

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LAYLA RAQUEL SILVA GOMES

Achar palavra:

Um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres

São Paulo
2023

Layla Raquel Silva Gomes

Achar palavra:

Um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres

Versão corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica – Investigações em Psicanálise

Orientadora: Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto

São Paulo
2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
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 pela autora

Gomes, Layla Raquel Silva

Achar palavra: um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres /
Layla Raquel Silva Gomes; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. São Paulo: IP,
2023.

191 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de
Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023. Versão corrigida

1. Psicanálise. 2. 3. 4. 5. I. Tourinho Moretto, Maria Livia, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Gomes, Layla Raquel Silva

Título: Achar palavra: um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica – Investigações em Psicanálise

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profª. Dra. (Orientadora): Maria Lívia Tourinho Moretto _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Clarice, meu amor, meu coração.

AGRADECIMENTOS

À Maria Lívia, pela inspiração contínua, pela admiração crescente, por cada apoio e cada impulso. Pelo afeto com que me orienta a criar com liberdade e excelência. Por me ensinar a usar as palavras com calma e precisão, a encarar com coragem as pedras que surgem no caminho e a renovar o sonho a cada invenção.

Ao grupo de orientação, Paula, Marcus, Thaís, Alyne, Laura, Marina, Cláudio, Will, Mayra, Vanessa, Mari S, Mari Ribeiro, Gus, Eli, Dani Sanches, Dani Bezerra, Diene, Leo, Fernanda, Rafa, Luisa, Luisa Fromer.

À Paula, pois sem a coincidência de nossas almas, não teria chão que eu pudesse caminhar nestes anos áridos. Obrigada por me fazer companhia no escuro.

Ao Marcus, Alyne, Thaís e Paula, por toda a intimidade, pela vida que trouxeram aos meus dias em São Paulo, pela amizade que atravessa uma pandemia, pelo lugar mais sincero onde puder ser.

À Laura e Marina, por olhos sempre brilhantes, presenças amorosas e atentas. Pela leitura cuidadosa, pelo carinho e o colo.

Ao Cláudio, por me fazer questões tão importantes.

À Mayra, por me acolher na maternidade doutoranda, com sua experiência e tranquilidade.

Ao Gustavo Tsuchiya, por ter desenvolvido o projeto PUB com tanta dedicação e responsabilidade. À Emily, monitora no projeto PUB de extensão, durante o projeto Achar Palavra, pela presença atenta.

À Clínica de Cuidado, Christian, Ilana, Eliane, Ka, Érica, André, Cássia, Pedro, Rodrigo, Noemi, Flavia Ribeiro, Flávia Gleich, Ana Carolina, Lu, Anna, Maíra, Lilo.

Ao Christian Dunker, pela conversa no barco que me fez chegar até aqui. Pelo privilégio de ter sido sua dupla de atendimento. Pela generosidade de suas supervisões e pelo entusiasmo de sua escuta.

À Ilana Katz, por me acolher tanto e sempre, mesmo de cabeça pra baixo. Pelo afeto sincero e a escuta certa que me ajuda a saber de mim. Toda minha admiração e gratidão.

Ao Lilo, que me fez rir e chorar.

À banca titular Dra. Ilana Katz, Dra. Débora Noal, Prof^a Daniela Chatelard, Prof. Dr. Cleyton Andrade e suplentes Prof. Dr. Daniel Kupperman, Dr. Marcus Fagundes Netto, Prof^a Dr^a Anamaria Silva Neves, Prf^a. Dr^a Jacqueline Moreira, pelo aceite e disponibilidade em ler meu trabalho.

À Cláudia, pela agilidade, tranquilidade e eficiência com que nos assegura administrativamente.

À Viviane, por uma revisão cuidadosa, leve e tranquilizadora.

À Débora Noal, porque meus olhos brilham a cada vez que te escuto. Pelo privilégio de aprender a com você a encontrar no mundo a humanidade que encanta.

Aos colegas do Taller El tiempo lógico, José Miguel, Flávio Paredes e Rebeca Naranjo pelo trabalho minucioso com o texto, em três idiomas, pela paciência com o sotaque para juntos lermos Lacan em construções tão preciosas.

À Sophie, por ter me inserido no taller El tiempo lógico, mas principalmente pela amizade e pelo carinho de um encontro inesperado de vida.

Aos colegas do Laço Analítico Escola de Psicanálise, Mari, Isabel e Enzo, pelo que pudemos construir de presença em um momento de intenso isolamento social da pandemia, pelas provocações e impasses na aposta da transmissão e da formação, pela amizade e afeto.

À Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, pelo apoio e parceria em um momento crucial. Pela década em que participo dessa história de construção de lugares possíveis para a psicologia hospitalar.

Aos participantes do Achar Palavra, psicólogos hospitalares que confiaram em nós suas angústias e suas preciosas elaborações.

À Universidade Federal de Uberlândia, minha casa acadêmica, lugar que acolheu minhas utopias de menina e me deu força alçar grandes voos, na graduação, no mestrado e nas tantas funções como servidora.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, por acolher meu desejo pelo espaço acadêmico e clínico, pelo apoio institucional. Especialmente às amigas Anamaria Silva Neves e Paula Medeiros, por serem professoras na profissão e nada vida, por acreditarem que eu poderia ir longe, mas me fazerem sempre me sentir perto.

Aos colegas do Centro de Psicologia, CENPS. Lucianne e Pablo, pelo apoio institucional imprescindível. Maltos, Gabriela, Andressa e Melany, pelo suporte administrativo. Kathe, pela companhia divertida e amizade que trouxeram leveza aos momentos de finalização da tese e início da maternidade.

À Gerência de Psicologia e Psicopedagogia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, GEPPS-HCUFU, especialmente à Rosângela Caratta que tanto me ensinou, e aos colegas da Unidade de Terapia Intensiva- Adulto.

Aos pacientes do hospital, consultório e CENPS, por tudo o que aprendi como psicanalista.

Aos residentes, alunos de extensão e de estágio, por tudo o que aprendi ao transmitir.

À Margarete, por ter me ensinado a ser escutada de um jeito inédito e, com isso, aprender a falar.

Ao Carlos, por me amparar em um passo a mais na direção de uma conclusão.

À La e Carol, por serem eternas.

À Fer, e sua Clarice, pela sua amizade me ajudar a atravessar as durezas dos laços institucionais, com doçura, leveza e perspicácia.

À minha família Silva, minha doçura Alice, comadre Karla, Juju, Kássia, Maju, Diheguinho, Thiago, Nana, Tia Dinamar, Tia Delcinha e Tio Rocildo, Tia Dinair, e nossas meninas Manu, Júlia e Maria Vytoria que enchem a vida de alegria, de pertencimento, de união e bons encontros.

Aos meus avós, em memória, Júlia, Geraldo, Dorismária e Maria do Carmo, por me ensinarem sobre ternura, saudade e despedida.

À Patrícia, minha sogra, pelo carinho genuíno, pelo entusiasmo e coração imenso.

À minha cunhada Andreia pelo exemplo de determinação e pelo carinho.

Ao Davi, amor da titia, por me fazer cantar e por nos encantar diariamente e sem medidas.

Aos meus irmãos. Anna Júlia, meu amorzinho, por ter me refeito o encanto da vida. Paulo Fernando, por assegurar meus passos. Só com vocês no mundo pude saber de onde vim e para onde vou.

Aos meus pais, por um amor tão incondicional. Pai, pela pureza e por me tratar como uma princesa. Mãe, porque só agora entendo um pouco do tanto que significa uma mãe, para sempre. Obrigada por cuidarem de mim com tanto amor e zelo. Por me ensinarem a paciência do tempo e a riqueza da união. Por nossa família ter um amor tão bonito.

Ao Renan, meu cais, meu porto seguro, meu horizonte. Quem me leva além, sonha meus sonhos, me cuida e me ajuda a viver. “É só você que tem a cura pro meu vício de insistir nessa saudade que eu sinto de tudo o que eu ainda não vi”. Por sonhar nossa menina, por enfrentar todas as intempéries para estar ao nosso lado, por acreditar em mim, em nós, sempre e de novo. Por uma vida inteira.

À Clarice, meu amor tão lindo. Abriu-se um novo mundo e eu estava ali, jamais a mesma que nunca fui, talvez quase tudo para você. Você luz que me olha me vendo, vejo o mundo outro depois de você. Me vejo outra, apesar de tantas. Com você revejo tudo. Por você vou mais além, também. Por ser minha melhor companhia desde que morou em mim, por me acompanhar nas reinvenções do sonho e ser você mesma essa reinvenção e a causa de sonhar. Por ser tão bom te ver olhar o mundo com encanto. Pela paciência com minhas ausências e cansaços, quando insisto em me manter viva em outros sonhos. Por ser a melhor tese que já gastei e dei vida.

RESUMO

GOMES, L. R. S. (2023). **Achar palavra: um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta pesquisa parte de experiências na clínica psicanalítica no campo das urgências, emergências e desastres. Chegamos a uma definição que compreende que a urgência e a emergência são processos em um continuum entre a ausência total de risco de vida e o risco máximo de vida; ponto que só se define pela gradação de três fatores: tempo, necessidade de agir e gravidade. Um desastre é a combinação de um conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos que ultrapasse a capacidade de gerenciamento local. Investigamos os desafios que se apresentam desde a inserção do psicanalista nesse campo, com o objetivo de compreender a operação psicanalítica nesse cenário, considerando o tempo e morte, para, enfim, apresentar um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres. A aposta metodológica de análise desta tese foi a transmissão da clínica psicanalítica pelo que dela se escreve, e suas etapas foram: a) Descrição da experiência prática da pesquisadora – da qual partiram as questões iniciais; b) Revisão da literatura sobre a atuação de psicanalistas em urgências, emergências e desastres; c) Levantamento histórico e conceitual da relação entre psicanálise e esse campo de pesquisa; d) Categorização dos textos, termos e conceitos mais utilizados quando pesquisamos esse tema; e) Desdobramento da pesquisa em ato, ao precipitar uma intervenção em emergência e desastre: o projeto Achar Palavra; f) Análise da experiência clínica e institucional a fim de elencar, analisar e apresentar os elementos que estabelecemos como paradigmas clínicos nesse campo: transferência, tempo e ato psicanalítico. Por fim, além da contribuição acadêmica e científica relacionada à revisão sistemática e à revisão crítica da história da psicanálise nesse campo, esta pesquisa teve como resultado a proposição de fundamentos clínicos para a direção do tratamento em urgências, emergências e desastres, a partir da construção de um dispositivo psicanalítico.

PALAVRAS-CHAVE: Emergências, Desastres, Psicanálise, Ato Psicanalítico, Transferência

ABSTRACT

GOMES, L. R. S. (2023). Finding word: a psychoanalytic device in urgencies, emergencies and disasters. Thesis (Doctorate in Clinical Psychology) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

This research is based on experiences in the psychoanalytic clinic in the field of urgencies, emergencies and disasters. We have arrived at a definition which understands that urgency and emergency are processes on a continuum between the total absence of risk to life and the maximum risk to life; a point which is only defined by the gradation of three factors: time, the need to act and gravity. A disaster is the combination of a number of factors: threats, exposure, conditions of vulnerability and insufficient comprehensive risk management that exceeds local management capacity. We investigate the challenges that arise when psychoanalysts enter this field, with the aim of understanding the psychoanalytic operation in this scenario, considering time and death, in order to finally present a psychoanalytic device in urgencies, emergencies and disasters. The methodological focus of this thesis was the transmission of the psychoanalytic clinic through what is written about it, and its stages were: a) Description of the researcher's practical experience - from which the initial questions came; b) Review of the literature on the performance of psychoanalysts in urgencies, emergencies and disasters; c) Historical and conceptual survey of the relationship between psychoanalysis and this field of research; d) Categorization of the texts, terms and concepts most used when researching this topic; e) Development of the research into an act, by precipitating an intervention in emergencies and disasters: the Achar Palavra project; f) Analysis of the clinical and institutional experience in order to list, analyze and present the elements that we have established as clinical paradigms in this field: transference, time and the psychoanalytic act. Finally, in addition to the academic and scientific contribution related to the systematic review and critical review of the history of psychoanalysis in this field, this research resulted in the proposition of clinical foundations for the direction of treatment in urgencies, emergencies and disasters, based on the construction of a psychoanalytic device.

KEY WORDS: Emergencies, Disasters, Psychoanalysis, Psychoanalytic Act, Transference

RESUMEN

GOMES, L. R. S. (2023). **Encontrar palabra: un dispositivo psicoanalítico en urgencias, emergencias y desastres.** TESIS (Doctorado en Psicología Clínica) - Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo, São Paulo.

Esta investigación se basa en experiencias en la clínica psicoanalítica en el campo de las urgencias, emergencias y catástrofes. Hemos llegado a una definición que entiende que la urgencia y la emergencia son procesos en un continuo entre la ausencia total de riesgo para la vida y el riesgo máximo para la vida; un punto que sólo se define por la gradación de tres factores: el tiempo, la necesidad de actuar y la gravedad. Un desastre es la combinación de una serie de factores: amenazas, exposición, condiciones de vulnerabilidad e insuficiente gestión integral del riesgo que supera la capacidad de gestión local. Investigamos los desafíos que surgen cuando los psicoanalistas entran en este campo, con el objetivo de comprender la operación psicoanalítica en este escenario, considerando el tiempo y la muerte, para finalmente presentar un dispositivo psicoanalítico en urgencias, emergencias y desastres. El enfoque metodológico de esta tesis fue la transmisión de la clínica psicoanalítica a través de lo que se escribe sobre ella, y sus etapas fueron: a) Descripción de la experiencia práctica de la investigadora - de donde se extrajeron las preguntas iniciales; b) Revisión de la literatura sobre el trabajo de los psicoanalistas en urgencias, emergencias y desastres; c) Relevamiento histórico y conceptual de la relación entre el psicoanálisis y este campo de investigación; d) Categorización de los textos, términos y conceptos más utilizados al investigar este tema; e) Desdoblamiento de la investigación en un acto, precipitando una intervención en urgencias y desastres: el proyecto Achar Palavra; f) Análisis de la experiencia clínica e institucional para enumerar, analizar y presentar los elementos que hemos establecido como paradigmas clínicos en este campo: la transferencia, el tiempo y el acto psicoanalítico. Finalmente, además de la contribución académica y científica relacionada con la revisión sistemática y crítica de la historia del psicoanálisis en este campo, esta investigación resultó en la proposición de fundamentos clínicos para la dirección del tratamiento en urgencias, emergencias y desastres, a partir de la construcción de un dispositivo psicoanalítico.

