável dessa experiência, um excesso que irrompeu. Irrupção-ruptura em que se redistribuem, de uma maneira brutal, as condições dadas da realidade, introduzindo situações jamais vistas, jamais pensadas, instalando um ‘estado inédito’ nessa fronteira, nessa experiência-limite, fronteira entre o humano e o inumano. (pp. 133-134).

Essa concepção parece colaborar para a ênfase que que trouxemos sobre o momento da crise, em que se aponta outra temporalidade nesta experiência vivida, na qual o presente é vivido longamente, ou seja, não há nada antes, nem depois, e o agora é vivido intensamente sem relação com o passado ou com o futuro.

Outro autor que colabora para esta discussão é Birman (2003), que destaca que a pessoa em crise descobre-se em num estado mental em que é impossível apreender algo essencial, no qual a angústia provocada pelo que nos escapa é tão importante que ficamos com o sentimento de que a nossa própria vida está escapando, uma experiência de perda de seus sistemas de referência, isto é, a ameaça de perda da própria identidade.

René Kaës (1982), outro importante colaborador teórico para algumas pesquisas em Saúde Mental (Pereira, Sá & Miranda, 2013), tem ideia distinta da apresentada anteriormente. Embora a crise aparecesse imprevisivelmente e fosse marcada por um caráter único e singular, suas causas e origens, assim como sua solução, estariam desenhadas na história passada e nas recordações. Para o autor, as histórias e recordações têm no campo grupal sua base, sua gênese, e encontram nele a solução para a crise.

Ainda segundo Kaës (1982), o aparato psíquico se estabelece sob a conexão de diversos apoios psíquicos, de forma que a falha de um deles tem como consequência variações qualitativas na formação. Essa formação, esclarecida por Pereira, Sá e Miranda (2013), ocorre por meio “de movimentos de construção-e-destruição, de abertura-e-fechamento, de crise e criação do psiquismo, movimentos que exigem estruturas relativamente estáveis e semiaberturas entre esses suportes que se inter-relacionam por uma lei de composição” (p. 666). Segundo essa concepção, as autoras acrescentam que o aparato psíquico se estrutura como um sistema que convida a ideia de antagonismo, de processos de desorganização e desintegração simultâneos ao de reorganização, “de maneira que seria esse antagonismo o garantidor da constância do sistema, já que a estabilidade representaria a morte” (p. 666). Para tanto, é fundamental para Kaës (1982) a concepção de ruptura:

A formulação central de minha investigação será de tratar este aspecto subjetivo da crise quando aparece como uma ruptura no curso das coisas. Gostaria então de dedicar-me a interrogar o que ocorre quando, sob efeito de certos acontecimentos, esta experiência de ruptura questiona dolorosamente o sujeito a continuidade de si mesmo, a organização de suas identificações e ideais, o emprego dos mecanismos de defesa, a coerência de sua forma pessoal de sentir, de atuar e de pensar, a confiabilidade de seus laços de pertencimento a grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que, como ele, pertencem a uma mesma forma de sociabilidade e cultura. (p. 27)

Esta ruptura oriunda do esquema específico que Kaës nomeia como enquadre, que determina o sentimento de segurança, e é constituído pelo meio que circunda o ser, geralmente representado pela figura materna. As psicanalistas Melissa Pereira, Marilene Sá e Lilian Miranda (2013), consideram o enquadre como a organização mais primitiva e menos diferenciada da personalidade, que constitui o componente de fusão eu-corpo-mundo de cuja variabilidade dependem a formação, a existência, a diferenciação do eu, do objeto, da imagem do corpo. As autoras acrescentam que a debilidade (própria a qualquer enquadre) conduz o sujeito a buscar outras formas de apoio que o

diferenciam e o afastam desse meio, ampliando seu campo de relações, e esse movimento representaria o crescimento.

Assim, a crise seria também enriquecedora do sistema psíquico, fonte de desorganização e fonte de reorganização evolutiva. Pereira, Sá e Miranda (2013) entendem que Kaës enfatiza a ambiguidade da crise a partir do fato de que ela possibilita concomitantemente forças de morte e regeneração de tal modo que, ao mesmo tempo em que a destrutividade em ação aprofunda a crise, ocorre ainda o despertar de uma criatividade ativa. A crise consiste, então, na “dialeitização”, “que sua incerteza e ambiguidade determinam seu caráter aleatório, regressivo e progressivo, mas revelam os antagonismos fundamentais, o avanço oculto de novas realidades. A crise põe em funcionamento tudo que pode proporcionar mudança, transformação e evolução” (p. 668).

Se por um lado, constatamos que as produções concernentes a respeito da “crise” atravessam duas concepções distintas, uma que a considera em seu potencial destrutivo e de ruptura, e outra que a considera como possibilidade de crescimento, no campo da Saúde Mental, uma crise jamais é “bem vista”. Quando se lança mão para descrever uma situação como “de crise”, não é para comemorar um momento oportuno. As crises são vivenciadas pelos sujeitos que a experimentam, e pelos profissionais que os acompanham, como um dos momentos mais difíceis do trabalho.

O caráter mais danoso da crise é a necessidade que temos de responder a ela, ou seja, as múltiplas “intervenções na crise” que são desenvolvidas, a despeito da multiplicidade de concepções que a envolvem. É nesse sentido que concordamos com Lazzarato (2014), citado no começo de nosso texto, já que para esse autor, com quem concordamos, a principal atividade do endividado na crise é a própria necessidade de pagar. Não há, em princípio, muita discussão durante a crise, mas sim a necessidade de responder a ela.

O capítulo a seguir pretenderá demonstrar, por meio das situações, o caráter mal quisto da crise, mas não apenas isso. As mesmas cenas nos ajudarão a evidenciar que, sob uma mesma noção, subjazem as perspectivas

traçadas ao longo desse capítulo, sobre as quais, frequentemente, não temos clareza, e os efeitos de não considerar essa rica polissemia.

CAPÍTULO 3

Desautorização e desentendimento no cotidiano da instituição

O que faz o vínculo entre dois humanos são os alicerces de uma presença, alicerces de singularidades jamais generalizáveis.

(Zygouris, 2003, p. 11)

A seguir, apresentamos duas situações retiradas do contexto institucional que se prestam a demonstrar como as cenas de desentendimento e desautorização estão presentes no cotidiano de uma equipe em saúde mental, tendo a crise como objeto comum. Também permitem facilitar articulação entre os diferentes pontos levantados ao longo desta pesquisa, de modo a aproximar o leitor de nosso campo conceitual, a despeito de sua proximidade com a psicanálise. Aqui cabe um pequeno esclarecimento neste percurso e o motivo dessa escolha.

Realizar o recorte destas situações foi um processo difícil, não elas não ocorram com frequência, muito pelo contrário, elas acontecem o tempo todo. Em sua grande maioria, passam “despercebidas”, e seus efeitos, muitas vezes, deixam as pessoas muito “machucadas”. Questionamo-nos, portanto, se descrever tais cenas produziria um efeito ainda pior, ou seja, que as pessoas pudessem ler e, eventualmente, perceber os fragmentos escritos como uma espécie de ataque, em reação ao qual só seria possível se defender. Desta forma, teríamos uma situação em que o “tiro sairia pela culatra”, isto é, o efeito produzido seria exatamente a situação que trazemos como problemática no contexto do trabalho em equipes, e o nosso propósito de pesquisa seria em vão. O motivo pelo qual este efeito se torna preocupante repousa no fato de o pesquisador ser, também, membro da equipe que é posta em evidência.

Assim, a escolha pareceu clara: nas cenas relatadas, o pesquisador estava presente no instante mesmo de desentendimento, e escreve em primeira pessoa o processo do qual participou, sendo ele, inclusive, agente da

desautorização. Neste sentido, recorrer às cenas próprias insere e implica o pesquisador em sua seara de atuação, e espera poder estimular a potência do trabalho em equipe.

Esta decisão, entretanto, não faz deste trabalho um momento de introspecção. Pelo contrário, encontra respaldo no método de pesquisa psicanalítico, tal qual evidenciado no primeiro momento de nosso texto.