PALABRAS CLAVE: Emergencias, Catástrofes, Psicoanálisis, Acto Psicoanalítico, Transferencia

Lista de figuras

Figura 1- Classificação de risco - Protocolo de Manchester

Figura 2 - Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial - IASC (2007)

Lista de Abreviaturas

CFP - Conselho Federal de Psicologia
CLIPS UFU - Clínica Psicológica da Universidade Federal de Uberlândia
CENPS UFU – Centro de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
CNPED-CFP - Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral De Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia
COBRADE - Codificação Brasileira de Desastres
COVID-19
GBCR - Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
DC - Defesa Civil
DIP - Doenças Infecto-Parasitárias
EUA – Estados Unidos da América
HC-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IASC - Comitê Permanente Interagências
IPE - Intervenções Psicológicas em Emergências
IPUFU - Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
LABPSI - Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição
ONU – Organização das Nações Unidas
PA - Pará
PNPDEC - Política Nacional de Proteção e Defesa Civil
POP - Procedimento Operacional Padrão
PS - Pronto Socorro
PUB - Programa Unificado de Bolsas
SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar
SINPDEC - sistema único nacional, de ação permanente em termos de Defesa Civil SMAPS – Saúde Mental e Atenção Psicossocial
SUS - Sistema Único de Saúde
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
USP – Universidade de São Paulo
UTI - Adulto - Unidade de Terapia Intensiva Adulto
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Trauma
COE-COVID-19 Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
MS - Ministério da Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Referências encontradas, excluídas, selecionadas para análise final e arquivadas para suporte eventual à pesquisa

Tabela 2 – Resultado número dos textos encontrados em cada etapa

Tabela 3 – Referências dos textos selecionados para análise final

Tabela 4 - Lista de textos freudianos citados nestes artigos

Tabela 5 - Lista de textos lacanianos citados nestes artigos

Tabela 6- Lista de termos e conceitos mais citados

Tabela 7 - Respostas ao questionário inicial do Projeto Achar Palavra

SUMÁRIO

<u>1. A trajetória da analista em emergência e desastres</u>	17
<u>1.1 Setores de urgência e emergência hospitalar</u>	21
<u>1.2 Clínica com enlutados e sobreviventes de acontecimentos críticos</u>	23
<u>1.3 Intervenção em uma situação de pós-desastre</u>	25
<u>1.4 Intervenção na resposta a uma emergência sanitária</u>	27
<u>2. Objetivos</u>	30
<u>3. Epistemologia e Método</u>	31
<u>3.1 O percurso metodológico desta pesquisa</u>	35
<u>4. Definições de campo: a urgência, emergência e desastres</u>	39
<u>4.1. Urgência e Emergência em saúde</u>	39
<u>4.2. Desastres</u>	44
<u>4.3. Um breve panorama sobre a história da Saúde Mental e Atenção Psicosocial em emergências e desastres</u>	48
<u>4.4. Sobre a atuação de psicanalistas em emergências e desastres: uma revisão de literatura</u>	54
<u>5. Fundamentos da clínica psicanalítica das/em emergências e desastres</u>	65
<u>5.1 A Psicanálise na Primeira Guerra Mundial: desastre sem precedentes</u>	65
<u>5.2 Movimentações na metapsicologia psicanalítica: pulsão, trauma, sintoma</u>	66
<u>5.3 Breve comentário sobre o Luto</u>	72
<u>5.4 A inserção da psicanálise no campo social: efeitos do acontecimento guerra</u>	73
<u>5.5 A Segunda Guerra Mundial</u>	77
<u>6. Ensaio sobre a clínica psicanalítica em urgências, emergências e desastres</u>	81
<u>6.1 Sobre o processo de exame de realidade</u>	83
<u>6.2 Notícias, informações e comunicação</u>	87
<u>6.3 A questão da coletividade para a possibilidade de elaboração e a dimensão sociopolítica do cuidado</u>	92
<u>6.4 A amplitude do cuidado</u>	95
<u>6.5 Dimensão multiprofissional e multifatorial da intervenção</u>	96
<u>6.6 Diversidade dos atendidos</u>	97
<u>6.7 Da beira leito ao beiradão: territórios de escuta</u>	99
<u>6.7.1 “Uma vida (ar)risca outra”</u>	101
<u>6.7.2 A dor da dor, a dor do outro</u>	104
<u>6.7.3 A emprestada</u>	109
<u>6.7.4 Eu+1</u>	112
<u>7. Direção do tratamento em emergências e desastres</u>	113
<u>7.1 A urgência subjetiva</u>	113
<u>7.2. Transferência</u>	116
<u>7.2.1. Transferência na emergência e desastres</u>	121
<u>7.2.2. Do impasse ao trabalho de luto: o pastor atesta o óbito</u>	124
<u>7.2.3. A transferência no desespero: hospital-salvação</u>	125

<u>O intervalo entre o trágico e a constatação: quando há algum tempo</u>	125
<u>7.3 Sobre a temporalidade da/na direção do tratamento</u>	128
<u>7.3.1 O tempo cronológico</u>	128
<u>7.3.2 O tempo lógico como paradigma do tratamento psicanalítico</u>	130
<u>7.3.3 O valor lógico da pressa para o momento de concluir</u>	135
<u>7.4 O ato do momento de concluir</u>	137
<u>7.5. Tempo e palavra</u>	140
<u>7.6 Ato analítico</u>	145
<u>7.6.1 Os contornos da palavra: quando eu falo o nome, tem um rosto</u>	146
<u>8. Achar Palavra: desdobramento da tese em ato</u>	149
<u>8.1 A pandemia é urgência, emergência e desastre</u>	150
<u>8.2 No meio de uma pandemia, tinha uma tese</u>	153
<u>8.3 Nota sobre o cenário brasileiro e suas incidências no enfrentamento da pandemia</u>	157
<u>8.4 Os males vêm aos pares</u>	159
<u>8.5 A palavra faz falta</u>	162
<u>8.6 “Hoje tem encontro”</u>	163
<u>8.7 Visitas virtuais: a invenção da presença por outros meios</u>	165
<u>8.8 O atendimento psicanalítico remoto no Hospital Geral</u>	167
<u>9. Considerações Finais</u>	172
<u>10. REFERÊNCIAS</u>	179

1. A trajetória da analista em emergência e desastres

Vi morrer muita gente. Testemunhei muitas despedidas. Posicionada em algum lugar da cena, pensava qual espaço me cabia naquele momento. Entre corpos-cadáveres e as mais diversas reações dos que ficam, frente à perda de alguém querido, qual o fazer do analista? Em algumas dessas cenas, o horror do trágico era contagiante. Eu, sustentava meu lugar, mas depois, sempre, precisava escrever.

(Layla Gomes, Caderno pessoal, 2015)¹

A escrita, de partida, inaugura esta tese. Foi escrevendo rascunhos teórico-clínicos e poemas – após algumas experiências profissionais em cenários de urgência e emergência – que conjecturei os primeiros raciocínios clínicos desenvolvidos teoricamente no percurso da pesquisa. Comecei a notar que, em muitos atendimentos, se alguma palavra se fazia presente era apenas em um segundo tempo, em minha escrita pessoal sobre a situação vivida, na discussão do caso em supervisão ou em reuniões de equipe, ou mesmo em minha análise pessoal.

Minha atuação prevalente era a de sustentar uma presença respeitosa, algum toque cuidadoso e a possibilidade de dar contorno às irrupções, observar e apontar pequenas indicações sobre o que precisaria ser feito a partir dali. Por vezes, era assumir o lugar de portar objetos pessoais, encontrar telefones e pessoas, direcionar caminhos pelos corredores e, quando possível, acompanhar a visita de despedida ao leito do paciente. Em todos esses momentos, raramente era possível alguma circulação da palavra da psicanalista, embora essa presença trouxesse uma diferença fundamental à cena.

Não havia o que dizer

O caso que trouxe a radicalidade desta discussão e foi um dos disparadores da pesquisa ocorreu em um plantão presencial no hospital geral na antevéspera de Natal. O pedido veio por telefone, por intermédio do Serviço Social: “pai atropelou acidentalmente o filho de três anos”, pausa, “ele não vai sobreviver”. Desci a rampa imediatamente em direção ao Pronto Socorro e me deparei com uma cena trágica. A camisa do pai estava ensanguentada. A mãe, gestante, aos prantos. Nenhum dos dois queria sentar-se na sala de

¹Ao longo do trabalho, serão apresentados fragmentos de escrita do meu caderno pessoal, escritos em diferentes momentos, alguns não estão publicados em nenhum meio, outros estão disponíveis na página da rede social instagram, no perfil @acharpalavra. Optamos em referenciar da seguinte forma: Layla Gomes, meio em que foi escrito e a data ou ano.

acolhimento e se sentaram no chão do corredor, em frente à sala de trauma. Me agachei perto deles.

A assistente social me chamou, acompanhada por dois seguranças, e disse “que era perigoso” eu ficar muito perto, “já atendi casos assim, os pais ficam agressivos quando sabem do óbito”, ela disse. Ignorei completamente, e me senti irritada. Me agachei novamente. Perguntei o que era possível fazer por eles enquanto esperávamos. Se queriam chamar alguém, se aceitavam um copo de água. Coloquei duas cadeiras perto, para que pudessem sentar-se, quando conseguissem e se quisessem. Depois de algum tempo ali perto deles, perguntei se o pai gostaria de trocar aquela blusa, segurando uma do hospital que ele poderia colocar. Devagar eles foram aceitando esses cuidados.

De tempos em tempos, a pedido deles, eu entrava na sala em que o filho estava sendo atendido e voltava com alguma informação, sempre vaga, mas que para eles me parecia fazer diferença. Dizia a eles “os médicos estão tentando”, “eles continuam lá, está difícil”. Ofereci minha presença em alternância, entrando na sala de trauma algumas vezes e voltando, sem informações concretas, uma vez que sequer seria minha função, mas funcionando como ponte entre os dois espaços de extrema angústia.

Efeito desse movimento de alternância, aos poucos os pais foram me contando a história do acontecimento. Haviam chegado de viagem para a reunião de família no Natal. Estavam em um churrasco em um condomínio de um familiar. O pai foi buscar carvão. “Eu estava muito devagar”, repetia. “Lá tem aqueles cones, sabe?”. Repetia. Todas as crianças estavam brincando em frente à casa. “Ele viu meu carro, sabe?”. “Gritou: ‘papai’. Sabe?”. Chorava. “Minha vida acabou. Vou me matar. Como eu faço? Meu Deus! Me leva, meu Deus. Me leva”. Repetia. “Eu freei. Tava muito devagar. Ele correu na frente do carro. Na curva. Meu Deus! Me leva”. Repetia.

Eu escutava atenta, olhando às vezes para a mãe, que estava emudecida com a mão na barriga. Ela me olhava profundamente. “É menino também”, disse depois de algum tempo. “Meu menino é tão lindo”, e chorava.

A equipe me avisou que uma tia da mãe teria chegado ao hospital. Pedi que autorizassem a entrada dela e conversei com ela sobre a gravidade do caso, explicando que precisávamos de apoio da família para os pais. A tia compreendeu a situação e me informou que ela seria esse apoio, mas que havia outros familiares na porta do hospital para colaborar também. Antecipei a ela um pouco do que pensava sobre as reações que os pais poderiam ter em caso de óbito da criança, tanto dentro do hospital, quanto nos dias seguintes, orientando formas de cuidar e manejar essas reações, sempre explicando que não sabíamos exatamente

como eles reagiriam, mas que havia formas de nos preparar para o impacto que a notícia poderia causar neles.

A tia faz algumas perguntas, me conta o contexto deles e a dinâmica familiar. Com base nessa escuta, realizo orientações breves e objetivas, principalmente considerando que eles não residiam na cidade, alertando para a importância de estarem próximos ao casal nos dias por vir, auxiliando na tomada de decisões, evitando deixá-los sozinhos e em circunstâncias que precipitassem reações inesperadas, tais como dirigir na estrada. Expliquei que seria fundamental que eles tivessem o apoio de pessoas que participam dos laços afetivos e suporte social na vivência do luto, dentre outras orientações conforme as preocupações apresentadas por ela. Ao final, acompanhei-a até onde estavam os pais da criança.

Logo em seguida, entro novamente na sala de trauma. Os médicos me dizem que o menino faleceu. Peço à equipe que eu volte sozinha, mas que eles venham em seguida. Dessa vez, digo aos pais que os médicos querem conversar com eles. Vamos todos juntos para a sala de acolhimento: eu, os pais e a tia. Os médicos chegam. Assim que a notícia de óbito é comunicada, de forma cuidadosa e precisa, seguindo o protocolo de comunicação de más notícias, os pais se desesperam. O pai dá um soco na parede. A parede afunda. O pai machuca a mão. Tia acolhe a mãe. Me divido. Fico próxima ao pai, que fala olhando nos meus olhos. “Que culpa! Que culpa! Vou ter que viver pelo outro. Só pelo outro. Senão me matava. Não posso fazer isso com o outro. Não posso fazer isso com ela. Meu Deus! Me ajuda”.

Mãe repetia, “meu menino era tão lindo. Tão lindo”. Os pais se abraçam e muito rapidamente pedem para ir embora dali. Falam que não aguentam mais ficar ali. Lá fora a família inteira os acolhe. Se abraçam, choram juntos. Um familiar os leva para a casa. A tia fica e providencia os papéis, cuidando das questões burocráticas. Após encerrar o caso e evoluir em prontuário, retorno ao quarto de descanso do plantão. Impossível dormir após ser testemunha dessa história, escrevo:

Quando a morte invade a madrugada em uma tragédia sem explicação, a vida se confunde, exausta, com a contradição. Leva o sono, o sonho, a canção. Não carrega nos braços o pedido de redenção. Braços vazios, abraçando a solidão. É dor e revolta, é tristeza e saudade. Mancha seca, grito engasgado, a fé que se desmancha e o silêncio gritado. Cenas traumáticas, cercando a compreensão. Palavras sem sentido, buscando ilusão. Dor sem abrigo, brigando com a verdade, pedindo alívio, implorando perdão. Noite. Vazio. Devastação. Em mim ecoa a mesma frase que insiste "a vida é tão rara, tão rara". (Layla Gomes, Caderno pessoal, 22 de Dezembro de 2014).

Embora se trate de uma cena de angústia, supor a possibilidade de uma intervenção pela presença decidida tornou possível localizar na história desta família algo que fizesse borda ao que o trágico encontro com a morte do filho fazia transbordar. Tinha convicção da importância de minha presença como analista nessa cena, mas, antes da pesquisa, sentia dificuldade em traduzir a forma como a psicanálise era a base teórico-clínica daquilo que eu fazia em casos como esses. Foi preciso escrever uma tese para conseguir localizar as questões que me mobilizavam e, ao tentar respondê-las, situar teoricamente o fazer psicanalítico em emergências e desastres. Para contar este percurso, proponho dar um passo para trás, recuperando a fala de um paciente e suas repercussões.

“Não existia essa função”

“Não existia essa função”. Foi o que escutei de um paciente internado na Enfermaria de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) do primeiro hospital escola onde trabalhei, em 2012. O paciente se referia ao fato de que, em seu histórico de internações ao longo de anos nesse serviço, não havia sido atendido por psicólogos. Resistente ao contato e à oferta de escuta, recusou várias vezes minha presença, intrigado pelo meu interesse em ouvi-lo.

Em suas recorrentes internações, o paciente não recebia visitas. Sentia uma fome incontrolável, que fazia com que a equipe médica ficasse preocupada com seu quadro clínico. Portador do vírus HIV, o paciente desenvolveu outras comorbidades e passou a tratar um transtorno renal crônico, que trazia várias dificuldades à sua rotina e à sua alimentação.

Durante todas as tentativas de atendimento, o paciente, que já sabia meu nome, me chamava, de modo debochado, de “Leila”. Insisti com minha presença. Durante as visitas multiprofissionais a seu leito e as discussões em equipe, observava várias queixas e possíveis demandas para o atendimento psicológico, entretanto, precisava respeitar suas recusas.

Em sua última e mais grave internação, o paciente pediu à equipe do Pronto Socorro que me chamasse. Chamou pelo meu nome, Layla – caso me chamasse de Leila, a equipe do pronto socorro não teria me identificado. Uma vez localizada em meu setor de atuação, fui a seu encontro. Quando me viu, o paciente começou a falar. Entre sua recusa e o chamado (pelo meu nome), o paciente dava notícias da transferência. Foi apenas na emergência que pôde falar de si, pouco antes de morrer. Essa fala, por sua vez, só foi possível com a construção transferencial que se deu a partir do desejo de analista, materializado na minha presença e na oferta de atendimento/escuta.

Resgato essa lembrança porque, de modo muito sutil e direto, me interrogou sobre o encontro entre o psicanalista e o paciente em um hospital geral. Intrigada sobre qual seria essa função – que, segundo ele, não existia antes –, busquei compreender o que se modifica no cuidado a partir da existência dessa função. Começo a considerar fundamental compreender o momento em que o atendimento psicanalítico se inicia de fato: o instante em que terá se dado a transferência. Neste caso, fica evidente que o trabalho não começou ao final, nesse momento “pouco antes de morrer”, quando o paciente solicitou o atendimento, mas talvez, justamente, no começo-passado, quando recusou.

Se nos aprofundássemos no caso, observaríamos o que significava a recusa em ser ouvido, em ser considerado e em que terá havido para (e sobre) ele um interesse do outro; um interesse em saber sobre sua história e seu sofrimento. Para além da análise do caso propriamente dito, me interessa destacar essa interrogação sobre o estabelecimento da transferência e as condições necessárias ao tratamento analítico no hospital geral, com ênfase nos contextos de urgências, emergências e desastres.

É fato que a psicanálise está no hospital e sua presença se ampara – desde o Freud (1919) de Caminhos da terapia Psicanalítica (FREUD, 2010a) – no argumento de uma fundamental e indispensável inserção da psicanálise no campo social, ainda que para viabilizá-la fosse necessária a invenção de dispositivos que possibilitassem a operação psicanalítica “onde quer que a vida se dê” (BROIDE, 2019, p. 18).

Há um percurso bastante sólido na literatura que esclarece a especificidade da psicanálise no hospital quando comparada à psicologia no hospital, bem como referenciais rigorosos que sustentam a presença da psicanálise nesse contexto em relação ao que ocorre nos consultórios (MORETTO, 2008). Podemos afirmar “que a presença do psicanalista nas instituições de saúde é uma realidade estabelecida”, entretanto, como acrescenta a autora, “uma vez inserido, ele enfrenta novos e importantes desafios” (FIGUEIREDO, 2019, p. 13).

A questão desta pesquisa foi disparada por uma interrogação mais geral sobre o fazer do psicanalista em urgências e emergências e se refinou a partir da minha prática psicanalítica nos diferentes contextos.

1.1 Setores de urgência e emergência hospitalar

Como psicóloga², técnica-administrativa de um hospital escola de uma universidade

² Quando inicio esta pesquisa e durante as primeiras experiências práticas no hospital que apresento, ainda estou muito orientada pelos conhecimentos e técnicas aprendidos na graduação em psicologia. Vou me autorizando a me nomear psicanalista na medida em que vou me apropriando desse lugar ao longo da clínica e da tese. Cabe

federal, estive de 2012 a 2018 atuando no contexto hospitalar, com a função de assistência clínica a pacientes internados na Unidade de Terapia Adulto e a seus familiares. A atuação na UTI-Adulto, durante esse período, foi permeada por inúmeras solicitações que continham uma nítida expectativa da equipe de que, como psicóloga, eu estivesse alinhada aos princípios de uma prática “intensivista”, isto é, tal como os demais profissionais, uma prática voltada à supressão de sintomas e à resolução das queixas e demandas do paciente e da equipe, de modo rápido, objetivo e eficaz (BOLELA; JERICÓ, 2006).

A equipe multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva realiza intervenções de acordo com a gravidade e prioridade de cada caso, visando o restabelecimento da condição clínica prévia à internação do paciente. Esse trabalho varia de acordo com a evolução dos pacientes críticos, podendo se orientar em relação à impossibilidade de reversibilidade do quadro clínico – convocando o manejo de intercorrências –, à iminência e imposição da morte como uma possibilidade provável e às consequências que essa constatação traz ao paciente e à sua rede de apoio.

Ser solicitada como psicóloga intensivista me colocava, diversas vezes, em impasses entre a atuação solicitada e a ética da psicanálise. Foi preciso conciliar a presença como psicóloga e psicanalista. Sabemos que, advertido de sua função, a leitura que o psicanalista faz do que a equipe supostamente espera dele fundamenta a inserção desse psicanalista na equipe. Conforme nos ensinou Moretto (2019) e Netto (2014), não se trata de recusar o lugar ao qual é convocado, mas de, a partir desse lugar, operar um giro na demanda. E, no nosso caso, encontrar meios de realizar esse giro, considerando alguns desafios específicos que compõem o cenário de urgência e emergência médica:

- O tempo na urgência médica
- O imperativo da morte na emergência médica

Nesse mesmo hospital, estive como plantonista³ de 2014 a 2018, atuando de maneira presencial em plantões noturnos e/ou finais de semana, em diversas situações de urgência e emergência em todo o Hospital Geral.

Os “chamados” de urgência para a psicologia normalmente estavam relacionados às

reconhecer e frisar a diferença entre o saber da Psicologia e o saber da Psicanálise, diferença essa que vai se apresentando na medida da discussão clínica. Além disso, a maioria dos psicanalistas que atuam em urgências, emergências e desastres, tem como formação inicial a graduação em psicologia, dado que a contratação/seleção/entrada normalmente exige essa graduação.

³ Os plantonistas são psicólogos hospitalares que fazem parte do quadro regular do serviço de psicologia e que são distribuídos em uma escala de plantões noturnos em dias úteis e plantões diurnos nos finais de semana e feriados, de modo presencial, e ficam à disposição para solicitações de urgência e emergência para o hospital todo. Na instituição em que trabalhei naquela época, cada plantão contava com a presença de um(a) psicólogo(a) para atender todos os setores do hospital.

notícias de óbito. Existia um procedimento operacional padrão (POP), formulado pelo serviço de psicologia, que definia o fluxo de atendimentos psicológicos no plantão. De maneira objetiva e descritiva, esse POP apresentava à equipe multiprofissional em quais situações poderia ser relevante acionar o suporte da equipe de psicologia durante o plantão hospitalar.

Reconhecido como importante suporte nesse momento específico, havia nessa instituição um consenso protocolar: acionar o psicólogo a acompanhar todas as comunicações de notícias de óbito, sendo essa uma das justificativas que garantiam a presença do psicólogo em plantões presenciais remunerados naquela instituição.

Se, por um lado, havia o reconhecimento da pertinência desse profissional dentro do hospital (e no plantão presencial 24h/dia), por outro, o cumprimento rígido do POP colocava o psicólogo frente à possibilidade de esvaziamento da função crítica de sua presença em situações como essas, ao ser chamado, de modo compulsório, “para todas” as comunicações de notícia de óbito. Essa determinação recoloca uma questão já conhecida nas discussões sobre a psicanálise no hospital sobre a utilização dos protocolos institucionais tensionados de acordo com a singularidade de cada caso. Isto é, diante do instrumento que visava uma padronização dos cuidados, precisávamos encontrar meios de inserir a lógica do “cada um”, do que há de singular em cada caso, a partir do tratamento dado à queixa/chamado em uma direção ética, incluindo nesse cálculo o possível mal-estar provocado por essa dialetização do protocolo.

Essa questão tem como ponto de partida o princípio da inserção, seja na instituição ou no setor de atuação. Considerando, ainda, a especificidade de que no plantão hospitalar o psicanalista atende também a chamados em setores e equipes em cujas rotinas não está inserido. Assim, o lugar transferencial a partir do qual esse psicanalista, não previamente inserido, é chamado, incide em sua possibilidade de atuar no plantão hospitalar.

Sobre o estabelecimento da transferência na urgência e emergência, temos, portanto, pontos importantes a esclarecer ao longo desta tese. Esse estabelecimento está entre os desafios da inserção, quando observamos que a presença ou não do psicanalista na equipe em que atua interfere em sua prática. Acrescentamos, neste ponto, e em articulação a ele, que é preciso incluir no cálculo da inserção: o tempo (da urgência) e a gravidade dos casos na cena em que normalmente o psicanalista é chamado a intervir.

1.2 Clínica com enlutados e sobreviventes de acontecimentos críticos

Durante o tempo em que estive nos dois hospitais citados acima, investi no percurso de formação e ensino. Com a finalização do Mestrado, em 2014, fui convidada a assumir diversas funções e responsabilidades frente à tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde, no programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico, realizando um acompanhamento próximo aos residentes psicólogos, tanto na perspectiva assistencial – com preceptoria, supervisão e discussões relacionadas à prática na Unidade de Terapia Intensiva –, quanto na perspectiva da pesquisa, com a orientação de trabalho de conclusão de residência (TCR) desses residentes.

A experiência de tutoria me proporcionou situações de docência e de pesquisa cotidianas. Em função disso, passei cada vez mais a me ocupar da transmissão e optei, em 2018, por compor o Instituto de Psicologia da UFU (IP-UFU), como psicóloga clínica no Centro de Psicologia (CENPS) do curso de graduação do IP-UFU.

No CENPS, coordenei um projeto de extensão cuja proposta era, a partir de algumas atividades, realizar atendimento a pacientes que vivenciaram experiências possivelmente traumáticas. Cabe a ressalva de que compreendo que o acontecimento só se define como traumático⁴ em uma segunda cena, a depender de como ele é inscrito no campo da alteridade (MORETTO, 2018).

Uma das atividades desenvolvidas nesse projeto de extensão foi a criação de um grupo de acolhimento a pessoas enlutadas⁵, conduzido por residentes e alunos de graduação da referida universidade, e supervisionados por mim. O grupo era aberto e ocorria semanalmente no CENPS-UFU. Os participantes do grupo compareciam por demanda espontânea, encaminhamentos de profissionais da rede municipal e do HC-UFU, encaminhamentos de estágios do IP-UFU e, algumas vezes, levados por familiares.

Com o início dos grupos de acolhimento a pessoas enlutadas, cujos familiares haviam falecido no hospital geral, comecei a ter acesso, em supervisão, a relatos de familiares que por vezes contavam, a posteriori, o *momento*, o *porta-voz* e a *forma* como o óbito havia sido comunicado a cada um deles. Em alguns relatos, esses três elementos foram narrados com muito sofrimento por alguns dos participantes que apresentavam quadros indicativos de lutos complicados, ou mesmo a impossibilidade de elaboração da perda; que revelavam

⁴A discussão sobre o rigor na forma de nomear acontecimento, trauma, traumático será realizada brevemente no capítulo 5. Sobre esse tema, o trabalhei mais detidamente na dissertação de Mestrado: “O traumático na clínica de família: uma investigação sobre vínculos violentos”, optando por não retomar toda a discussão teórica agora na tese (GOMES, 2014).

⁵ Escolho a palavra “enlutados” para me referir a pessoas cujos familiares e/ou amigos morreram, ainda que esses familiares não estejam necessariamente em processo de luto, uma vez que o luto é resultado da posição subjetiva frente à perda.

intersecções entre suas narrativas de sofrimento e a maneira como vivenciaram a internação do familiar e a comunicação do óbito.

As narrativas do grupo de enlutados me reportavam às minhas vivências como psicóloga no HC-UFU. Com a instabilidade do prognóstico de alguns pacientes críticos, a equipe multiprofissional das salas de emergência e da Unidade de Terapia Intensiva requisitavam do psicólogo (dentre os quais, alguns psicanalistas) uma atenção específica com as famílias dos pacientes cuja evolução para óbito apresentava-se, possivelmente, como inevitável.

Comecei a notar, de maneira retrospectiva, algumas singelas atuações profissionais que pareciam fazer diferença no modo como esses acontecimentos eram vividos e rememorados pelos pacientes e familiares. Descreverei no percurso desta tese como passo a considerar essas intervenções como formas de cuidado que se fazem possíveis frente ao impossível apresentado pela morte em urgências, emergências e desastres. Intervenções que participam do campo de alteridade que, quando incluem o reconhecimento da experiência do sofrimento, podem facilitar o processo de elaboração de lutos (MORETTO, 2018).

Neste ponto, acrescento ao rol de interrogações desta pesquisa a relação que se estabelece entre o atendimento recebido pelo paciente e pela família durante a internação em setores de urgência e emergência⁶, tanto no que diz respeito às práticas de cuidado da equipe multiprofissional, quanto à presença do psicanalista nessa equipe, nos desdobramentos do luto de familiares.

Compreendo que se pudermos construir um saber sobre os efeitos da presença do psicanalista para a equipe e para o atendimento ao paciente, podemos propor intervenções que considerem as implicações e marcas que a passagem pelos setores de urgência e emergência deixam nos pacientes e em seus familiares, afetando a compreensão sobre a doença, o cuidado e a perda, que por sua vez incidem no trabalho de luto, na elaboração e na inscrição desse momento na biografia dessas famílias.

1.3 Intervenção em uma situação de pós-desastre

Em janeiro de 2017, fiz parte, ao lado de um grupo de psicólogos e psicanalistas, de um projeto que visava a escuta clínica dos atingidos pela construção da usina hidrelétrica de Belo Monte, na Amazônia. A construção da usina hidrelétrica se efetivou após um controverso processo de implantação, durante o qual uma série de violações de direitos

⁶ A mesma questão pode ser considerada, guardadas as devidas especificidades, para pensar o cuidado em desastres.

humanos foi colocada em curso. Sua instalação e conseqüente inundação das margens do rio Xingu, efetivada em 2016, resultou na expulsão compulsória e impensada dos ribeirinhos de suas casas, produzindo intenso sofrimento psíquico nessa população.

O projeto “Clínica de Cuidado” foi idealizado pela jornalista Eliane Brum, junto aos psicanalistas Christian Dunker e Ilana Katz. Sua proposição – um modelo de atenção ao sofrimento psíquico, metodologicamente orientado pela psicanálise – visou o cuidado com a população de ribeirinhos, tornados refugiados⁷ pela construção da usina hidrelétrica de Belo Monte (GUARRESCHI, 2019).