Situação 1 – Dani não está em crise

Logo quando comecei a trabalhar no CAPS, deparei-me com o número de profissionais da equipe, consideravelmente maior do que o ideal preconizado pela Portaria nº 336, que preconiza os modos de funcionamento dos estabelecimentos públicos de Saúde Mental. Nesse documento consta que são necessários, no mínimo, doze trabalhadores, sendo um médico psiquiatra, um enfermeiro psiquiátrico, quatro profissionais de outras formações em ensino superior, e seis profissionais de ensino médio, incluindo técnicos/auxiliares de enfermagem e técnicos administrativos. Na equipe para a qual eu acabava de ser admitido, havia dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros, dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma pedagoga, uma arteterapeuta, e três técnicos de enfermagem. Esse total de catorze profissionais compunha apenas uma das três equipes que havia no CAPS, sendo as outras duas compostas de número igual ou superior de profissionais.

Esses quase cinquenta profissionais prestavam atendimentos para um número aproximado de quatrocentos usuários, sendo a minha equipe responsável pelo cuidado de um terço deles. Eu passaria a ser o profissional de referência [ou técnico de referência (TR)] de 25 usuários, o que significa que eu teria sob responsabilidade o monitoramento do tratamento prestado a essas pessoas, definindo suas atividades e suas frequências de participação na instituição. Além disso, eu deveria manter contato próximo com os familiares, avaliando, periodicamente, as metas traçadas pela equipe, com quem

eu manteria diálogo constante, por meio de reuniões sistemáticas e de convivência contínua ao longo da semana, já que meu contrato previa jornada de trinta horas semanais. Esse conjunto de metas traçadas em conjunto com o usuário recebe o nome de Projeto Terapêutico Singular (PTS), e se constitui, portanto, em um processo de trabalho que considera as diferentes modalidades de atendimentos que respeitam a particularidade de cada usuário, elaborando estratégias personalizadas para as situações problemáticas trazidas pelas pessoas que apresentam algum transtorno mental, cuja contratualidade se apresenta consideravelmente reduzida.

Naquele momento da minha contratação, um dos médicos da minha equipe assinava seu pedido de demissão, e alguns dos usuários passariam, até a contratação de um novo profissional, a ter apenas um TR. Essa situação não era habitual, já que era previsto pelo serviço que cada usuário tivesse, no mínimo, dois TR, sendo um deles um médico psiquiatra e um outro componente da equipe. O tempo necessário para a contratação do novo médico demoraria, pelo menos, um mês, e a equipe discutia, preocupadamente, a respeito da necessidade do compartilhamento do PTS de alguns usuários cujo manejo era considerado difícil, e assim, para esses casos, era necessário um segundo TR, independente da categoria profissional.

Foi desse modo que “herdei” a condução do PTS de Dani²⁸, cujo percurso de tratamento havia se iniciado muito antes de minha entrada na instituição, e quem, naquele momento, tinha como TR uma técnica de enfermagem, que compunha o trabalho há um ano com o médico que estava prestes a sair do CAPS.

O caso de Dani era descrito como um caso difícil, pois ele já havia permanecido em internações por algum tempo, sempre decorrentes de conflitos com a mãe e o primo, como quem vivia. Com frequência, eram descritas situações de violência em que os três se agrediam, a ponto de vizinhos acionarem serviços policiais que tentassem apartá-los, embora fosse Dani que, sempre, era encaminhado para algum período de internação. Por outro lado, a relação dele com a equipe também “dava o tom” de dificuldade do

²⁸ Nome fictício.

caso, já que, em muitas situações, ele não cumpria com os combinados feitos com a equipe, debochava dos profissionais, e quando “se metia em alguma encrenca”, como as situações de briga, atribuía a responsabilidade de seus comportamentos à equipe, ou a seu diagnóstico.

Ele havia recebido logo no início da vida adulta o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo e, na escola, onde seus professores diziam que tinha baixíssima tolerância a frustrações, não conseguiu terminar o ensino médio. Sua primeira internação psiquiátrica ocorreu após situação bastante conflituosa com sua mãe, tendo permanecido internado por seis meses.

Essa foi parte da história que ele me contou, já com seus quase 30 anos, no primeiro atendimento que realizamos. Ao lado de minha colega da enfermagem, ouvimos sua história, sempre marcada por muitas perdas, e por um destino, praticamente, traçado, já que ouvíamos com frequência: “*eu jamais vou ser alguém nessa vida*”. Esse dito contribuía para que a gente investisse mais em seu tratamento, apesar dos comportamentos que, muitas vezes, incomodavam. Certa vez, fiquei muito irritado com ele durante um de seus atendimentos comigo, depois de ele ter iniciado uma briga no refeitório do CAPS. Depois de ouvir os apontamentos que eu fazia, ele me perguntou se eu estava bravo, e não consegui evitar em responder afirmativamente. Eu disse que estávamos trabalhando bastante para auxiliá-lo em alcançar seus objetivos, e ele parecia “jogar tudo para o alto”, de uma só vez. Ainda que Dani demonstrasse desapontamento durante o atendimento, agradecia que fôssemos sinceros, já que sentia que as pessoas de seu convívio mentiam sempre, indicando, assim, as dificuldades que tinha na relação à mãe e ao primo.

Ao longo de dois anos, também com a contribuição do profissional médico na equipe, e de outra colega terapeuta ocupacional, continuamos a investir nosso trabalho no PTS de Dani. Ainda que a relação conflituosa com os familiares perdurasse, ele passou a se questionar do diagnóstico e do destino de que jamais seria alguém. Periodicamente, a longa prescrição medicamentosa era revista e, frequentemente, diminuída, e junto à equipe, fazíamos currículos, tentávamos cursos de inglês, e ele voltou a estudar. Tudo

isso, entretanto, não diminuía a dificuldade que tínhamos, muitas vezes, em estar com ele. Eu sentia dificuldade em tratar uma pessoa que, o tempo todo, fazia brincadeiras, que tentava desfazer os acordos que gastávamos bastante tempo para formalizar, e que se apresentava de modo quase dissimulado. Em momentos em que ressaltávamos seu descumprimento dos combinados, ele ouvia a contragosto, embora exigisse com frequência que cumpríssemos nossa parte. Uma ocasião em que me atrasei para acompanhá-lo a um estabelecimento de seu interesse, Dani não “poupou palavras” durante o percurso, atraindo os olhares das pessoas na rua, que olhavam, no mínimo curiosas, aquela situação. Em nenhuma das ocasiões mais intensas de expressão de violência, em que ele danificou alguns objetos da instituição, foram necessárias quaisquer contenções mecânicas, e levávamos a situação na assembleia²⁹ de usuários, e Dani se comprometia a participar do conserto dos objetos quebrados.

No seguimento do tratamento, ele conseguiu alguns trabalhos informais, passou a apresentar menos episódios de agressividade, mas nunca conseguimos acessar sua mãe, que aparecia no CAPS em dias e horários não agendados, sempre com demandas urgentes que, em sua opinião, deveríamos prontamente resolver. Tentamos algumas visitas domiciliares na tentativa de uma aproximação com esses familiares, mas elas se prestaram mais para que testemunhássemos a imensa situação de miséria em que se encontravam, já que nenhum familiar “se lembrava” dos dias de nossas visitas, marcando outros compromissos, e deixando Dani sozinho para nos receber. Em um quarto de pensão de, no máximo, 6m² viviam três pessoas, ao lado de um botijão de gás, um fogareiro, alimentos, roupas, papéis.

Com alguns objetivos de seu PTS alcançados, e como as dificuldades de relacionamento com os familiares não melhoraram,

²⁹ Quanto às assembleias, encontra-se na Portaria 3.088, que institui as Redes de Atenção Psicossocial, que todas as atividades de um Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, entre as quais as assembleias ganham destaque. Elas se configuram como um instrumento necessário para o funcionamento do serviço, salvaguardando-o como um espaço de convivência (Brasil, 2004). No CAPS objeto desta pesquisa, quinzenalmente os profissionais de saúde, usuários, alguns familiares e outros convidados discutem, avaliam e fazem propostas para o serviço. Também se discutem os problemas sobre a convivência, conforme a situação narrada por nós.

Dani decidiu se mudar de residência, e viver com alguns amigos, que se dispuseram a acolhê-lo. Com a distância, o acesso ao CAPS ficou difícil, e ele passou a fazer tratamento em outra instituição.

Quase dois anos após sua ida, recebi o telefonema de um médico de uma enfermaria psiquiátrica no município de São Paulo. Ele insistia para discutirmos o caso de Dani, que estava internado há cerca de 1 mês, por grave quadro de agitação psicomotora. “*Grave nada!*”, pensei, ao lembrar-me do percurso do usuário na instituição, e das estratégias e manejos alcançados ao longo de alguns anos acompanhando seu caso. Mesmo sem ter tido qualquer contato com o usuário nesses dois anos, agendei uma reunião com toda a equipe que acompanhou Dani no CAPS. Ainda que alguns profissionais tivessem saído do serviço, muitos profissionais se lembravam de Dani e os elementos centrais de seu caso clínico.

Alguns desses profissionais diziam que “*Dani tinha dado trabalho!*”, minutos antes da chegada dos profissionais da enfermaria para a reunião. E, em um certo coro, já dizíamos que ele não deveria retornar ao CAPS, pois nosso serviço tinha um potencial iatrogênico grande para pessoas com “questões de personalidade”. Como esclarecer isso? Eu sabia que este termo se referia a um conjunto de patologias, os transtornos de personalidade, descrito em manuais diagnósticos, embora eu também soubesse que o mesmo termo dizia respeito às dificuldades que tínhamos, enquanto equipe, de manejar situações que envolviam a aproximação com os familiares dos usuários, bem como situações de conflitos interpessoais.

A equipe que nos procurou tinha interesse na discussão sobre Dani, pois, como já dito, entendiam que seu caso era extremamente grave. Apresentaram-nos o tratamento durante a internação, a prescrição medicamentosa, as situações de conflito com a mãe, com quem voltaria a residir, findado o período de internação. Aquela equipe tinha, também, interesse que retomássemos o caso, já que ele voltaria a ter o acesso facilitado ao CAPS. Nós, por outro lado, apresentávamos os limites do trabalho que poderíamos realizar, levando em consideração o conhecimento prévio que tínhamos do usuário, e conclui, em pensamento, que Dani havia voltado à “estaca zero”, o que me deixou desapontado, inicialmente, com o usuário,

mas, em seguida e, principalmente, com o nosso próprio trabalho desenvolvido no CAPS. Não houve oportunidade para se abordar essa questão, pois, com frequência, a equipe da enfermaria dizia que precisávamos investir naquele *momento de crise*. Desprovidos de argumentos diante da suposta situação de crise, e da proximidade da residência do usuário com o CAPS, concordamos com a solicitação da equipe da enfermaria, e receberíamos o usuário ainda naquele mês.

Há alguns pontos que podem ser abordados a partir do percurso conceitual realizado em nossa pesquisa, e interrompemos a escrita da situação acima no preciso momento em que a crise foi anunciada, e onde se iniciam os problemas. O acompanhamento realizado por Dani ao longo dos anos era composto das tentativas de mediação com os familiares, com que ele mantinha uma relação conflituosa. Na percepção dos profissionais da enfermaria, essa dimensão, tratada como um evento pontual, para nós, compunha os movimentos basais desse usuário. No caso específico de Dani, atribuímos como “noção de crise” a uma vez, em que ele se recusou a sair do quarto de pensão, permanecendo em sua cama pelo período uma semana, pois estava, segundo suas próprias palavras, muito deprimido.

Um aspecto interessante que notamos nas produções sobre crise é a sua tentativa de nomear uma experiência *pontual*, uma temporalidade circunscrita, ou seja, é difícil conceber a ideia de que qualquer pessoa poderia estar experienciando um *período de crise* por aproximadamente cinco anos, como se poderia concluir a partir da percepção dos trabalhadores daquela enfermaria. Ainda assim, aquela equipe conhecia Dani há apenas um mês, e não poderia, sem a experiência cotidiana, incorporar, na própria construção do caso, as expressões de agressividade do usuário. Além disso, é de comum conhecimento que, nas instituições que oferecem a internação como principal modalidade de tratamento, como as enfermarias psiquiátricas, expressões mais violentas são mais comumente contidas, mecânica ou quimicamente.

Ainda assim, destaca-se o fato de que apresentarmos o percurso de tratamento de Dani em nossa instituição para a outra equipe não produzia o efeito que esperávamos, isto é, que aqueles profissionais com quem

conversávamos, de algum modo, desistissem da ideia da possibilidade de seu tratamento em nosso CAPS, ainda que eles apresentassem motivo contundente de que o usuário voltaria a morar com seus familiares, cuja residência se situava em área de abrangência da nossa instituição³⁰. De certo modo, não era possível transmitir certo repúdio e ressentimento que experienciávamos em relação ao tratamento do usuário, já que acabávamos de nos apresentar aos membros daquela equipe e, além disso, não são afetos sobre os quais se comunica facilmente, a menos que se tenha construído uma relação prévia que permita tamanha franqueza.

É provável que, diante dessa desavença, a “crise” tenha sido evocada para apresentar a situação atual do usuário, e o desentendimento tenha sido produzido, em ato. Não seria possível, considerada a falta de vínculo prévio entre aqueles membros da equipe, considerar as diferentes percepções a respeito dos comportamentos de Dani, considerando os afetos que eles despertavam nos profissionais. A crise, nesse panorama, prestou-se a *encerrar* a discussão, expressando sua maior intencionalidade, que é, a despeito de qualquer compreensão que se tenha dela, *deve-se intervir*.

Esse âmbito já foi, ao longo dessa pesquisa, apresentado, mas aqui apresenta um primeiro efeito: o discurso de Dani, nesse desentendimento vivenciado pelas equipes, desaparece, isto é, as considerações que ele, porventura, faria a respeito de seu próprio sofrimento, que culminaram em uma internação, não foram consideradas, muito menos sua percepção a respeito do que ele considerava necessário para a formulação de seu novo PTS. A equipe da enfermaria, por um lado, informava que o usuário desejava retornar a nosso CAPS, pois lá seria um espaço em que ofertávamos muitas coisas essenciais, como comida fresca e acesso à internet. Ainda assim, esses elementos não puderam ser mais explorados, pois um dos efeitos provocados pela desautorização já produziam efeitos na equipe, como vemos a seguir:

³⁰ A área de abrangência, também conhecido como território-área, é a porção de uma determinada região geográfica para a qual se destinam as ações de saúde de uma determinada unidade ambulatorial (Gondim et al, 2008).

Ao fim da reunião, permanecíamos todos na sala, após a equipe da enfermaria ter ido embora, e nós parecíamos todos muito cansados, e eu mesmo, estava me sentindo incapaz, um tanto desorientado, mas, principalmente, anestesiado. Ainda assim, ali parecia imperar um certo pragmatismo desafetado, e continuamos a discutir outros casos como se nada tivesse acontecido. Às vezes, abria-se uma brecha para que o assunto “Dani” aparecesse, ainda naquela mesma reunião, mas logo era abafado por um discurso bastante desafetado, isso é, especulamos que a equipe da enfermaria deveria estar sofrendo com a presença desse usuário lá, sem saber o que fazer. Afinal, o que eles poderiam fazer, já que o usuário estava em crise, mas não respondia ao tratamento que eles propunham?

Desci para tomar um café com uma amiga do trabalho, mas de outra equipe e que, portanto, não havia participado da reunião. Ela reparou na minha expressão e pergunta, carinhosamente, do meu olhar vago e do silêncio que apresentava. Ficamos por ali durante alguns momentos, quando lhe conto a respeito da reunião, em detalhes. Ela fez um breve silêncio, e me perguntou, carinhosamente, se toda a relação que nós tínhamos com Dani não fazia, de fato, com que percebêssemos as situações de modo diferente de como eram percebidas pela equipe da enfermaria. Ela pontuou sobre as diferenças institucionais entre o CAPS e o ambiente hospitalar, e se questionava, se naquele momento, não seria necessário reconhecer algo a ser escutado de Dani.

Antes de adentrarmos nas conjecturas a respeito da intervenção realizada pela colega de trabalho, faz-se necessário um breve momento de inflexão. Os efeitos descritos acima podem ser remetidos ao primeiro momento do trauma desenvolvido por Ferenczi (1931/2011c), em que o sujeito passa a se perceber como se estivesse do “lado de fora”, como se todo o sofrimento e dor fosse infligido a outro ser, isso é, à equipe da enfermaria. A anestesia experienciada por nós evidenciava a angústia da decepção e da subestimação da percepção, isso é, o *consenso da crise de Dani*, que, segundo Rancière (1996), seria a expressão do próprio desentendimento, *desautorizava a nossa própria dificuldade em defrontar com o caso desse usuário*, diminuindo a potência para

que afirmássemos o próprio percurso de tratamento dele em nossa instituição de modo singular.

Loffredo (2014) destaca como toda situação de conflito é, potencialmente, mobilizadora de angústia, e é sobre este afeto que a colega descrita na situação parece operar, a partir do vínculo estabelecido entre os pares da instituição. Vale ressaltar que entendemos por “vínculo” o pressuposto esclarecido por Radmila Zygouris (2003), no texto “O vínculo inédito”: “o vínculo não decorre da interpretação. Ele se vive, ele é o *embasamento afetivo* da singularidade de dois corpos em presença” (p. 18, grifos nossos).