Eliane Brum (2021) afirma que a equipe deu “forma ao nome-conceito Clínica de Cuidado, experiência documentada por ela e pelo fotógrafo Lilo Clareto, para que pudesse inspirar intervenções em outras catástrofes brasileiras” (p. 257). A ida a campo configurou uma intervenção pós-desastre, cuja estratégia tinha como objetivos:

- 1) ajudar a inscrever no tempo parte das experiências vividas durante a construção da hidrelétrica e devolver esse conteúdo àqueles que nos contaram suas histórias e 2) refletir sobre o sofrimento e as soluções encontradas por cada um dos atendidos para mitigar este sofrimento, na intenção de ajudar a elaborar minimamente o vivido. (GLEICH, 2019, p. 3).

A retirada dessas pessoas de suas casas ocorreu de forma abrupta e contra a vontade deles, para a construção da usina, provocando violenta transformação no território, ocasionando um impacto ambiental considerável, com a submersão de ilhas e a morte do ecossistema de parte do Rio Xingu. A expulsão dos ribeirinhos de seu território de origem teve muitas conseqüências, com impactos tanto nas esferas social, cultural e ambiental, quanto impactos psíquicos e físicos, provocando o adoecimento de muitas pessoas, que apresentaram sintomas como: tonturas, alterações significativas no sono, pressão alta, afasia e perda de força muscular, dentre outros (GUARRESCHI, 2019; BRUM, 2021).

A forma como a empresa responsável organizou o reassentamento dos expulsos provocou o desmonte das redes de ligações comuns construídas nos laços sociais, desarticulando a capacidade de enfrentamento coletivo, provocando, além de desenraizamento e desterritorialização, dificuldades no processo de reconstrução simbólica a partir da experiência compartilhada, anteriormente baseada nos processos identitários, modos de vida e redes relacionais que estruturavam o laço social para o sujeito desse território.

⁷ Optamos por manter a nomeação “refugiados” escolhida pela jornalista Eliane Brum, idealizadora do projeto.

Realizamos a escuta clínica de 62 casos, em 171 atendimentos, abrangendo 82 pessoas (em alguns casos foram acolhidas mais de uma pessoa da família). Os membros do grupo tinham como referencial o dispositivo tecido e transmitido na formação ofertada em diferentes momentos da seleção dos participantes atuando na rede de cuidado, e sempre atentos às formas como cada pessoa atendida nomeava o sofrimento e aos modos de enfrentamento desse acontecimento. Dentre os atingidos escutados pela equipe, muitos estavam começando a retornar às atividades de pesca e plantação, trazendo para a vida urbana elementos relacionados à família, à história e aos seus territórios de origem.

A minha participação nesse projeto precipitou questões relacionadas a esta tese e nela desenvolvidas, ainda que seja necessário considerar algumas especificidades. Os desdobramentos do desastre e as possibilidades de intervenção e implicação da psicanálise se apresentaram convergentes à experiência clínica na emergência hospitalar: alguns desafios similares, bem como uma mesma direção no caminho para buscar esclarecê-los. Inserir essa experiência na tese foi uma consequência metodológica da pesquisa, que se deu na medida em que, ao realizar a revisão de literatura, me deparei com a produção predominantemente teórica da psicanálise em períodos de emergências e desastres, principalmente da Primeira e Segunda Guerras mundiais. Pude constatar que a clínica psicanalítica nas emergências tem uma base conceitual ancorada nas formulações clínicas e teóricas desses períodos, mas que se faz necessário apresentar experiências clínicas realizadas em situações similares.

1.4 Intervenção na resposta a uma emergência sanitária

Durante o desenvolvimento desta tese, a partir do final de 2019, vivemos no mundo uma pandemia que colocou em tensão várias proposições deste trabalho, de maneira que se tornou imprescindível incluir a pandemia, seus efeitos e consequências, na discussão que construímos. Mais do que isso, a pesquisa teve um desdobramento em ato, precipitado pelas afetações do percurso teórico que estavam em andamento, resultando na proposição de um projeto de intervenção na resposta à emergência sanitária da pandemia de COVID-19.

Como atividade do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição, idealizei o projeto Achar Palavra⁸, que foi estruturado para acompanhar a experiência dos psicólogos hospitalares durante a pandemia de COVID-19, criando um espaço de diálogo, suporte teórico e instrumental, favorecendo, com isso, trocas de experiências entre os participantes.

⁸ O projeto Achar Palavra será amplamente explicado e descrito no capítulo 8, neste momento apresento apenas uma introdução.

Acompanhar a experiência de profissionais de todas as regiões do país, em uma troca contínua em grupos de rede social específico para esse fim, e encontros online, com temáticas alinhadas a cada momento da emergência sanitária, trouxe um acréscimo de material e conteúdo para pensar a atuação e a função da psicanálise em urgências, emergências e desastres, inclusive pela via do próprio projeto, que desde o início se ofereceu como espaço de representação dessa experiência.

O projeto Achar Palavra pode ser tomado como paradigmático das intervenções psicanalíticas em emergências e desastres, a começar pelo próprio nome “Achar palavra”, sua origem e seus desdobramentos. Esse nome foi inspirado na fala⁹ de um ribeirinho que atendi no projeto Clínica de Cuidado, e que batiza/nomeia a experiência da psicanálise propriamente dita – nesse e em qualquer cenário clínico –, ao supor, de partida, no verbo *achar*¹⁰, uma duplicidade de sentido. *Achar* do procurar/encontrar, *achar* do supor, sem certeza. Acrescido de *palavra*, no singular, e não “Achar palavras”, marcando “*palavra*” em uma dimensão significante, como o elemento que “dá nome”, coloca no simbólico, independente das *palavras*, significados ou significações, utilizadas para tal.

O estatuto da palavra em sua dimensão significante inclui também a sua impossibilidade ou as marcas que a palavra adquire na medida em que seu sentido é encontrado na ligação associativa com os acontecimentos a que se articulam (GOLDBERG, 2023).

Essa combinação, “Achar palavra”, buscou dar ênfase não às palavras que cada um pôde/poderia inscrever a experiência, mas ao *ato* de achá-las. Achar, novamente, enquanto busca e não como certeza. Cabe aqui, inclusive, um paralelo do Achar Palavra, ao Tempo Lógico – que será trabalhado em capítulo 7-, inscrevendo seu constructo lógico não no momento de concluir, mas nos três tempos e, de forma rigorosa, epistemologicamente. Ainda que se concluam diversas coisas enquanto se acha palavra, não se encerra uma certeza que impediria o fluxo lógico da constituição subjetiva.

O projeto e seu nome carregam a dimensão de ato¹¹ também em seus desdobramentos,

⁹ “Muda a palavra”, fala de um ribeirinho sobre o fazer da psicanálise após ser atendido por nós na Clínica de Cuidado. Ribeirinho é a forma como os atingidos que atendemos naquela ocasião se nomeiam, considerando sua relação com o rio Xingu, com a pesca e com suas origens identitárias e simbólicas.

¹⁰ Encontramos discussões sobre a mobilidade do verbo achar, seu deslizamento funcional e multiplicidade de sentidos adquiridos na língua portuguesa nos trabalhos: Galvão, 1999; Frascaroli, 2008; Santos, 2010; Santos e Kanthack, 2020; Nunes, 2020, Almeida, Figueiredo e Vidal, 2022.

¹¹ Trataremos na noção de ato no capítulo 7, esclarecendo que nesta tese comparece duas noções de ato na teoria lacaniana: O ato de concluir, explicitado no sofisma apresentado por Lacan no texto O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada; e o ato psicanalítico, discutido mais detalhadamente no Seminário 15.

que só a posteriori foram discerníveis. A nomeação poética, não intencional, extraída da clínica, é característica do estilo da psicanalista que idealizou projeto e nome.

Fazendo uma amarração entre esse apanhado clínico e institucional da minha trajetória profissional, começo a formular questões sobre a relação que se estabelece entre os diferentes tempos, espaços e personagens que compõem o encontro do sujeito com algo da ordem do Real nas urgências, emergências e desastres.

Passo a formular hipóteses de que o tratamento ofertado em urgências, emergências e desastres afeta o curso singular de como cada sujeito transforma o acontecimento em experiência. A fim de averiguar essas hipóteses, esta pesquisa se dedicará a interrogar a atuação psicanalítica em urgências, emergências e desastres a partir da epistemologia e método descritos a seguir.

2. Objetivos

1. Investigar os desafios que se apresentam desde a inserção do psicanalista nos setores de urgência e emergência hospitalar;
2. Compreender os dispositivos que tornam possível a operação analítica nos atendimentos nesse cenário composto, prioritariamente, por cenas de morte, e tensionados pelo tempo da emergência.
3. E, em articulação com experiências clínicas extra hospitalares, produzir um saber sobre a teoria e a prática psicanalítica em emergências e desastres.

Para alcançar os objetivos desta tese, foi preciso percorrer um longo caminho:

- A. Descrição da experiência prática da pesquisadora, da qual partiram as questões iniciais;
- B. Revisão da literatura sobre o que havia de publicação referente à atuação de psicanalistas em urgências, emergências e desastres;
- C. Categorização dos textos, termos e conceitos mais utilizados quando pesquisamos esse tema;
- D. Apresentação de um panorama sobre a atuação da atenção psicossocial e saúde mental em emergências e desastres, de modo a elencar os conhecimentos básicos necessários a um psicanalista que pretenda atuar nesse campo.
- E. E, por fim, relacionar a experiência prática da pesquisadora, a partir de fragmentos clínicos e institucionais, a textos, termos e conceitos que consideramos fundamentais à clínica nesse campo.

A tese, portanto, apresentou como resultados:

1. Uma revisão dos textos, termos e conceitos relacionados à prática psicanalítica em urgências, emergências e desastres;
2. Uma revisão crítica da história da psicanálise nesse campo;
3. A proposição de fundamentos clínicos para a direção do tratamento nesse campo;
4. Um acréscimo de seu desdobramento em ato, ao precipitar um projeto de intervenção em emergência e desastre: o projeto Achar Palavra.

3. Epistemologia e Método

A epistemologia se apresenta com a questão da origem, isto é, a partir da interrogação sobre o que é conhecer e como o conhecimento acontece. Nesse sentido, é possível postular que todo conhecimento requer um esforço de compreensão, orientado pelo rigor que, por sua vez, demanda visibilidade do processo e abertura à crítica e ao diálogo. O campo das discussões epistemológicas é historicamente móvel e requer que a cada tempo sejam realizados reposicionamentos éticos, filosóficos e metodológicos¹² (informação verbal).

De acordo com Safra (informação verbal), a Segunda Guerra colocou em questão o projeto científico a partir de uma crise ética. Essa crise provoca uma transformação epistemológica na medida em que atribui à transdisciplinaridade e à interdisciplinaridade maior valência no campo científico, inserindo a noção de polifonia científica como paradigma atual (ROMANO, 1998). O campo epistemológico da pesquisa psicanalítica é transdisciplinar, uma vez que atravessa diferentes disciplinas, tendo um continente comum entre elas, mas de modo a romper as fronteiras entre as áreas. No interior da psicanálise, as narrativas se interrelacionam.

Freud, orientado pela concepção kantiana de conhecimento, postula a psicanálise como uma ciência natural, pautada no argumento da fenomenalização e verificação empírica de seus conceitos fundamentais. Dessa definição, importante ressaltar quatro operações da atividade científica que são pertinentes à investigação e colaboram na metodologia deste trabalho, a saber: descrição, agrupamento, ordenamento e correlação (DUNKER; PAULON; MILAN-RAMOS, 2016).

Se, para Freud em sua obra *Os instintos e seus destinos*, de 1915, “as ideias devem conter certo grau de indeterminação” (2013, p. 52), a ideia é o estado mais indeterminado de um agrupamento, do qual provém, a posteriori, a atribuição de significação. Tal significação, por sua vez, além de oriunda do processo descrito anteriormente, advém de uma decisão de corte que dê consistência e confiabilidade à definição de categorias.

Para Iannini (2021), não existem fenômenos puros, o que inviabiliza que a ciência comece com a descrição pura de fenômenos objetivamente dados. Corroborando com Dunker (DUNKER; PAULON; MILAN-RAMOS, 2016), o autor reafirma certo grau de indeterminação e obscuridade inerente ao processo investigativo, o que, por sua vez, provoca

¹² Safra, aula da pós graduação, na disciplina de Epistemologia, na Universidade de São Paulo em 2019.

um trabalho de constante confronto de determinação recíproca entre o abstrato e o empírico, e disso decorre o caráter convencional do significado que será atribuído aos futuros conceitos.

As categorias, portanto, não equivalem a conceitos. A construção dos conceitos em psicanálise está subordinada a um processo contínuo de aperfeiçoamento e reforma das categorias remetidas ao material experiencial. Transformar definições em conceitos, que, por sua vez, não são rígidos, pois sofrem constantes modificações de conteúdo. “A rigor, só podemos falar propriamente de conceitos após esse trabalho recíproco exaustivo através do qual ideias indeterminadas são constantemente referidas e confrontadas ao material clínico” (IANNINNI, 2021, p. 121).

A identidade epistemológica da psicanálise está na apresentação sistemática dos conceitos fundamentais que emprestam inteligibilidade à clínica. Esse é o método freudiano.

Elia (2014), no livro *O conceito de sujeito*, insere aspas ao se referir à noção de “conceitos” freudianos, lembrando-nos da importância de sedimentar o caminho pelo qual consideramos uma noção um conceito, diferenciando conhecimento e saber. Retomando *Grundbegriffe*, de Freud, o autor considera que um conceito fundamental tem a peculiaridade de se impor à experiência, podendo ser tomado como conceito de base ou conceito-pilar (p. 13). Entretanto, nos ressalta o autor, não basta compreender como conceito uma palavra que faz função de unicidade, precisão e rigor, é preciso tomá-lo como um constructo, que se produz a partir de um trabalho.

O autor propõe a via de produção de saber como aquela que exige um trabalho – o analítico –, que se realiza pelo método operado pelo psicanalista ao estabelecer o dispositivo analítico. Elia (2014) esclarece que não é possível – é até mesmo ingênuo – definir a priori o que uma pesquisa vai apresentar como resultados. O saber se produz como consequência e, tal como lembra o autor, devemos refazer o caminho lacaniano de chegar às definições e não partir delas (p. 18), o que, acrescenta ele, se faz dentro da noção de temporalidade, isto é, requer tempo para que se produza um saber.

É essencial, primeiro, lembrar que Freud mesmo nos diz, no começo desse artigo, que a pulsão é um Grundbegriff, um conceito fundamental. Ele acrescenta, no que se mostra bom epistemólogo, que a partir do momento em que, ele Freud, introduz a pulsão na ciência, de duas coisas uma – ou este conceito será guardado, ou será rejeitado. Será guardado se funcionar, dir-se-ia hoje em dia – eu diria, se ele traçar sua vida no real que se trata de demarcar. É o caso de todos os outros Grundbegriff no domínio científico. (LACAN, 1998a, p. 161).