Nesse contexto, a relação estabelecida entre o autor dessa pesquisa e sua colega, ao longo de anos de trabalho conjunto na mesma instituição, é fundamental para o estabelecimento desse vínculo, mas não é um fator exclusivo, pois, se assim o fosse, ele se estabeleceria entre quaisquer pessoas que coabitem o mesmo espaço por um longo período. Nesse mesmo texto, Zygouris (2003) discrimina os aspectos necessários para o estabelecimento de aproximações vinculares, sendo eles a voz e o contato por meio do olhar.

O primeiro destes elementos diz respeito aos *sons*, ao *ritmo*, e mesmo ao *silêncio*, que ritmado e singularmente, une a criança na barriga da mãe ao mundo, que é o vínculo elementar. Essa musicalidade permite uma continuidade que se opõe à descontinuidade das palavras na língua, ou seja, “algo do real que podemos apreender essencialmente por meio de nossas sensorialidades” (p. 28), que “instruem e produzem as emoções e ativam a memória viva e rápida dos processos primários, mas, pela linguagem, também a memória lenta e discursiva de nossos processos secundários” (p. 28). Por isso fizemos questão de demarcar o *modo carinhoso*, na descrição da cena, pelo qual a colega se dirige ao pesquisador que estava desafetado após a reunião de equipe. O contato por meio do olhar, por sua vez, diz respeito ao que se sente, um certo fundo do humor, que remete a um “estar junto” (p. 34), ou seja, que une a distância entre dois seres, e por isso, utilizamos a palavra “reparar” para o instante em que a profissional se aproxima de seu colega.

Esses dois elementos são essenciais para o estabelecimento do vínculo, pelo qual a profissional consegue se aproximar de seu colega e intervir sobre a angústia gerada pela situação de desautorização diante das múltiplas

concepções a respeito daquela “crise”, e assim, alegoricamente, assumir a função explicitada por Ferenczi (1931/1992) de compreender, com ternura e sinceridade, a situação traumatizante.

Essa aproximação opera em dois planos, simultaneamente. O primeiro deles situa-se, por meio do reconhecimento da experiência prévia vivenciada da equipe com Dani, em autorizar a percepção das dificuldades com o caso clínico em questão, dimensão que estava encoberta, e produzia o efeito de distanciamento em relação ao próprio caso. Em segundo plano, possibilitava a revelação de diferentes percepções da situação de crise, incluindo, no debate, uma dimensão da cena que envolve a interlocução de sujeitos e a exposição de seus mundos, que devia ser reconfigurada, pois o comum deveria ser construído pelas diferenças.

Uma desvantagem da construção de situações que ainda estão em curso é que elas são um processo vivo que apresenta inúmeras facetas e outros pontos de articulação, e por isso, não apresentaremos aqui o desfecho da situação. Mas cabe citar, ainda assim, que os efeitos produzidos, a partir da pontuação de nossa colega, puderam redirecionar a intenção dos profissionais à elaboração de um novo PTS para Dani, ou seja, reassegurar os objetivos da clínica do CAPS.

SITUAÇÃO 2 - Chame (pel)o médico!

O período de “Acolhimento” é, sem dúvida, um dos mais difíceis do CAPS. Nunca sabemos sobre o usuário que vem, e o que trará consigo quando relatar sobre seu sofrimento. Este período, que ocorre, diariamente, entre as 8h as 12h30, ou entre 12h30 as 17h, disponibiliza uma equipe mínima que fica à disposição para receber os casos novos, que serão atendidos pela própria instituição, ou serão encaminhados a algum ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e para se responsabilizar por eventuais intercorrências na instituição. Muitas vezes chamado como “a porta do serviço”, o

acolhimento conta com profissionais de várias categorias profissionais, que tenham conhecimentos a respeito dos recursos de saúde e intersetoriais do bairro. Dessa forma, a pessoa que vem pela primeira vez ao serviço é, necessariamente, atendida por no mínimo duas pessoas, de modo a garantir a plenitude do princípio de Universalidade do SUS, regido pela dimensão do acesso à saúde como um direito a todos. Como pactuado pela instituição, cada trabalhador deve permanecer em um período de acolhimento por semana, e os arranjos possíveis preconizam que deve haver, pelo menos, um profissional de cada uma das três equipes nesse espaço³¹, e que nenhum deles deve agendar nenhuma outra ação, como, por exemplo, grupos ou atendimentos individuais com usuários já conhecidos, estando totalmente disponível para a “porta”, ou para as intercorrências eventuais.

Por consequência, como cada um dos trabalhadores tem estabelecidos um horário fixo na semana para esse espaço, aquele pequeno grupo de profissionais que se encontra, regularmente, para estar disponível compõe, então, uma equipe de acolhimento. Nos anos iniciais de trabalho no CAPS, eu fazia parte da equipe que ficava disponível nas sextas-feiras à tarde, composta por uma médica psiquiatra, uma enfermeira e eu. Nós chamávamos esse período de “olho do furacão” do CAPS, já que era nele que, ao anteceder o final de semana, e a instituição, portanto, estaria fechada, costumavam acontecer intercorrências importantes. Como exemplos, há momentos em que alguns usuários em situação de rua, de repente, perdiam o leito em algum Centro de Acolhida, exigindo rapidez para que encontrássemos algum lugar em que pudessem pernoitar, até à segunda-feira, ou mesmo ocasiões de agudização de sintomatologia psiquiátrica, que exigiam articulação com o Pronto-Socorro local, para que o usuário em questão não permanecesse desassistido e em situação de risco.

Nesse último ano de 2019, eu precisei fazer uma alteração de horários, e meu período de acolhimento passou a ser em outro dia da

³¹ O CAPS em que faço parte, como apresentado na cena anterior, é composto de três equipes maiores, que se reúnem às sextas-feiras para a discussão clínica dos casos tratados na instituição. Cada uma dessas equipes tem como responsabilidade o cuidado em Saúde Mental de uma parte da área de abrangência total da instituição.

semana. A equipe desse dia era composta por outra médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, e uma auxiliar de enfermagem. Notei que esse novo período do qual fazia parte era, razoavelmente, mais tranquilo, embora houvesse dias em que chegávamos a fazer oito atendimentos seguidos, no período de quatro horas. Isso era possível porque havia boa sincronização entre nós, que muitas vezes, apenas ao nos entreolharmos, já decidíamos quem conduziria o atendimento, ou mesmo quando uma intervenção parecia ser mais oportuna.

Estes momentos mais tranquilos são mais adequados para receber estagiários, residentes e especializandos que vem ao CAPS realizar sua formação em Saúde Mental. A instituição que trabalho tem como um de seus princípios ser um estabelecimento de formação, onde entendemos que participar e experimentar o que acontece no momento de acolhimento é fundamental, mas, para que essas pessoas possam ser apresentadas ao modo pelo qual recebemos um usuário pela primeira vez, ou mesmo como respondemos a certas intercorrências, precisamos desses momentos mais tranquilos para poder explicar-lhes o funcionamento do CAPS, e do acolhimento em si.

Com frequência, a partir dessa apresentação, os residentes médicos nos interpelam a respeito da diferença entre um pronto-socorro e o CAPS, e com o passar do estágio, percebem que o modo de *reposicionar aquilo que aparece como urgência é fundamental para a instituição*. Dizem-nos que, no pronto-socorro, eles se sentem obrigados a fornecer receitas médicas, e, já no CAPS, há um redimensionamento do que a pessoa fala enquanto queixa a uma demanda mais legítima e singular. É frequente, por exemplo, que recebamos pessoas no acolhimento que informam, inicialmente, que “estão com depressão e, portanto, necessitam de remédio”, e essa queixa é destrinchada de forma a considerar o modo como essa pessoa se relaciona com a sua própria história e com seu sofrimento, permitindo, muitas vezes, que elas encontrem as saídas mais criativas para o atual momento difícil. Esses residentes ficam, muitas vezes, perplexos com o efeito dessa modalidade de atendimento, e tomam, pela primeira vez, contato com o que chamamos de

“corresponsabilização em saúde”, garantindo acesso a quem sofre, e a quem apresenta demanda de cuidado em instituição de saúde.

Definitivamente não foi isso que ocorreu na situação que segue. Em um dia desses mais tranquilos, eu apresentava esses detalhes que mencionei a três residentes que participariam do acolhimento por três meses. Conversámos sobre um usuário que havia, há muitos anos, recebido o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, e procurou o CAPS porque seu tratamento, antes realizado em convênio médico, seria transferido ao SUS, já que essa pessoa havia perdido o emprego, e não teria como custear serviço privado de saúde. Uma das residentes demonstrava, com humor, sua perplexidade após o atendimento, pois ela havia aprendido, até então em sua formação, que toda pessoa psicótica, que apresentasse alucinações em alta frequência, como era o caso da pessoa atendida em questão, deveria ser internada. Essa residente perguntava, para minha colega médica e para mim, como achávamos que ela deveria continuar seu percurso de formação, para que, em um futuro, conseguisse trabalhar no SUS. Em resumo, ela havia se interessado muito pelo fato de não termos pensado, logo de prontidão, em um manejo medicamentoso para aquele usuário, mas sim pela relação que ele estabelecia com seu sintoma.

Naquele exato momento, uma das profissionais do CAPS entrava na sala de acolhimento, perguntando-nos se poderia discutir um caso. Essa mesma profissional havia feito sozinha os atendimentos no acolhimento no dia anterior, pois as outras pessoas responsáveis pelo mesmo período haviam tirado férias simultâneas. Fiquei preocupado com essa notícia, pois eu já havia estado sozinho no acolhimento algumas vezes, por motivo parecido. De algum modo, estar como os pares do trabalho, nesse momento de contato inicial com algum usuário, contribui para que façamos intervenções mais interessantes, e condizentes com o mesmo manejo pelo qual a residente, citada há pouco, havia se interessado.

Essa minha colega havia nos procurado para informar que o usuário que ela havia atendido no dia anterior estava muito sintomático e, como ela sabia que no período de acolhimento da terça-feira de manhã haveria um médico, ele havia vindo para atendimento. Sem que eu sequer tivesse visto o usuário, e também, bastante mobilizado

pela conversa anterior, fiquei muito irritado com a proposta que a colega havia feito. Sem muito conseguir considerar os motivos que embasaram sua decisão, questionei se toda pessoa que sofre deveria ter seus cuidados direcionados a um profissional médico. Nesse momento, ela me interrompe, e afirma que, *se o usuário estivesse em crise*, ele precisaria de um médico.

Essa fala foi o suficiente para que travássemos uma discussão muito acirrada. De um lado, minha colega enfatizava o que ela havia escutado do usuário no dia anterior, e eu, descuidadamente, respondia ressaltando as respostas, muitas vezes, burocráticas que utilizamos para responder às situações difíceis. A boa relação que eu tinha com a colega, que muitas vezes autorizava reações mais “acaloradas”, levou-nos a berrar um com o outro diante dos residentes. Se por um lado, eu pensava na vergonha que estávamos passando diante daquelas outras quatro pessoas que estavam na sala, por outro, eu não queria “perder aquela briga”. Eu dizia, em alto tom, que acolhimento não precisaria de médico, e essa fala irritava ainda mais minha colega, que me perguntava o que eu, “sabidão”, deveríamos fazer em situações de crise. Sem muito resolver sobre esse impasse, nossa colega médica, presente na sala, disse que escutaria o usuário, afinal, nem eu e nem minha colega estávamos em qualquer disponibilidade de ouvir a pessoa que aguardava o atendimento.

Essa segunda cena nos inspira a retomar o segundo momento do trauma descrito por Ferenczi (1932/2011). Este momento, de submissão à vontade do agressor, remete-se ao momento no qual a criança idealiza a figura do adulto, tornando-se culpada em relação ao qual não percebe qualquer mal, mas principalmente tornando-se maleável pela dissociação devida ao terror; assim, o agressor usurpa o espaço egóico e toma posse deste lugar como se assumisse a fala da criança ou ocupasse seu espaço psíquico. Nesse sentido, precisamos ser um pouco cautelosos em relação a situação, anteriormente, apresentada, pois como ela se apresenta como uma situação de conflito entre dois trabalhadores de saúde mental, poderíamos atribuir a um ou a outro esta função de “agressor”, o que não vem ao caso.

Nossa hipótese é que a própria crise, em seu ato de nomeação pelos próprios profissionais, *ganha esse estatuto de agressão*, e não arbitrariamente. A profissional da cena relata o momento em que estivera sozinha nos atendimentos do dia anterior, em específico um deles, que fora bastante difícil. Ainda assim, a situação difícil não era, até então, percebida como uma crise. No momento em que o desmentido ocorre, e este sim, podemos atribuí-lo ao momento em que o autor desautoriza o pedido de ajuda, a crise surge como uma espécie de quase-coisa, que não se integra, para nenhum dos autores da cena, a um fluxo psíquico, *incapaz* de metaforização.

O efeito é claro, ou seja, ele produz *identificação* com a “crise”, que deve ser respondida a todo custo. Diante do pânico gerado, e da deslegitimação do próprio saber, não há alternativa senão recorrer a um discurso altamente poderoso e eficaz, como é o discurso da Medicina. Esse discurso passa a ser intensamente eficaz, não para resolver a situação difícil enunciada pela colega, mas pela crise que, diante da situação de desmentido, construímos. Se fizermos uma comparação a uma situação de briga entre duas crianças que, como se sabe, brigam por qualquer motivo banal, chamam um adulto para resolver o conflito.

Nesse sentido, o discurso da Medicina torna-se *idealizado*, se recorrermos à noção freudiana dessa problemática. Em “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, Freud (1921/2011) recorre a essa noção para precisar o momento posterior a uma angústia pânica, em que o indivíduo “passa a cuidar apenas de si mesmo” (p. 50), demonstrando “haver compreendido que cessaram as ligações afetivas que até então minoravam para ele o perigo” (p. 50). Assim, se recordarmos o ponto inicial de nossa cena, em que os usuários, comumente, solicitam por remédios para o alívio de seu sofrimento, vemos o quanto esse discurso tem influência sobre o campo, em geral, da Saúde. Em vista disso, chamar pelo discurso médico, para resolver o problema do desentendimento em relação à crise, ocorre porque “ele é amado pelas perfeições a que o indivíduo aspirou para o próprio Eu, e que através desse rodeio, procura obter, para a satisfação de seu narcisismo” (p. 71). Em suma, é necessário fazer distinção entre identificação e idealização, como propõe Freud (1921/2011), ou seja, se para essa o Eu se empobrece ao entregar-se ao objeto, para aquela, há um

enriquecimento do Eu por meio da introjeção dos atributos do objeto, e é nesse sentido que, em nossa perspectiva, a crise é “introjetada”, e o médico é “idealizado”.

Chamar pelo médico, em si, não é o problema, mas, em nossa cena, isso é problemático, porque o discurso médico não se presta a cuidar do desentendimento, e sim, *decidir* a respeito da crise, ou se preferirmos, “dar uma conduta”. Se repararmos na ironia da situação descrita, foi justamente a médica da equipe quem se prestou a fazer o atendimento do usuário, e provavelmente, por estar impaciente com a situação conflituosa entre os dois colegas, mas, também, por estar preocupada com o usuário.

A resolução desse conflito só pôde ser resolvida momentos depois:

No fim da manhã, como de costume, relatamos os acontecimentos para a equipe da tarde, que assumiria o Acolhimento. Conto sobre a situação da manhã, e enquanto falo, percebo sobre o problema que fizemos surgir. Chamei minha colega, e juntos brincamos sobre a situação. Ela, sabiamente, pontuou que eu estava chamando pelo médico tanto quanto ela, porque não conseguia resolver aquela situação. Descobrimos, logo em seguida, que o usuário tinha ido embora do serviço, porque tinha trabalho, e não podia esperar. Conversamos por um tempo sobre o que possibilitava “encarar” aquela situação com menos ou mais facilidade, e de que existe diferença entre nós, trabalhadores. Ela conta que ficou, a bem da verdade, muito sensibilizada com o relato do rapaz, e queria que ele fosse bem atendido, “só isso”. Fiz uma piada com ela, afirmando que, ainda bem, fazíamos análise, e conseguíamos, às vezes, dar “nome aos bois”. Ela concorda, e agradece nossa tentativa de reconhecer as diferenças, informando que estava difícil estar sozinha no acolhimento, e proponho permanecer com ela no Acolhimento, enquanto os colegas ainda estavam em férias. Ela agradeceu, mas me disse que eles voltariam já na sexta. Ainda bem!

Nesse sentido, o modo como se encerra essa cena revela pontos interessantes já mencionados, como o reconhecimento da diferença, ou seja, a dimensão de que o

que nomeamos por crise encobre a intencionalidade do cuidado e os “os pontos de partida” para a sua própria nomeação. Entretanto, nosso interesse se faz, novamente pelo do vínculo.