Vemos aí desenhar-se o que são, no espírito de Freud, os conceitos fundamentais da Física. É isso mesmo que Freud prevê. O progresso do conhecimento não suporta nenhuma Starrheit, nenhuma fascinação das definições.

Dunker, Paulon e Milan-Ramos (2016) afirmam que a entrada de Lacan nessa discussão reposiciona a ligação da psicanálise ao texto e à tradição do conceito, redefinindo que “a epistemologia da psicanálise repousava nas ciências da linguagem, uma vez que a linguagem é condição do inconsciente” (p. 86). De forma que, o conceito em psicanálise, para Lacan, está necessariamente combinado ao discurso no qual incide e ao significante de que é composto. A esse processo de organização do uso da linguagem nomeamos *método*.

Esse campo epistemológico opera sobre o método da pesquisa na medida em que propõe a leitura da experiência pela via dos discursos, tomando o material clínico ou experiencial como texto que possui sua própria lógica. Esse método subverte a noção de sentido ao propor estudar a estrutura do sentido a partir do trabalho negativo da linguagem, isto é, a partir de suas manifestações de não saber; supondo ali uma verdade (DUNKER, 2007).

Lacan chega a estabelecer uma noção de discurso sem palavras. Os discursos são, para Lacan, lógicas que incluem o ato, o sujeito, valendo-se da concepção de que a semântica e o conjunto das palavras se esvaziam e se trata mais de uma função do que de um léxico, uma vez que é necessária uma linguagem para dizer algo (GOLDBERG, 2023).

Romera (2004) afirma que estudos recentes consideram que a postura investigativa está presente na figura do analista, mas adquire aspectos diferenciados que corroboram para a postulação de uma outra postura analisante quando a psicanálise se situa enquanto pesquisa. Em especial, a perspectiva da técnica, compreendida como o desenvolvimento do tratamento em si e suas particularidades, é colocada como coincidente do método, isto é, deve estar sempre atrelada à noção de método.

Nesse mesmo sentido, de acordo com Rosa (2004), na teoria psicanalítica o método está ancorado na interpretação. A autora retoma as origens epistemológicas da psicanálise, afirmando que as perspectivas de método, técnica e teoria se justapõem e se inter-relacionam constantemente. Há no método psicanalítico uma escuta peculiar, na qual o analista sustenta uma atenção flutuante, atento aos elementos que organizam o discurso do paciente, e os toma em consideração, possibilitando, em diferentes particularidades de sua aplicação técnica, o processo interpretativo.

Sobre esse aspecto, Iannini (2021) aponta a indissociabilidade das figuras do investigador e do analista e acrescenta também a do escritor. O investigador é, ao mesmo

tempo, aquele que levanta as questões de pesquisa, toma-as em consideração pela chave do inconsciente e suas consequências, e escreve.

Se partimos do princípio de que a epistemologia não se dissocia da ética, é preciso reconhecer que qualquer debruçar-se sobre o Real é preconcebido e atravessado por nossos preconceitos. A própria dificuldade de escrever e de aceitar a finitude atualizam a necessidade de abertura do trabalho da alteridade, renunciando ao ideal de suposta neutralidade. Essa lógica, enfim, convoca aquele que pesquisa a revelar sua posição subjetiva.

Esse modo de pesquisa coloca em evidência a importância do engajamento do pesquisador na pesquisa; a importância de aquele que investiga explicitar o seu lugar, tão sujeito quanto seu sujeito. Nesse ponto, passa a ser discutido e reconhecido o lugar do sujeito que investiga, isto é, a implicação da subjetividade do pesquisador.

Iannini (2021) apresenta como a relação entre fantasia e desejo inconsciente se articula à construção de conceitos em psicanálise. Retoma o Freud poeta, ao afirmar que é preciso combinar o rigor conceitual do cientista natural com o rigor formal do poeta, sem fazer uma apologia a um romantismo da suposta liberdade da poesia em contraponto a uma também suposta rigidez da ciência. A tarefa do analista consistiria em “ler os relatos clínicos como romances, com todo o rigor formal que é exigido pela própria apresentação do material” (p. 107); o poeta, como o psicanalista, é justamente quem conhece por dentro “a intransponível sabedoria da língua” (p. 273).

Aqui Iannini (2021) introduz uma noção que nos interessa particularmente: a noção de que as habilidades poéticas contribuem para a investigação psicanalítica, fato visto no próprio Freud e em seu estilo. Algumas das análises freudianas guardam fortes afinidades com procedimentos formais como os que desempenham algum papel na poesia (p. 116). Para o autor, é o desejo do analista que permite avançar a Metapsicologia (p. 105).

No texto que abre a empreitada metapsicológica freudiana, no início da Primeira Guerra Mundial, *Os instintos e seus destinos*, de 1915, (FREUD, 2010a) pode ser lido como uma carta epistemológica com diversas leituras e endereçamentos. Nessa carta, Freud (2010a) apresenta a proposição de que a constituição do fato clínico é de natureza narrativa (p. 108), e é também um fato linguístico e discursivo, uma vez que supõe a fala do paciente e a escuta do analista (p. 114). Por sua vez, a constituição do fato clínico depende da estratégia de leitura e da construção narrativa do material clínico propriamente dito. E, no que concerne à clínica, todo material é obtido via transferência.

Há ainda o reconhecimento da importância da experiência. Essa concepção provoca um giro na compreensão do que é pesquisa, na medida em que considera que há uma

reciprocidade entre a pesquisa e o caminho existencial do pesquisador que, por sua vez, é afetado pela investigação. Essa concepção atravessa a epistemologia e o método de pesquisa que dirigem minha prática desde a realização da pesquisa de Mestrado, em 2014. Esse modo de pesquisar coloca em evidência o trabalho da experiência em sua dimensão de saber.

Bondía (2002), em *Notas sobre a experiência e o saber da experiência*, ancora o lugar da palavra experiência na pesquisa, trazendo a experiência do pesquisador para o território da pesquisa. O autor define que a “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (p. 26), de modo que tomamos a experiência enquanto acontecimento que produz afetos e efeitos, sobre os quais vamos nos debruçar e investigar na produção de um saber, o saber da experiência. Falamos de um saber que, em contraponto ao experimento científico, tem sempre uma dimensão de irrepetível, de incerteza que não pode ser reduzida.

Esta tese buscou ser cuidadosa na maneira como apresenta e utiliza os conceitos da psicanálise que são articuláveis às ideias e noções que compõem o material desta pesquisa. Partimos, portanto, da descrição, agrupamento e ordenamento da experiência clínica visando encontrar correlações que possam ancorar algumas definições que possam ser úteis ao campo do saber em psicanálise em urgências, emergências e desastres. Na medida da investigação, chegamos a definições de constructos e categorias que, por sua vez, possam ser remetidas ao material experiencial, sem com isso pretender o desenvolvimento de conceitos. Utilizamos, entretanto, alguns conceitos estabelecidos na psicanálise correlacionando às definições que construímos nesta tese.

3.1 O percurso metodológico desta pesquisa

Desde o início da pesquisa foi realizada uma ostensiva revisão de literatura, a fim de delimitar com cuidado o referencial teórico que a embasa. Partimos da leitura de alguns textos que considerávamos fundamentais para a investigação em função das hipóteses que formulamos inicialmente sobre a incidência do tempo na clínica em urgência e emergência, considerando a questão da morte uma contingência articulada ao tempo, e suas repercussões no estabelecimento da transferência.

Para tanto, foi realizada a leitura de textos freudianos compreendidos como fundamentais à temática: Recomendações ao médico que pratica a psicanálise, de 1912, (2020a); Sobre a dinâmica da transferência (1912) (2020b); Observações sobre o amor de transferência (1915[1914]) (2010d); As pulsões e seus destinos, de 1915 (2021a);

Considerações sobre a guerra e a morte (1915) (2010e); Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915) (2010f); A transitoriedade (1916) (2010g); Luto e Melancolia (1917 [1915]) (2010h); Introdução à psicanálise das neuroses de guerra (1919) (2010i); Caminhos da terapia psicanalítica (1919[1918]) (2010a); Além do princípio do prazer (1920) (2010i), dentre outros.

Contamos com o estudo em cartel, seminários e grupos de estudos de textos lacanianos: Lacan, J. (1944/1945) O Seminário. Livro 1 – Os escritos técnicos de Freud (2009); Lacan (1955) Seminário. Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1985); Lacan, J. (1945/1966). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1998a); Lacan, J. (1947). A psiquiatria inglesa e a guerra (2003); Lacan, J. (1955). Variantes do tratamento-padrão (1998b); Lacan, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1998c) (LACAN, 1985, 1998a, 1998b, 1998c, 2003, 2009a).

Além das leituras citadas, também textos de comentadores que propunham a articulação com a clínica em urgências, emergências e desastres. Em relação aos comentadores, encontramos pouca produção sobre a prática clínica em emergências e desastres e uma propensão maior a articulações e elaborações teóricas, quase sempre voltadas à discussão sobre o conceito de trauma em Freud e Lacan, em seus desdobramentos sobre o traumático, o traumatismo, o Real, e até mesmo a introdução da discussão sobre a angústia e a prevalência da discussão sobre a noção de urgência subjetiva – como apresento no capítulo 4 sobre os resultados da pesquisa PUB coorientada por mim, atrelada à tese.

Esta pesquisa bibliográfica foi fundamental para o desenvolvimento da tese, pois evidenciou o estado da arte sobre psicanálise em urgências, emergências e desastres, incluindo como parte fundamental dos registros sobre a atuação nesse campo as consequências teóricas e clínicas da Primeira e Segunda Guerra Mundial, percebidos como eixos norteadores da discussão da práxis propriamente dita.

Paralelamente ao desenvolvimento teórico e metodológico da tese propriamente dita, ocorreu o projeto *Achar Palavra*, com sua metodologia própria e com muitas incidências para a pesquisa que precisam ser inseridas neste ponto da metodologia. Embora tenha configurado uma intervenção em emergência e desastres – que será descrita detalhadamente no capítulo 8 –, o projeto pautou-se pela aposta na transmissão da psicanálise, não como uma oferta de conhecimentos e técnicas que pudessem ser aplicadas pelos psicólogos hospitalares, mas justamente na lógica do não saber que engendrou, via transferência com o projeto, vários encaminhamentos para a angústia desencadeada pela pandemia nos profissionais psicólogos hospitalares.

Além do efeito causado nos psicólogos hospitalares, compreendemos que o projeto afetou indiretamente a experiência de pacientes e familiares que foram atendidos pelos participantes do projeto, sendo difícil precisar o alcance real do impacto do projeto no campo social.

A partir deste referencial epistemológico, metodológico e teórico, realizei uma imersão na clínica psicanalítica da minha trajetória profissional e nas descrições encontradas na literatura, como discutido previamente, primando pelo método psicanalítico também em sua dimensão clínica.

Inspirada pela indicação freudiana de estear-se na clínica – dela decantar o caso e transmiti-lo –, construí análises a partir de: 1. vinhetas e fragmentos clínicos de casos que atendi nos diferentes cenários apresentados; 2. experiências como supervisora de casos atendidos por residentes e extensionistas; 3. criação de um dispositivo de intervenção chamado *Projeto Achar Palavra*; visando apresentar os desafios da posição do psicanalista nessa cena, bem como os operadores conceituais e clínicos que orientam sua atuação nesse campo.

A análise da experiência clínica e institucional, a descrição e análise do ato desencadeado pela tese convergiram para um dos objetivos principais de elencar, analisar e apresentar os elementos que consideramos fundamentais na formação de psicanalistas que pretendem atuar neste campo, e, para isso, retornamos aos termos e conceitos iniciais, definindo como crucial a discussão sobre o tempo lógico, a transferência e o ato analítico.

Em coerência com a epistemologia adotada, considerando a transdisciplinaridade da pesquisa, foi necessário acrescentar um capítulo sobre a saúde mental e a atenção psicossocial na gestão integral em emergências e desastres, compreendendo que essa disciplina é necessária aos psicanalistas que pretendem atuar nesse campo.

Toda a revisão da literatura foi realizada com base em publicações e traduções originais, utilizada a bibliografia disponível em livros impressos, banco de dados de Teses e Dissertações e base de dados.

A regulação do escrito pela clínica submete-se, queira ou não, saiba ou não, às mesmas regras estruturais do que faz ato clínico. Saraiva e Nunes (2007) apontam que as características técnicas podem ser desenvolvidas durante a construção da identidade do analista em formação, que se dá a partir de estudos sistemáticos, prática clínica, supervisão e análise pessoal, que configuram os pilares básicos da formação psicanalítica. De modo a justificar a inserção da experiência de supervisão, bem como a utilização do material decorrente do *Projeto Achar Palavra*, é importante relembrar que a transmissão participa do

aspecto formativo do analista, na medida em que é a partir da prática clínica que o aluno em formação se apodera do método analítico.

Nesse sentido, a aposta metodológica de análise desta tese é a transmissão da clínica psicanalítica pelo que dela se escreve. O Real – ou o singular da clínica –, que o clínico necessariamente desconhece, só pode ser abordado depois de ter sido transposto para outro sistema de registro antes de ser localizado, antes de tornar-se legível. Aquilo que escrevo sobre os casos e situações institucionais comparece sempre como uma releitura, como o que é possível de recuperar do Real.

As operações de apagamentos e trilhas do registro escrito “decompõem séries imaginárias que bordeiam e encobrem o Real, a letra, ou o singular do caso” (GOMES, 2014, p. 110). A escrita do caso adquire uma função narrativa, na qual a singularidade do caso não decorre apenas da estrutura do paciente, tampouco de suas manifestações sintomáticas, mas se refere ao encontro desencontrado do sujeito com o analista (VORCARO, 2003).

Freud formulou sua teoria enfatizando a interpretação como método intrínseco ao seu fazer clínico, sendo, pois, a própria interpretação uma invariante do método, dessa forma, estabelece uma indissociabilidade entre a pesquisa e a clínica, também referida por Nogueira (2004) e Kupermann (2009). No próprio proceder metodológico ou no procedimento são fundamentais o estabelecimento de um movimento, uma postura, uma reflexão, um método de investigação.

Esta pesquisa, ao colocar em evidência o atendimento psicanalítico em urgências, emergências e desastres, se dedicará à leitura do ato clínico extraído das experiências clínicas de minha trajetória, buscando desenvolver um exercício subjetivo do ato de relatar, apreender, reconhecer e distinguir o que há de singular em cada caso, a fim de desenhar um diagrama clínico da psicanálise nesse campo.