É fundamental, como se apresentou, que houvesse alguma relação próxima entre os trabalhadores para que se pudesse pôr em evidência um elemento central na discussão. Em toda idealização, como afirma Freud (1914/2010), em “Introdução ao narcisismo”, “encontramos as maiores diferenças de tensão entre o desenvolvimento do ideal do Eu e o grau de sublimação de seus primitivos instintos libidinais” (p. 71), ou seja, é muito difícil, para aquele que idealiza, reconhecer as moções mais primitivas do narcisismo infantil. Assim, “idealizar” abriga uma situação sem conflito que prescinde da *falta*, que instaura uma relação de dependência, na mesma medida da esperança de que foi depositário.

O vínculo, em nossa situação, possibilita o retorno a uma dimensão bastante importante, e de algum modo fundante, da própria possibilidade de reconhecimento da diferença, que é o reconhecimento da própria *falta*, e a brincadeira entre os atores da situação descrita possibilita que emergja, justamente, essa dimensão, no âmbito das relações. Desse modo, realizar essa modalidade de reconhecimento possibilita, acima de tudo, que o eixo do trabalho possa ser retomado, e que a crise possa ser reconhecida como “da equipe”, e não do usuário, a menos que esse venha a falar dela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sonho se desloca como uma escritura original, pondo as palavras em cena sem submeter a elas. O sonhador inventa a sua própria gramática.

(Derrida, 1967/2014, p. 307)

Nesse fragmento de texto, retirado de uma conferência pronunciada no Instituto de Psicanálise de Paris, Derrida (1967/2014) procura examinar alguns pontos da obra freudiana, em sua articulação com as “ciências humanas”, em especial, a linguística. Ainda que Derrida elabore uma obra muito complexa e, por vezes, de difícil compreensão, é possível depreender que um de seus interesses por Freud repouse na premissa psicanalítica de que o sonho, assim como toda matéria significante, pode abrigar um sentido diferente em pessoas diferentes. Desse modo, cada um inventa, singularmente, sua própria gramática.

No prefácio da obra “A primeira entrevista em psicanálise”, de Maud Mannoni (2004), Françoise Dolto (2004), de modo apaixonante, esclarece a especificidade da Psicanálise, cujos pontos pensamos serem comuns aos apresentados por Derrida (1967/2014). A autora faz menção à Psicanálise terapêutica, ou seja, à situação clínica que envolve, em um *setting*, um analista e um analisando, mas gostaríamos de estendê-la a outros campos em que a Psicanálise exerce presença, como o caso das instituições de saúde mental. Em suas palavras, “a psicanálise é um método de pesquisa da verdade individual para além dos acontecimentos” (p. 09), e assim, não atribui razão ou a retira, pelo contrário, suscita a verdade do sujeito, na medida em que ela suscita, ao mesmo tempo, a sua verdade, sua gramática. Por meio da escuta e, também, por meio de uma sensibilidade receptiva, o psicanalista se aproxima, em vários níveis, do sentido emocional subjacente ao discurso que, implicadamente, testemunha e participa.

Sob essa perspectiva, nossa pesquisa interessou-se pelo desentendimento, que deriva da própria situação daqueles que falam, e da relação desigual estabelecida entre os interlocutores, que expõem as

singularidades de seus mundos, e são incumbidos da difícil tarefa de compor um comum que deve ser construído a partir de suas diferenças. Essa dificuldade ancora-se em uma espécie de confusão que fazemos entre o “comum” e o “consenso”, pois encontramos um ponto de tensão forte existente entre uma lógica que determina que haja acordo, em comunidade, para o estabelecimento da ordem, e o processo prático de verificação da igualdade.

Como esclarecida pelas ideias de Rancière (1998), a “política” é o instante de questionamento sobre a ordem posta, quando o que não é reconhecido é declarado como igual, frente os padrões de dominação, e nesse sentido, podemos pensar a Psicanálise como política, que se faz em ato, pois ela “põe em cheque” o conflito da existência de uma cena comum, em torno da existência e a qualidade daqueles que estão ali presentes, e possibilitam alguma clareza na maneira pela qual as pessoas participam na reprodução das condições de sua própria dominação.

Para avançarmos nessa discussão, foi necessário avançar em certas noções psicanalíticas que contribuíssem para a reflexão a respeito da interrupção das diferenciações, cujos efeitos de confusão e paralisia pudessem ser discriminados em seus aspectos psíquicos, pois desse modo, poderíamos pensar estratégias para que um processo democrático de cuidado pudesse ser retomado. Assim, chegamos na especificidade de nosso trabalho, para que pudéssemos pensar as diferenças que subjazem o que o campo da saúde mental nomeia como situações de crise.

A crise é evocada, pela equipe de saúde mental, em momentos em que ela acredita ser necessário criar uma resposta, de preferência, rápida. Essas situações, entretanto, são variadas. Pode-se pensar sobre situações inesperadas e estressantes de vida dos usuários que são acompanhados, sobre sentimentos de medo e de sobrecarga, ou mesmo de desamparo e de ameaça que fazem com que o usuário tenha a impressão de não ter mais sua própria vida sob controle. Há ainda a possibilidade de intervir sobre o intenso sofrimento e vivências conflitivas que geram uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito, provocando algo da ordem de estranheza e de uma perturbação importante. Sejam como for, essas situações difíceis geram um

impacto na equipe, que deixa de colocar, na pauta de suas discussões, as múltiplas percepções daquilo que é experienciado pelos diferentes integrantes, encobrando, nesse cenário, as diferentes éticas que fundamentam as intervenções consideradas no manejo do próprio caso.

Colocar a “crise” no centro da discussão, sem dúvida, é necessário, para colocar em evidência essas múltiplas noções, sem perder a dimensão do que fala o usuário a respeito do seu próprio sofrimento. Entretanto, apresentar essas diferentes opiniões não garante, em si, o reconhecimento da diferença, e nesse sentido, a psicanálise tem a contribuir, pois ela pode reivindicar o vínculo como um operador importante do trabalho.

É frequente, na saúde mental, recorrer ao vínculo entre trabalhadores e usuários para o manejo das situações de crise, mas, de um modo geral, o vínculo se faz necessário em seu potencial de “suportar” a experiência disruptiva. Como demonstrado por Zygouris (2003), certos manejos, que se fazem em transferência, só são possíveis porque, entre aqueles que estão experienciando a relação, construiu-se algo, suficientemente sólido, pela presença de dois corpos sensíveis ao contato. Nesse sentido, o analista na instituição extrapola a reivindicar a necessidade do vínculo entre os membros da equipe, pois é a partir dele que se pode considerar aspectos encobertos do conflito. Assim, a dimensão de “suportabilidade” pode ser avançada para uma de reconhecimento da diferença, ou seja, o vínculo opera sobre a “crise” gerada pelos membros da equipe, dissolvendo o consenso, e cada “gramática” pode ser legitimada, sem que haja o apagamento das singularidades e a escolha de um único discurso que deva ser aceito por todos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. B., Nascimento, E. R. P., Rodrigues, J., & Schweitzer, G. (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 708-714. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>.
- Amarante, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2014). *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2016). *Loucos pela vida: trajetória da saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2018). *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental*. São Paulo: Editora Zagodoni.
- Andreoli, A. (1993). Responder à crise: um impasse ou uma abertura na psiquiatria. In R. Diatkine, F. Quartier, F. A. Andreoli (Orgs.) *Psicose e Mudança*. São Paulo: Ed Casa do Psicólogo.
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Assumpção, M. B, Prediger, J., Disconsi, A. M. & Gomes, E. S. (2017). Clube dos Saberes: um relato de experiência acerca do compartilhamento dos saberes formais e informais no Campus Porto Alegre. *Viver IFRS* I, 5, pp. 132-137.
- Baptista, T. W. F. B (2014). As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral em saúde. In R. Kuschner (Org.). *Gestão de Redes à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.
- Betto, F. [orelha do livro]. In B. S. Santos (2016). *A difícil democracia: reinventar as esquerdas*. São Paulo: Boitempo.
- Bíblia. (1999). *Bíblia Sagrada Almeida Revista e Atualizada*. (J. F. Almeida, trad.) São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2011.
- Birman, J. & Costa, J.F. (1994). Organização de instituições para uma Psiquiatria comunitária. In: P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-72.