4. Definições de campo: a urgência, emergência e desastres

4.1. Urgência e Emergência em saúde

Para pensar a intervenção do psicanalista neste campo, e sabendo que não está clara a diferença entre os termos urgência e emergência em saúde, consideramos necessária uma tentativa de definição que as diferencie, considerando as incidências disso para a clínica, até mesmo como justificativa para que, após essa revisão, adotemos a emergência como principal objeto de estudo desta tese.

Geglio-Jacquemot (2005) realizou uma ampla revisão dessas nomenclaturas. Esse trabalho foi publicado na Coletânea de Antropologia e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, o qual elejo como referencial inicial para pensar essas definições.

Somam-se ao trabalho de Geglio-Jacquemot (2005), os esforços de Galetti Jr. (2010) na construção dos Modelos de atendimento às urgências/emergências e o consenso estabelecido pelo Protocolo de Manchester, amplamente utilizado em serviços de saúde brasileiros, segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010).

Buscando identificar se haveria na literatura médica, um sentido unívoco que pudesse funcionar como norteador da prática clínica, Geglio-Jacquemot (2005) constatou que há uma grande variabilidade de definições e adjetivações a esses termos, que, por vezes, só se definem de modo subjetivo, isto é, depende de *quem* os utiliza e em *quais* contextos.

O autor relata sua pesquisa nos dicionários, destrinchando os significados atribuídos a cada uma dessas palavras. Uma interessante descoberta refere-se ao fato de que “enquanto a urgência é definida como *qualidade* de urgente, a emergência é definida como *ação* de emergir. Uma emergência é o surgimento de ‘alguma coisa’: ela é um acontecimento”. A emergência poderia ser definida pelos critérios que caracterizam uma ocorrência: “o caráter repentino e imprevisto de sua manifestação, assim como o seu caráter crítico e perigoso. Esses critérios estão ausentes na definição da ‘urgência’” (Geglio-Jacquemot, 2005, p. 15).

O autor apresenta uma lista extensa de *adjetivos* atribuídos às urgências na literatura médica, a saber:

- Urgência grave
- Urgência vital
- Urgência extrema
- Situações de alto risco
- Primeira urgência

- Urgências (emergências) verdadeiras
- Urgências reais
- Urgência objetiva
- Urgência absoluta
- Emergência técnica
- Falsas situações de emergência
- Urgências (emergências) falsas
- Urgência presumida
- Urgência relativa
- Emergência do paciente
- Urgências aparentes
- Urgências subjetivas

Esse dado também nos interessa, por introduzir, pela multiplicidade de formas de se dizer de uma situação de urgência, algo que escapa da noção de significado que dê conta do que representa essa situação, tanto para a literatura e prática médica, quanto – e antecipamos essa conclusão – para o sujeito que a vivencia.

Durante todo o trabalho, fica claro o quanto os dois termos se confundem em suas definições na literatura médica. Destaco uma definição presente no Conselho da Europa, citado por Geglio-Jacquemot (2005), urgência objetiva, que atribui à expressão “extrema urgência” a situação médica em que o risco de vida é iminente e o tratamento deve ser realizado imediatamente, em geral avaliada com base em funções vitais – parâmetros respiratórios, circulatórios ou cerebrais – que estão paradas, impedidas ou em risco de serem interrompidas em curto prazo.

A partir dessa investigação, alguns elementos cruciais se estabelecem claramente: *o tempo* e *o risco de vida*. A urgência contém o significado de uma necessária ação rápida de cuidado, porém sua definição não aponta para a gravidade, o risco e o perigo como consenso. Na urgência, o consenso está relacionado à dimensão de tempo. Enquanto na emergência há o consenso de que aquilo que emerge refere-se a uma situação crítica, que, sem intervenção, em determinado tempo, pode levar à morte. Na emergência teríamos, portanto, a articulação dos dois elementos destacados acima (tempo e risco de vida).

A Resolução 1.1451/95, do Conselho Federal de Medicina (1995), define a urgência como:

uma ocorrência imprevista de agravo à saúde *com* ou *sem* risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; a emergência seria a “constatação médica de condições de agravo à saúde que *implicam*

risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (p. 1).

Enquanto *qualidade*, a urgência pode ser uma atribuição da emergência, quando há na emergência uma urgência em que se faça algo. Uma emergência é, portanto, um acontecimento com risco iminente de vida que exige que o tratamento seja imediato, rápido, urgente. Como o fator “tempo” também é constantemente necessário a partir da definição de uma emergência, o critério fundamental que distingue os dois termos é *o risco iminente de vida*.

A partir dessa análise, Geglio-Jacquemot (2005) compreende que a urgência e a emergência são processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo continuum. Entre a ausência total de risco de vida e o risco máximo de vida, situa-se a urgência, lugar que só se define pela gradação de três fatores: tempo, necessidade de agir e gravidade. E conclui: quanto mais curto é o tempo, maior é a urgência, e em uma emergência o tempo é o mais curto, portanto, imediato. Desse modo, compreendemos que uma urgência pode vir a se tornar uma emergência a qualquer momento, e que toda emergência médica, é, desse modo, também uma urgência. Entretanto, nos referenciais brasileiros, apenas o que é nomeado como urgência extrema ou vital corresponde à compreensão de emergência médica, isto é, as demais urgências não são sinônimos de emergências.

Gibello, Netto e Moretto (2019) acentuam como nas situações emergenciais fica clara a ameaça ao corpo biológico, devido ao limite do corpo imposto pela possibilidade de morte, que demanda uma intensidade dos cuidados e a radicalidade das intervenções necessárias. Os autores apontam ainda que, nesse contexto, o tempo está necessariamente articulado à possibilidade de salvar vidas.

Azevedo (2019) corrobora a ideia de que, frente a situações de iminência da morte, não há tempo a perder. A emergência médica estaria ligada à noção do tempo cronológico. O território dessas emergências no hospital é o Pronto Atendimento ou Pronto Socorro, as Salas de Emergência ou Salas de Trauma e as Unidades de Terapia Intensiva ou Centros de Terapia Intensiva.

Um dos principais protocolos utilizados no Brasil é o Protocolo de Manchester, um sistema implantado inicialmente no Manchester Royal Infirmary na cidade de Manchester, em 1997, que permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até a avaliação médica caso a caso Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010).

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas – a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente – que resultam em uma classificação em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial, conforme a figura abaixo:

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Figura 1- Classificação de risco - Protocolo de Manchester
Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010).

Essa classificação de risco é realizada em média de um a três minutos e facilita a identificação de doentes de alto risco em função da prioridade clínica e os respectivos tempos alvo. O documento do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010) afirma que “a gestão clínica na urgência é fundamentalmente uma gestão dos tempos” (p. 14) e constitui a base de toda organização do serviço de urgência, quer em situações de funcionamento normal, quer em situações de catástrofe ou múltiplas vítimas.

Sendo assim, Ratti e Estevão (2016) concluem que a gravidade dos casos é avaliada pelo tempo: “quanto menor o tempo, maior a urgência. A emergência inclui a questão de diminuir a mortalidade e as sequelas incapacitantes” (p. 607).

Atribui-se ao especialista a função de definir de forma clara e infalível o que é a emergência médica. Assim, uma vez que uma situação só é considerada uma emergência médica se for avaliada a partir da objetividade médica, ela só existe a partir da apreciação médica. Em uma emergência médica, o tempo de intervenção, isto é, a urgência de intervenção, também depende do prognóstico médico que estabelece a gravidade com base em elementos de natureza probabilística, e “por essa razão, remete mais a uma aposta esclarecida do que a uma certeza objetiva” (GEGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 25) – fato demonstrado em pesquisas nas quais, utilizando um mesmo instrumento de avaliação para o mesmo paciente, médicos chegam a conclusões distintas sobre sua gravidade.

O documento do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010) acrescenta que a atenção aos pacientes em situação de urgência e emergência é um dos principais problemas enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo. Essa situação se traduz nos serviços de urgência pela enorme carga de trabalho nos serviços de urgência derivada da superlotação de prontos-socorros, dificuldade de internação dos pacientes, transporte sanitário fragmentado, desorganizado e acúmulo de pacientes de baixo risco nos serviços de emergências (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2020).

E, ainda que se compreenda a complexidade das situações de emergência, e uma constante tentativa de objetividade, não há na literatura médica uma nosografia precisa entre as gravidades, terapêuticas e seus derivados temporais (GEGLIO-JACQUEMOT, 2005). Essa dificuldade, parece ser explicada pela natureza subjetiva da avaliação clínica dos critérios das emergências médicas.

Aqui se apresenta a impossibilidade de uma objetividade plena dos protocolos, definições e práticas que envolvem humanos. Em alguma medida, ainda que se empenhe em ser positivada e classificatória a partir de padrões generalizáveis, a medicina classificatória é sempre não-toda protocolizável, pois seu material de trabalho inclui algo da ordem do Real.

Faz-se necessário concluir que, do ponto de vista biomédico:

a urgência e a emergência não são noções, e ainda menos conceitos, técnicos ou teóricos médicos. Não existem “a urgência” e “a emergência”, mas *as urgências e as emergências* na apreciação das quais entra uma constelação de elementos que não são só de natureza biológica, fisiológica, mas que pertencem a várias ordens de realidade. (GEGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 26).

Em uma tentativa obstinada de objetividade pautada pelo discurso médico, como vimos, a definição de emergência médica se encontra no impasse entre a objetividade e a inevitável subjetividade do médico que a avalia. Ainda que atravessada por aspectos subjetivos, neste trabalho vou me referir às emergências médicas como situações com risco iminente de vida – fato avaliado pelo profissional médico com base nas funções vitais do paciente.

Uma vez que as experiências descritas e analisadas nesta tese são extraídas, principalmente, dos setores de atendimentos de emergências em que atuei, que considero um elemento central, nessa definição, tomar a emergência como um acontecimento no qual há a iminência de morte em articulação ao tempo cronológico.

Opto por manter no título e no desenvolvimento da tese experiências relacionadas mais detidamente à questão do tempo, definidas agora, após essa revisão, como urgências

médicas, pois muitas vezes o atendimento se inicia em uma urgência que se transforma em uma emergência, na medida da gravidade, sendo impropício excluir o trabalho feito nesse continuum. Contudo, darei ênfase às emergências, tomando a morte tensionada pela questão temporal como objeto central desta tese.

A discussão sobre urgência e emergência introduz a definição de desastres, na medida em que os elementos tempo e morte, em franca articulação, se apresentam claramente nas situações de desastres, como veremos a seguir. Cabe especificar o desastre, a fim de inserir os desafios para a prática psicanalítica em emergências para além do contexto hospitalar, considerando o território e o social na gramática da inserção e da transferência, apresentando suas especificidades e alcances.

4.2. Desastres

Na medida em que cheguei a uma definição de emergência médica que remete à noção de acontecimento, e implicada em atuações que realizei fora do hospital, percebo a necessidade de esclarecer em que sentido se dá minha aproximação entre os acontecimentos dos setores de urgência e emergência hospitalar e os desastres¹³. Compreendo que há especificidades em relação à inserção do psicanalista em cada um desses cenários, mas apresento a hipótese de que há algo comum que orienta a atuação do psicanalista tanto em urgências e emergências, quanto em desastres.

Para isso, portanto, é necessário apresentar uma definição de desastres, bem como uma explanação do panorama histórico da relação entre a psicanálise e os desastres, uma vez que advêm dessa relação, as articulações teóricas que fundamentam esta tese.

De acordo com Noal (2018), a definição de desastre depende dos fatores que o caracterizam, sendo sempre necessário delimitar suas especificidades. Em geral, é um evento crítico que ultrapassa a capacidade coletiva de enfrentamento, variando em:

- Dimensão: local, regional, nacional e global;
- Complexidade/nível de risco: magnitude: pequena e grande escala; frequência intensa ou eventual; intensidade;
- Progressão: súbito ou desenvolvimento lento;
- Causas: ameaças naturais ou ação antrópica; perigos, dentre outros.

¹³ Escolhemos utilizar prioritariamente o termo “desastre” em vez de catástrofe ou tragédias, pois é o termo amplamente utilizado nos referenciais nacionais e internacionais. Não iremos explorar as diferenças e peculiaridades desses termos, pois exigiria um amplo trabalho de argumentação e pesquisa, que não é o foco desta tese. Cabe ressaltar que é comum a equivalência de desastres e emergências na literatura em psicologia, assim como entre desastres e catástrofes na literatura em psicanálise (sendo catástrofe o termo mais comumente utilizado em psicanálise), entretanto, e por causa disso, por sua conotação simbólica, o sentido atribuído a catástrofes se aproxima ao sentido atribuído às urgências subjetivas, fato que iremos explorar no capítulo 7, no qual trataremos das urgências subjetivas.

No âmbito nacional, a autora afirma que:

No tocante às políticas públicas de saúde no Brasil, “desastre” é definido como um “evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública, reconhecidos pelo Poder Executivo Federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública”. (NOAL, 2018, p. 37).

A Defesa civil apresenta 65 tipos e subtipos de desastres da Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE)¹⁴, alinhada aos marcos internacionais de gestão de riscos e desastres, e realiza uma importante distinção entre desastres naturais e desastres tecnológicos (provocados).

A ideia de calamidade, colapso, excesso, dano, relacionado ao evento, ameaça ou fenômeno, cujos predicados comuns são: adverso, crítico, complexos e multidimensionais, é sempre retomada nas diferentes definições que encontramos na literatura e nos documentos técnicos da área, tais como o já citado COBRADE, a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC instituída pela lei 12.608, de 10 de abril de 2012 (BRASIL, 2012) e a Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral De Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia, CNPED-CFP de 2016 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

O CNPED-CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016) enfatiza que para haver um desastre é necessária a combinação de um conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos que ultrapasse a capacidade de gerenciamento local. A ruptura provocada pelo desastre impacta o bem-estar físico, social, psíquico, econômico e ambiental ao alterar o funcionamento habitual de um sistema, e pode provocar desorganização social, acarretar destruição estrutural e/ou material significativa e alterar a geografia humana.

Essa compreensão ampliada do desastre impõe a necessidade de uma articulação coerente entre as diretrizes e metas em diferentes níveis. Nessa perspectiva, a responsabilidade das ações deve ser assumida por toda a comunidade implicada direta ou indiretamente. A capacidade de gestão integrada de riscos e desastres das lideranças comunitárias incide diretamente na capacidade de resposta aos desastres (NOAL, 2018).

Interessa-nos o avanço em termos conceituais realizado pelo segundo Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres, em Brasília/ DF, em 2011, onde “os

¹⁴ Lista completa disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/ultimas-noticias/entenda-a-diferenca-entre-os-tipos-de-desastres-naturais-e-tecnologicos-registrados-no-brasil> (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 2022).

desastres puderam ser reconhecidos como fenômenos que entrelaçam acontecimento e elaboração cultural, cujo significado não está apenas na situação em si, nem nas pessoas tomadas individualmente, mas na interação entre pessoas, comunidades e eventos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021, p. 38).

Alinhada aos documentos internacionais, essa concepção inclui a dimensão social do impacto, abrindo espaço para a compreensão das rupturas no estado psicossocial das pessoas afetadas, em consonância com as orientações da pirâmide do Comitê Permanente Interagências - IASC¹⁵ (COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS, 2007), sobre o acionamento imediato das intervenções de saúde mental e atenção psicossocial, observando os quatro níveis de complexidade das necessidades da população atendida.

O IASC (COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS, 2007) justifica o pronto acionamento das equipes de saúde mental em desastres, em função das reações observadas nos atingidos: reação imediata de alarme, reações fisiológicas, motoras e cognitivas (taquicardia, sudorese, hiperatividade, aflição, agressividade), agitação desordenada, fuga, pânico, crise emocional e incapacidade de reagir ou paralisia. O documento orienta, entretanto, que as ações de cuidado sejam coordenadas de acordo com as necessidades e recursos da comunidade, conforme observamos na ilustração da pirâmide:

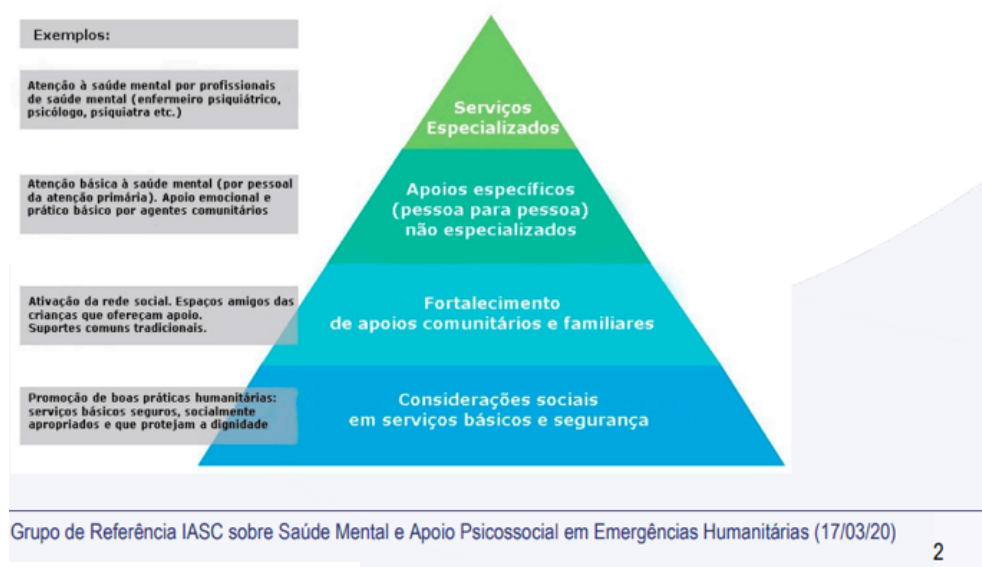


Figura 2 - Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial - IASC (2007)

¹⁵ IASC é o Comitê Permanente de Interagências das Nações Unidas e parceiros humanitários não pertencentes à ONU (INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE, 2008).

Dentre as ações recomendadas nas primeiras horas, a informação clara que possibilite a localização da rede social dos afetados, bem como a escuta cuidadosa das necessidades expressas pela população, podem influenciar nas reações ao desastre, incidindo nos desdobramentos da experiência de sofrimento que pode ser desencadeada pelo acontecimento.

De início, os estudos e estratégias de intervenção eram focados somente no cuidado posterior à ocorrência dos eventos, limitando-se ao atendimento dos sobreviventes, o que indica a tendência a conceber os desastres integralmente sob uma perspectiva de causa e efeito. Com a evolução gradual das pesquisas, compreendeu-se que “uma situação de emergência ou desastre raramente é um evento isolado. Geralmente, é o acúmulo de situações e condições anteriores, sendo apenas o prenúncio de mais graves consequências” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021, p. 27).

Uma perspectiva para definição de desastres deve, portanto, considerar sua abrangência e complexidade, não sendo possível chegar a uma definição última, tampouco única. Porém, é fundamental incluir nessa compreensão pelo menos cinco fases do desastre:

- prevenção;
- mitigação;
- preparação;
- resposta e
- recuperação;

O que por sua vez incide no planejamento e execução das estratégias de cuidado (NOAL, 2018). As principais publicações sobre o cuidado em saúde mental focam os trabalhos desenvolvidos no momento de resposta aos desastres, mas as informações recolhidas nesses contextos podem auxiliar a gestão das outras fases do desastre.

A noção de acontecimento/contingência contempla tantos as urgências e emergências hospitalares, quanto os desastres, e é principalmente sobre essa noção que a psicanálise se debruçou. Sabendo que, nesses casos, não se trata de qualquer acontecimento ou contingência, que em si são disparadores de movimentações subjetivas e simbólicas, mas mais propriamente daqueles que envolvem emergência (tempo e risco de vida).

Diante desse cenário, observa-se a relação existente entre as emergências e os desastres, dado que as reações acarretadas pelo acontecimento emergencial se inscrevem em uma temporalidade específica (a urgência) que caracteriza uma ruptura estrutural da vida antecedente ao ocorrido, marcando aqueles que a vivenciam de modo absolutamente singular.

Essa dimensão introduz a ideia de catástrofe – terminologia comumente utilizada por psicanalistas para se referir aos desastres de diversas ordens. Nestrovski e Seligmann-Silva (2000) atribuem à catástrofe a ideia de desastre como um desabamento, tal qual mencionamos acima; como um evento de súbita transformação ou virada, “impondo àquele que a experimenta uma realocação de sua posição, que se reflete em termos subjetivos como a exigência de um trabalho psíquico que dê suporte a esse movimento de acomodação” (p.8).

Martins e Rabêlo (2020) escrevem como o evento pode atingir várias pessoas causando perdas semelhantes, mas incide em cada um a partir da tônica da história pessoal, da relação com o espaço público e das ancoragens simbólicas que se veem ameaçadas e convocam o sujeito a responder e representá-lo a partir dessas condições subjetivas. No capítulo 7, trataremos dessa noção de catástrofe em psicanálise ao especificarmos as urgências subjetivas.

Na medida em que forem se esclarecendo as intersecções entre os campos das urgências, emergências e desastres, bem como a necessidade de uma formação que abarque essa compreensão ampliada sobre o cuidado e a gestão integrada de riscos e desastres, apresentaremos um panorama da história da Saúde Mental e Atenção Psicossocial na gestão integrada de riscos e desastres, que introduzem as possibilidades de trabalho nesses contextos, para que posteriormente possamos evidenciar, nesta discussão, o lugar da psicanálise.

4.3. Um breve panorama sobre a história da Saúde Mental e Atenção Psicossocial em emergências e desastres

Estratégia Internacional para a Redução de Desastres das Nações Unidas (2012) apontou que entre 2002 e 2011 foram registrados 4.130 desastres naturais no mundo, e em 30 destes mais de um milhão de pessoas faleceram. Anualmente uma média de 102 milhões de pessoas são afetadas por enchentes, 37 milhões por ciclones, furacões ou tufões, e quase 366 mil por deslizamentos de terra. A sistematização de documentos e registros são fundamentais para a construção de ferramentas para o enfrentamento de situações que colocam a vida de humanos em risco (NOAL, 2018).

Noal (2018) realiza uma revisão detalhada sobre a história da Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) em gestão integral de desastres, em sua tese de doutorado, buscando compreender a legislação, diretrizes e indicadores das políticas públicas na estruturação dessa

gestão. Segundo a autora, as pesquisas de monitoramento dos desastres são relativamente recentes na conjuntura global, sendo 1990 o ano da primeira tentativa da ONU em investir na Redução de Riscos e de Desastres.

A autora destaca a conferência de Hyogo, em 2005, como marco importante que colocou em evidência a dinâmica integral das estratégias de redução de riscos e de desastres no âmbito internacional, considerando as fases do desastre: a prevenção, a mitigação, a preparação, a resposta e a recuperação.

Sob o prisma nacional, o Centro de Pesquisa em Epidemiologia de Desastres (CRED, 2009), baseado nas informações da Base de Dados Internacional de Desastres (EM-DAT), aponta o Brasil como um dos países mais afetados por desastres. (NOAL, 2018, p. 24).

O relatório de 2021 da Organização Meteorológica Mundial e do Escritório da Organização das Nações Unidas, que compõem a Estratégia Internacional para a Redução de Desastres das Nações Unidas, apresenta dados referente ao período entre 1970 a 2019, apresentando que mais de 11.000 desastres foram relatados e atribuídos às mudanças climáticas, totalizando pouco mais de dois milhões de mortes (91% das mortes em países em desenvolvimento). O relatório demonstra a redução de quase três vezes o número de mortes a partir do aprimoramento de sistemas de alerta precoce e gerenciamento de desastres (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2021).

Sob uma perspectiva histórica, o Brasil traz uma preocupação com a segurança de seus povos desde a Constituição Política do Império do Brasil, em 1824, que garantia os chamados “socorros públicos” à população. Entretanto, foi somente a partir da década de 1940 é que foi instituída a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, como um desdobramento da Segunda Guerra Mundial. E só em 1988, surgiu a ideia de um sistema único nacional, de ação permanente em termos de Defesa Civil (SINPDEC), cuja legislação passou por uma série de revisões.

O Conselho Federal de Psicologia (2021) publicou recentemente as *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres*, com contribuições fundamentais à revisão teórica do tema e diretrizes para a atuação em nível mundial. Esse documento aponta na literatura uma prevalência em considerar a Psicologia Social como campo de estudos e intervenções, que, sob um ponto de vista histórico, tradicionalmente se dedicou à temática das emergências e desastres.

Esse documento considera que o estudo mais antigo sobre os efeitos psicológicos dos desastres teria sido conduzido por Edward Stierlin, publicado em 1909 e 1911, médico psiquiatra na área, investigando eventos como desastres em minas e ferrovias, bem como desastres naturais. Elegendo determinado território teórico-científico, as referências seguem descrevendo outras pesquisas: em 1920, considerada pelo documento do CFP (Conselho Federal de Psicologia, 2021, p. 27) “como a primeira pesquisa considerada científica”, realizada por Samuel Prince, no Canadá, com explosões e desastres marítimos.

Noal (2018) aponta que Erich Lindemann teria realizado “o primeiro estudo na área de intervenção pós-desastre” em 1944 (, p. 27), em uma avaliação sistemática das respostas psicológicas dos sobreviventes do incêndio de uma boate em Boston (EUA), que levou à morte de 400 pessoas, um marco da atenção humanitária no que diz respeito à preocupação com a SMAPS em desastres, resultando na criação do Centro Comunitário Coconuit Groove, em 1948. As referências técnicas do CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021) não mencionam qualquer estudo ou experiência prática em psicanálise.

Noal (2018) afirma que somente em 1945, a partir da Segunda Guerra Mundial, teriam sido realizadas pesquisas sobre trauma, referindo-se aos estudos médicos e psiquiátricos em torno da formalização da categoria nosológica Transtorno de Estresse Pós-Trauma (TEPT). A produção da psicanálise sobre as neuroses de guerra e sua relação com o conceito de trauma no período de 1914 a 1932 não é citada na revisão de Noal (2018) e na revisão apresentada na referência técnica do CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021).

Ainda segundo a referência técnica do CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021), desde os anos 1950, diversas investigações no âmbito individual e social analisaram as consequências psicológicas dos desastres, sem que, entretanto, chegassem a um consenso no que dizia respeito a ocorrência, extensão e persistência dos efeitos negativos na saúde mental dos sobreviventes. Introduzem, de forma crítica, a discussão teórica sobre o trauma, porém, novamente, sem citar a psicanálise.

De acordo com esses referenciais, a origem da atuação da Psicologia em situações de Riscos, Emergências e Desastres estaria atrelada ao Instituto de Saúde Mental do Departamento de Saúde dos Estados Unidos. Nesse instituto norte-americano, em 1974, foi promulgada a primeira lei que regulou a “atuação e ajuda em desastres”, quando foi prevista a atuação de psicólogos(os) em relação aos afetados, determinando “que toda pessoa que passa por um evento de emergências e desastres” deve receber “acompanhamento psicológico por tempo indeterminado” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021, p. 29).

De acordo com Noal (2018), a partir da década de 70, motivadas pelos efeitos observados nas populações atingidas pela inundação de Bufalo Creek (EUA), em 1972, foram realizadas o que a autora considera como as primeiras pesquisas em psicologia sobre os efeitos a longo prazo da destruição dos laços comunitários.

De acordo com o CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021), uma análise de 52 documentos sobre o tema na América Latina, entre os anos de 1980 e 2014, classificou as intervenções psicossociais em desastres em quatro tipos: intervenções baseadas no tempo; intervenções centradas num tipo específico de desastre; intervenções por níveis de ação e intervenções baseadas nas pessoas.

Esses eixos eleitos pela análise dos documentos merecem um lugar de destaque, pois convergem para as hipóteses desenvolvidas nesta tese, sobre o fato de a direção do tratamento necessariamente incorporar a dimensão temporal, a característica do acontecimento, em diferentes níveis de ação, isto é, incluindo a possibilidade de diferentes dispositivos e táticas na condução clínica, sempre primando por práticas que considerem a singularidade dos casos e territórios.

Nos anos 2000, o comitê internacional da Cruz Vermelha realizou um relatório internacional solicitando que a ajuda humanitária internacional identificasse os indicadores e estratégias, baseando-se no que consideram evidências científicas. Desse relatório surgiu, em 2007, o guia IASC (COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS, 2007), que estabelece que toda ajuda humanitária deve ser organizada e sistematizada, considerando a sustentabilidade dentro do território na manutenção e continuidade do cuidado. O documento define também que as ferramentas devem ser atualizadas em ato a cada desastre, quando são descobertas novas reações e novas formas de fazer frente ao sofrimento humano.

Desde 2005, o Conselho Federal de Psicologia se dedica a esse tema. O CFP publicou a Nota técnica sobre a atuação de psicóloga(o)s em emergências e desastres, em 2013, atualizada em 2016, a qual orienta que o trabalho realizado nesse contexto vise o gerenciamento das consequências do evento considerando a estrutura de saúde já existente no território e a avaliação do apoio adicional de que os dispositivos internos precisam. Desse modo, o CFP acentua a discussão sobre a  tica profissional e a necessidade de uma articulação territorial que preveja a es preventivas, sensíveis e progressivas.

Essa nota ressalta o compromisso dos profissionais em evitar maiores danos aos afetados, pautando as a es em estratégias de alívio do sofrimento imediato, priorização de intervenções comunitárias e apoio efetivo, que abranjam as vítimas diretas e indiretas do desastre. Destaca-se que dentre as estratégias de cuidado são imprescindíveis estratégias

coletivas e culturais que ampliem a perspectiva de cuidado, reestabelecendo a sensação de pertencimento e acolhimento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

O primeiro registro brasileiro de inserção da psicologia na área de Riscos, Emergências e Desastres data de 1987, quando aconteceu um acidente radioativo envolvendo uma cápsula de césio-137, em Goiânia. Com a colaboração de psicólogos cubanos que haviam atuado no acidente nuclear de Chernobyl, psicólogos ligados a três universidades brasileiras realizaram atendimentos aos atingidos em 1992 (FRANCO, 2015).