- Birman, J. (1978). *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Birman, J. (2003). O lugar do psíquico na experiência da loucura. *Ciência Hoje*, 1(6), 30-36.
- Boff, L. (2002). *Crise: oportunidade de crescimento*. São Paulo: Vozes.
- Borges, F. O. A. Comunicação pessoal: São Paulo: Lapsi-PSA, 2019.
- Boscarato, K; Lee, S; Kroschel, J; Hollander, Y.; Brennan, A. & Warren, N. (2014). Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. *Int J Ment Health Nurs*, 23(4), pp. 287-95. doi: 10.1111/inm.12059.
- Brasil. Ministério da Saúde (1986). *Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde*. <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.html>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS (2008). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; da medicina preventiva São Paulo: Editora UNESP.
- Brennaman, L. (2012). Crisis emergencies for individuals with severe, persistent mental illnesses: a situation-specific theory. *Arch Psychiatr Nurs*, 26(4), pp. 251-60. doi: 10.1016/j.apnu.2011.11.001.
- Cabral, P. E. P. L. (2015). *Ensaio sobre a preguiça*. Dissertação de mestrado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 231 p.
- Campos, E. B. V. & Coelho Jr, N. E (2010). Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. In *Estudos de Psicologia*. 27(2). Campinas.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
- Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, & Domitti, Ana Carla. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1964).
- Caponi, S. (2013). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Caruso, F. & Oguri, V. (2006). *Física Moderna: Origens Clássicas e Fundamentos Quânticos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chang, W., Yan Kwong, V., Lau, E., So, H., Wong, C., Chan, G., .Chen, E. (2017). Sustainability of treatment effect of a 3-year early intervention programme for first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 211(1), pp. 37-44. doi:10.1192/bjp.bp.117.198929.
- Comitê Invisível (2016). *Aos nossos amigos – crise e insurreição*. São Paulo: n-1 editora.
- Cooper, D. (1977). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.
- Cornelis, J & cols (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), p. 55. doi: 10.1186/s12888-018-1632-z.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 141-168.
- Couto, R., & Alberti, S. (2008). Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, 32 (78-79-80), pp. 49-59.
- Dal Molin, E. C. (2016). *O terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito*. São Paulo: Perspectiva.
- D'amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. 1997. Tese de Doutorado apresentada a Université de Montreal, Montreal, Canadá.
- Dell'acqua, G. & Mezzina, R. (1991). Resposta à crise. In *A loucura na sala de jantar* (J. Delgado, org.). São Paulo: Resenha.
- Derrida, J. (2014). *A escritura e a diferença*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1967).
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Dimenstein, M., Amorim, A. K. A., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., ...Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Pique*, 2(1), pp. 95-127.

- Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (pp. 7 - 34). Rio de Janeiro: Elsevier Ed.
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), pp. 611-626. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>.
- Einstein, A. (1981). *Como vejo o mundo*. (H. P. de Andrade, trad.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1955).
- Erikson, E. (1972) *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara. (Trabalho original publicado em 1968).
- Erikson, E. (1978). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1950).
- Etges, N. J. (1993). Produção de conhecimento e interdisciplinaridade. *Educação e Realidade*, 18, 2, pp. 73-82.
- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta.
- Ferenczi, S. (1988). *The clinical diary of Sándor Ferenczi*. (J. Dupont, ed.). Cambridge: Harvard University Press. (Original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (2011a). Confusão de língua entre os adultos e a criança. (A. Cabral, trad.). In *Psicanálise IV* (pp. 111- 135). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ferenczi, S. (2011b). Reflexões sobre o trauma. (A. Cabral, trad.). In *Psicanálise IV* (pp. 126- 137). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ferenczi, S. (2011c). Análise de crianças com adultos. (A. Cabral, trad.). In *Psicanálise IV* (pp. 79- 97). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1931).
- Ferigato, S., Campos, R., & Ballarin, M. (2018). O atendimento à crise em saúde mental. *Revista De Psicologia Da Unesp*, 6(1), 14. <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1008>.
- Feriotti, M. L. (2009). Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, 6(2), 179-190. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Fernandes, D. A. (2016). Logística legal: a lei que não pega. Por quê? *Revista Profanações*, 3, pp. 5-19.
- Figueiredo, A. C. (2001). Os “pppês”: profissionais “psi” nos serviços de saúde mental. In A. M. Jacó-Vilela; A.C. Cerezzo & H. B. C. Rodrigues (Orgs.).

- Clio Psyché Hoje. Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará – FAPERJ. pp.107-123.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Flannery Jr, R.B & Everly Jr. G.S. (2000). Crisis intervention: a review. *Int J Emerg Ment Health*. 2(2), pp. 119-25.
- Fleming, J. (2004). *Erikson's Psychosocial Developmental Stages*. [online] swppr.org. Disponível em: <http://swppr.org/Textbook/Ch%209%20Erikson.pdf>.
- Foucault, M. (2006). Loucura, literatura, sociedade. In M. B. Barbosa (Org.). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, pp .232-258.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico. Curso do Collège de France*. São Paulo: Marins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973 e 1974).
- Foucault, M. (2007). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961).
- Foucault, M. (2012). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. (Trabalho original publicado em 1963).
- Freud, S. (2003). Projeto de uma psicologia (O. F. Gabbi Jr., trad.). In O. F. Gabbi Jr., *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitárias da psicanálise* (pp. 171-260). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895]).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 170-194). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).
- Freud, S. (2010). Luto e Melancolia. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-50). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre técnica e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-107). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (2011). Neurose e Psicose. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 16: O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 176-183). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).

- Freud, S. (2011). Psicologia das Massas e análise do eu. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 15: Psicologia das Massas e análise do eu e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-113). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (2012). Contribuição à história do movimento psicanalítico. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 11: Totem e tabu, Contribuição à História do movimento psicanalítico e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 245-327). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2014). Conferências introdutórias à psicanálise. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 13: Conferências introdutórias à psicanálise, S. Tellaroli, trad.). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (2014). O fetichismo. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-123). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-172). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2018). Análise terminável e interminável. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos, P. C. de Souza, trad., pp. 274-326). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2019). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 04: A interpretação dos sonhos, P. C. de Souza, trad.). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900).
- Furtado, Juarez Pereira. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 239-255. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>.
- Gabbi Jr., O.F. (1994) *Freud: racionalidade, sentido e referência*. Campinas: Unicamp, v.13. (Coleção CLE).
- Gandesha, S. (2018). “Identifying with the aggressor”: From the authoritarian to neoliberal personality. *Constellations*. 25, 147-164, <https://doi.org/10.1111/1467-8675.12338>.
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Goffman, E. (2018) *Manicômios, prisões, conventos*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961).
- Goldberg, J. (1992). A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, São Paulo.
- Gondim, G. et al. (2008) *O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização*. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>.
- Greene, C. A., Williams, A. E., Harris, P. N., Travis, S. P. & Kim, S. Y. (2016). Unfolding Case-Based Practicum Curriculum Infusing Crisis, Trauma, and Disaster Preparation. *Counselor Education and Supervision*, 55, pp. 216-232. doi:10.1002/ceas.12046.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Houaiss, A., Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? In *Ágora*, (6)1, Rio Grande do Sul.
- Jantsch, A. P & Bianchetti, L. (2011). *A interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- Japiassu, H. (1976). Interdisciplinaridade e patologia do saber. São Paulo: Boitempo.
- Jardim K, Dimenstein M. (2008) A crise na rede do SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Saúde debate*, 32(78/79/80), pp.150-60;
- Kaës, R. (1982). *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Kierkegaard, S. (1988). The crisis and a crisis in the life of an actress. Copenhagen: *Jornal Faedrelandet*, 9, 1988. (Trabalho original publicado em 1848).
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ.
- Koweszko, T.; Gierus J.; Więdołcha M., Mosiołek, A. & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline Patients (CIP-BP): A Case Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 3, pp. 324-328.
- Kupermann, D. (2006). A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade. *Percursos – revista de psicanálise*, 18(36), pp. 25-32.