Freitas (2011) relata a experiência de atendimento a crianças vítimas da tragédia que acometeu a Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2003, por psicanalistas vinculados a um projeto de extensão desenvolvido na Vara da Infância e Juventude de Teresópolis/RJ.

Em 2012, o governo brasileiro lançou o Plano Nacional de Gestão de Riscos e Respostas a Desastres Naturais, embasando a atual política de Proteção e Defesa Civil, nos diferentes níveis – federal, estadual e municipal – Lei n. 12.608 (BRASIL, 2012), que rege as ações nessa área em quatro eixos: prevenção; mapeamento; monitoramento e alerta; e resposta aos desastres. Teria sido a partir da fundação da Defesa Civil que tiveram início as discussões sobre a Gestão de cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Riscos e Desastres no Brasil (NOAL, 2018).

No âmbito da Psicologia em Emergências e Desastres, destaca-se o livro *A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática*, organizado por Maria Helena Pereira Franco (2015), no qual estão descritas experiências e reflexões sobre atuações do Grupo Intervenções Psicológicas em Emergências (IPE), inserido no 4 Estações Instituto de Psicologia em São Paulo. Estão relatadas intervenções realizadas pelo IPE: Acidente com ônibus de São Bernardo do Campo, em 2004; Acidentes aéreos em 2006 (GOL) e 2007 (TAM); nas enchentes do Rio São Luiz do Paraitinga, em 2010; dentre outras.

O livro destaca a contribuição da psicanálise para a compreensão dos efeitos do acontecimento nos atingidos, mas refere como incompatível sua utilização na intervenção em emergência. Apresenta como referencial teórico utilizado, e considerado ideal, a Psicoterapia focal e/ou Breve, e acrescenta serem fundamentais os conhecimentos sobre luto, primeiros socorros psicológicos e Transtorno de Estresse Pós-Trauma – TEPT (FRANCO, 2015).

Segundo Débora Noal¹⁶ (informação verbal), em disciplina ministrada na Pós Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no

¹⁶ NOAL, D. Os caminhos do cuidado: saúde mental e atenção psicossocial em desastres e pandemias. Disciplina ministrada na Pós Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em São Paulo, 2020.

Brasil, a primeira vez que a SMAPS conseguiu estar de modo integral no território na resposta (24 horas) de um desastre foi em 2013, no incêndio da boate Kiss em Santa Maria - RS, pactuando, entre as três esferas governamentais, estratégias conjuntas que integrassem os psicólogos voluntários às políticas públicas de saúde já existentes, com a gestão, organização e envolvimento do Conselho Federal de Psicologia na coordenação.

Segundo a autora, em 2015, entretanto, o rompimento da barragem em Mariana – MG, desastre ambiental provocado pela Samarco, não teve a cobertura midiática necessária, tampouco o debate entre os três entes federados no suporte às vítimas. O que impõe desafios importantes à capacidade de reconstrução dessa comunidade até hoje. O caso Samarco colocou em evidência a dimensão da justiça como parte do cuidado necessário, principalmente quando o desastre é ocasionado por uma negligência e/ou violação de direitos – demarcando a justiça como forma de cuidado em saúde mental, na garantia dos direitos, auxílios e reparações devidas à população atingida. Nesses casos, o cuidado em saúde mental deve incluir o fortalecimento da comunidade na direção de esclarecer, conhecer e reivindicar seus direitos sociais (informação verbal).

Vasconcelos e Ferreira (2021) analisam a situação de Mariana (2015) e Brumadinho (2019) sob uma perspectiva teórica de base psicanalítica, sem, contudo, apresentar relato da experiência em saúde mental ou atenção psicossocial. Nomeiam como ato criminoso, uma vez que em ambos os acontecimentos havia a ciência dos riscos por meio de órgãos reguladores e negligência das empresas responsáveis, Samarco e Vale, respectivamente, ocasionando vítimas fatais, desabrigados, desaparecidos e um território devastado. Destacam como em Brumadinho foram observados os efeitos de repetição consequente da denegação, esquecimento e impunidade observada na ocasião do desastre em Mariana.

Citamos na introdução, e retomaremos no capítulo 6, a intervenção realizada por psicanalistas, em 2017, em Altamira, no Pará, com a escuta de ribeirinhos que foram expulsos de suas casas em decorrência da construção da usina hidrelétrica de Belo Monte, na Amazônia – experiência relatada em diversas publicações disponíveis no site do Latepsi: Katz, Dunker, 2016; Dunker e Fragelli, 2018; Guarreschi, 2019; Gleich, 2019; Brum (2021).

Por fim, Noal (informação verbal) afirma que durante a pandemia COVID-19 foi realizada a maior produção científica e acadêmica internacional em saúde mental e atenção psicossocial em desastre nos últimos tempos. Só a Fundação Oswaldo Cruz produziu mais de 20 cartilhas de recomendações relacionadas à SMAPS e realizou um curso capacitando inúmeros profissionais da linha de frente em tempo real do acontecimento/evento. O treinamento de grande número de agentes de cuidado impactou na capacidade, qualidade e

velocidade de resposta. A autora ressalta que as estratégias de treinamento devem ser continuadas, periódicas, integradas às políticas públicas; contexto no qual também se deu a intervenção Achar Palavra, cuja discussão será realizada no capítulo 8.

Dentro do referencial teórico e experiencial da Psicologia, concluímos que as emergências e desastres implicam grande sofrimento e ameaça à vida, muitas vezes excedendo a capacidade de compreensão, representação e elaboração do ocorrido. Nota-se, portanto, a importância da Psicologia no cuidado imediato e pontual em crises, desastres e emergências, no intuito de oferecer prontamente atenção e suporte e evitar maiores danos aos afetados. Contudo, o trabalho do psicólogo não se limita à atenuação dos impactos psicossociais que urgem imediatamente após o ocorrido, sendo necessário considerar o potencial traumático e os possíveis desdobramentos do sofrimento na vida dos atingidos.

Como vimos, no Brasil, é recente e gradual a inserção do psicólogo como parte fundamental da rede de atenção multiprofissional na construção de estratégias de intervenção pós ocorrência de emergências e desastres. As “Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021) apresenta o percurso histórico das primeiras abordagens da Psicologia em contextos de Riscos, Emergências e Desastres em nível nacional e internacional.

O documento transmite a ideia de que durante muitos anos, e sobretudo nas décadas de 1960 e 1970, a Psicologia sustentou uma perspectiva unicamente individualista, tomando os desdobramentos subjetivos dos desastres na gramática das “reações patológicas”. Posteriormente, a partir de uma abordagem psicossocial, passou a considerar também os aspectos sociais na análise do sofrimento. Essa mudança de perspectiva diz respeito à consideração das emergências e desastres como eventos complexos e multidimensionais, de forma que o significado atribuído a tais eventos “não está apenas na situação em si, nem nas pessoas tomadas individualmente, mas na interação entre pessoas, comunidades e eventos” (p. 32).

Como vimos, as referências técnicas do CFP (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2021) realizam apurada revisão histórica da produção teórica e científica da Psicologia em Emergências e Desastres, entretanto, a produção da psicanálise sobre o tema não é citada. É essa falta de referência que nos convoca a contar essa história nesta tese, uma vez que desde a Primeira Guerra Mundial a psicanálise se ocupa de questões que atravessam a experiência subjetiva em contextos de emergências e desastres, desenvolvendo uma prática clínica e conceitos que são fundamentais para a clínica nesses cenários.

A fim de apresentar o panorama da psicanálise em emergências e desastres como braço da pesquisa central da tese, foi realizada a coorientação de um projeto de pesquisa fomentado pelo Programa Unificado de Bolsas – PUB¹⁷ –, que investigou a inserção do psicanalista nos contextos de urgência e emergência. Descrevemos a metodologia e os resultados dessa etapa na pesquisa no item a seguir, cientes de que esta explanação foi fundamental para a construção que segue, tanto na perspectiva histórica e documental, quanto no levantamento das noções e conceitos que foram investigados na tese.

4.4. Sobre a atuação de psicanalistas em emergências e desastres: uma revisão de literatura

A pesquisa “Psicanálise e Emergências”, fomentada pelo Programa Unificado de Bolsas – PUB, investigou a inserção do psicanalista nos contextos de urgência e emergência através de um levantamento bibliográfico das experiências relatadas desde o surgimento da psicanálise até a atualidade. O levantamento foi realizado com atenção aos relatos sobre o trabalho junto a sobreviventes: uma intersecção deste trabalho com outra pesquisa¹⁸ desenvolvida no Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição – LABPSI.

Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura em dois tempos. A fase primordial para a construção desta revisão foi a elaboração de uma pergunta norteadora clara e específica, que orientou a determinação das fases seguintes, mantendo-as coerentes com os objetivos do estudo (SOUZA, SILVA; CARVALHO, 2010). A pergunta norteadora da pesquisa PUB foi: *o que se encontra publicado a respeito da atuação de psicanalistas brasileiros em situações de emergência e sobrevivência no Brasil?*

A busca na literatura foi realizada inicialmente nas bases eletrônicas *Scielo* e Google Acadêmico. Diante da dificuldade em encontrar conteúdos na *Scielo*, foi incluída a base de dados do Google Acadêmico. Após realizadas as etapas de levantamento bibliográfico e filtragem por título e resumo, durante a fase final de análise, a partir da leitura integral dos conteúdos, houve uma busca por apoio junto à Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, na tentativa de verificar a confiabilidade dos resultados. A equipe técnica da Biblioteca do IPUSP orientou que o levantamento fosse feito utilizando-se as bases de dados Pepsic e Lilacs, as quais permitem uma busca por assunto levantando conteúdos que apresentem como tema os descritores usados na busca.

¹⁷ Programa Unificado de Bolsas – PUB, da Universidade de São Paulo, e vinculado ao Instituto de Psicologia, entre setembro de 2021 e setembro de 2022, sob orientação da Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto e coordenação das pós-graduandas Layla Gomes e Alyne Braghetto.

¹⁸ BRAGHETTO, Alyne L. O tratamento acabou, e agora? Investigações psicanalíticas dos processos suscitados nos pacientes diante do término do tratamento oncológico. São Paulo, 2023.

Isso possibilitou que a quantidade de resultados fosse menor e mais pertinente à pesquisa do que na primeira busca, o que por conseguinte viabilizou a análise da totalidade dos resultados obtidos. Para as buscas, o termo “psicanálise” foi utilizado como palavra-chave fixa, acompanhado sempre por um descritor dentre os seguintes: emergência; urgência; sobrevivência; desastre; trauma; testemunho; angústia; Real; e luto. Posteriormente, ainda mantendo fixa a palavra-chave “psicanálise”, foram incorporados novos descritores: guerra; catástrofe; crise; melancolia; oncologia; sobreviventes; e atingidos.

No que concerne à escolha dos descritores utilizados, a seleção dos primeiros termos a serem considerados foi motivada pelos objetivos da pesquisa PUB, Psicanálise e Emergência. Esse primeiro delineamento justifica a escolha dos descritores “urgência” e “emergência”, sendo esses termos nucleares que orientam a escolha de outras palavras-chave. A partir desse cenário, considerando as situações nas quais ocorrem urgência e emergência, optou-se pela inclusão dos termos “desastre”, “guerra”, “catástrofe” e “crise”. A consideração dos termos “sobrevivência”, “testemunho”, “luto”, “atingidos” foi motivada sobretudo pelo enfoque nos efeitos de tais contextos.

Além disso, a abordagem psicanalítica que ampara esta pesquisa permitiu que fossem englobados como descritores conceitos e definições presentes na teoria psicanalítica, tais como “trauma”, “angústia”, “Real” e “melancolia”. Quanto às palavras-chave “oncologia” e “sobreviventes”, o que suscitou a sua escolha foi o diálogo com o tema de pesquisa de Mestrado de uma das coautoras deste estudo, que investiga os aspectos implicados na sobrevivência de pacientes oncológicos. As discussões do grupo de pesquisa evidenciaram elementos teóricos clínicos semelhantes na atuação em emergência e sobrevivência, o que despertou interesse em verificar se as publicações confirmavam essas semelhanças.

Faz-se importante sublinhar que a seleção de cada um dos descritores pode abarcar múltiplas motivações e que, portanto, a ordenação realizada possui fins de organização da pesquisa. Assim, nota-se como o processo de seleção de descritores não ocorre de forma aleatória ou individual, mas como cadeia contínua de palavras que se relacionam e complementam. Pode-se dizer, então, que um descritor justifica o acréscimo de um próximo, e assim por diante, constituindo uma única rede de sentido. Em muitos casos, os termos surgiram conjuntamente, por compartilharem contextos bastante similares. Nesse sentido, as discussões tecidas entre os autores desta pesquisa foram de extrema relevância para a escolha dos descritores e, portanto, para construção de uma linha de pensamento bem fundamentada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Não foi delimitado tempo de publicação, tendo em vista o interesse em mapear da forma mais abrangente possível a produção científica sobre o tema ao longo dos anos no cenário brasileiro. Em relação aos idiomas, foram selecionados apenas conteúdos escritos na língua portuguesa, visto tratar-se de uma pesquisa com enfoque no contexto brasileiro.

No que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão, incluíram-se as publicações que: (1) tematizavam especificamente a atuação de psicanalistas brasileiros em situações de emergência e sobrevivência no Brasil; (2) se referenciavam necessariamente a partir das contribuições teóricas de Sigmund Freud e/ou Jacques Lacan; (3) apresentavam trabalhos finalizados e disponíveis gratuitamente para leitura na íntegra; (4) se enquadravam estruturalmente como artigos científicos, dissertações ou teses. Como efeito da adesão a esses critérios, excluíram-se publicações que tratavam do assunto de forma secundária ou que não se referenciavam a partir da perspectiva psicanalítica freudiana ou lacaniana, trabalhos não concluídos ou indisponíveis para leitura na íntegra gratuitamente e que não estavam de acordo com a estrutura de pesquisa pré-estabelecida.

Ressalta-se que, inicialmente, a proposta desta pesquisa era buscar conteúdos que incluíssem necessariamente o relato da experiência prática dos psicanalistas em contextos de emergências e sobrevivências. Contudo, não foram encontrados muitos trabalhos sobre essa especificidade, de modo que se optou por considerar também publicações de cunho exclusivamente teórico, as quais não compreendiam a descrição da vivência clínica dos psicanalistas.

A partir do levantamento bibliográfico realizado nas bases eletrônicas da Scielo e do Google Acadêmico entre os dias 15 e 29 de setembro de 2021, foram selecionados 76 conteúdos para análise, sendo 27 da Scielo e 49 do Google Acadêmico. A data de publicação variou de 2003 a 2021. No que