- Laing, R. D. (1990). *O eu dividido*. 3. Ed. Petrópolis: Vozes (Trabalho original publicado em 1978).
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazzarato, M. (2014). *O governo do homem endividado*. São Paulo: N-1 edições.
- Lei 10.2016, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Leite, P. B. O. (2019). Considerações psicanalíticas sobre o sofrimento nas práticas de saúde mental. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de São Paulo, 149 pp.
- Lelo, T. & Marques, A. C. S. (2014). Democracia e pós-democracia no pensamento político de Jacques Rancière a partir das noções de igualdade, ética e dissenso. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (15), 349-374. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-3352201415012>.
- Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), 423-434. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200011>.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, pp. 141-148. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>.
- Lispector, C. (1998). *Laços de família*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Loffredo, A. M. (1999). Em busca do referente, às voltas com a polissemia dos sonhos: a questão em Freud, Stuart Mill e Lacan. *Psicologia USP*, 10(1), 169-197.
- Loffredo, A. M. (2011). Figuras da sublimação na metapsicologia freudiana. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45 (1), pp. 51-62.
- Loffredo, A. M. (2014). Figuras da sublimação na metapsicologia freudiana. São Paulo: Escuta.
- Lopez Calvo de Feijoo, A. (2016). Sören Kierkegaard: o despontar da sociedade de massa e suas determinações na constituição do indivíduo. *Ítaca*, 0(30), 123 - 138. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ltaca/article/view/10101>.

- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.
- Mannoni, M. (2004). *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (pp. 7 - 34). Rio de Janeiro: Elsevier Ed.
- Martins, A. G. (2012). *A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial (CAPS)*. Dissertação de mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 83 p.
- Matos, E.; Pires, D. E. P., & Campos, G. W. de S. (2009). Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 863-869. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600010>.
- Mezan, R. (2014). *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Milhomens, A. E., & Martin, D. (2017). Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1105-1123. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400013>;
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013). Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 438-450. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000300007>.
- Miranda, L., Onocko-Campos, R. T. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad. Saúde Pública [On-line]*; 26(6): 1153-1162. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X201000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>.
- Miranda, L., Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2012). Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1563-1583. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400016>.
- Moebus, R. L. N. (2014). CRISE - Um Conceito Constitutivo para a Saúde Mental. In M. P. C Gomes & E. E. Merhy, (Orgs.). *Pesquisadores IN-MUNDO - Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. 1ºed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p. 43-54.

- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Mouffe, C. (2013). *Agonistics: thinking the world politicaly*. Londres/Nova York: Verso.
- Moura, A. H. (2003). *A psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Hucitec.
- Nicácio, M. F. S. (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Onocko-Campos, R. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G. W. S. Campos (Org.), *Saúde Paidéia*, Gastão Wagner de Sousa Campos (pp. 122-149), São Paulo: Ed. Hucitec.
- Onocko-Campos, R. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>.
- Onocko-Campos, R. (2013). Clínica: a palavra negada (sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental). In R. Onocko-Campos (Org.), *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces* (pp. 97-116). São Paulo: Ed. Hucitec.
- Onocko-Campos, R., Furtado, J. P., Trapé, T. L., Emerich, B. F., & Surjus, L. T. L. e S. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, 41(spe), 71-83. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s07>.
- Onocko-Campos, R.; Massuda, A.; Valle, I.; Castaño, G. & Pellegrini, O. (2012) Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In R. O. Campos, (Org.) *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Onocko-Campos, R.; Palombini, A. L.; Silva, A. E.; Passos, E.; Leal, Erotildes M.; Serpa Júnio; O. D.; Marques, C. C.; Gonçalves, L. L. M.; Santos, D. V. D.; Surjus, L. T. L. S.; Arantes, R.; Emerich, B. F.; Otanari, T. M. C., & Stefanello, S. (2015). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), pp, 967-980. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>.
- Onocko-Campos, R.; Furtado, J. P.; Trapé, T. L.; Emerich, B. F.; & Surjus, L. T. L. S. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, 41(spe), 71-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s07>.

- Osmo, A., & Kupermann, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 329-339. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000200016>.
- Oury, J. (2009). *O coletivo*. São Paulo: Hucitec.
- Paim, J. (2014). *Saúde Coletiva ou restauração da Saúde Pública*. Palestra de abertura do ano letivo da ENSP/Fiocruz no Rio de Janeiro (RJ) em 26 de março.2014. <https://www.youtube.com/watch?v=xuUXD0SJpE>.
- Parsons C. (2016). Evidenced-Based Care of Adolescents and Families in Crisis. *Nurs Clin North Am*, 51(2), pp. 249-60. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.008
- Pavan, C. (2015, 09 de agosto) Sobre o fim da PNH enquanto política de governo. *Rede Humaniza SUS (RHS)* [blog]. <http://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/>.
- Peduzzi, M. (1991). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 35, 1, pp.103-9.
- Pereira, M., Sá, M. C., & Miranda, L. (2013). Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. *Saúde em Debate*, 37(99), 664-671. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400014>.
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. (2011, 26 de dezembro). 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. (19 de fevereiro). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012*. (22 de agosto). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Providello, G. G. D., & Yasui, S.. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4), pp. 1515-1529. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005>.
- Rancière, J. (1996). O desentendimento. In A. (Org.). *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Rancire, J. (2018). *O desentendimento: poltica e filosofia* (2^a ed.). So Paulo: Editora 34.
- Ribeiro, H. M. C. B., Lamy, Z.C., Coimbra, L. C., Rocha, L. J. L. F., Aquino, Dorlene M. C., Coutinho, N. P. S. & Costa, L. F. (2015). Representaes sociais de profissionais de ncleos de apoio sade da famlia sobre interdisciplinaridade. *Trabalho, Educao e Sade*, 13(Supl. 2), 97-115. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00082>.
- Roberts, A. R. & Everly Jr., G. S. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), pp. 10-21; doi:10.1093/brief-treatment/mhj006.
- Roberts, A. R. (Ed.). (2015). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (4rd ed.). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Rossini, R. S. (no prelo). O papel fundamental da percepo na metapsicologia freudiana. Dissertao de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de So Paulo, So Paulo.
- Roudinesco, E. & Michel Plon (1999). *Dicionrio de Psicanlise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Safatle, V. (2020, 03 de janeiro). Da arte de aprender a cair. *El Pas*. <https://brasil.elpais.com/opinion/2020-01-03/da-arte-de-aprender-a-cair.html>.
- Salgueiro Marques, A. (2013). Aspectos ticos, poticos e comunicacionais do pensamento poltico de Jacques Rancire. *Logos*, 20(2). doi:<https://doi.org/10.12957/logos.2013.6233>.
- Sant'Ana, A. B., Lucas, A. S., Peres, H. S., Rosa, V. L. M., & Willrich, J. K. (2012). A rede de sade mental e as possibilidades de avaliao e interveno na crise. *Journal of Nursing and Health*, 2, pp. 1623. <https://doi.org/10.15210/JONAH.V2I0.3478>.
- Santos, B. S. (2016). *A difcil democracia: reinventar as esquerdas*. So Paulo: Boitempo.
- Santos, V. G. (2019). O desentendimento como caracterstica inerente democracia. *Diaphonia*, 5(1), pp. 149-159. <http://saber.unioeste.br/index.php/diaphonia/article/view/22782>.
- Scherer, M. D. A. & Pires, D. (2009) A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de sade da famlia, na percepo dos profissionais de sade. *Tempus: Actas de Sade Coletiva*, 3(2), www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewfile/730/739. Severino, A. J. Subsdios para uma reflexo sobre novos caminhos da interdisciplinaridade (2006) In J. L. M. (Org), *Servio Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosficos prtica*

- interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão* (pp. 11-20) São Paulo: Cortez.
- Saraceno B. (2001) *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ):Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Silva, M. D. (2016). *O cuidado em saúde pública: potencialidades de uma clínica em movimento*. Monografia de conclusão de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva), 52 pp.
- Silva, M. L. B. & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18095267201400030004&lng=pt&tlng=pt.
- Souza, L. E. (2015). Saiba a diferença entre saúde coletiva e saúde pública. *Entrevista fornecida a Ascom UFG em 21 de julho de 2015*. <https://www.ufg.br/n/82100-saiba-a-diferenca-entre-saude-coletiva-e-saude-publica>.
- Souza, P. C. (2010). *As palavras de Freud*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Stein, C. (2012). Krisenintervention. *Neuropsychiatrie*, 26, pp. 106–110. doi 10.1007/s40211-012-0026-6.
- Teixeira, M. O. L. (2004) Da tomada de responsabilidade como eixo de trabalho e suas repercussões: o profissional na atenção psicossocial, *Capa*, 3(4), n.p.
- Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 9(1), pp. 25-59.
- Viganó, C. (2012). *Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Watson A.C.; Compton, M.T. & Draine J.N. (2017). The crisis intervention team (CIT) model: An evidence-based policing practice? *Behav Sci Law*; 35(5-6), pp. 431-441. doi: 10.1002/bsl.2304.
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G. W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100004>.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Zygouris, R. (2003). *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta.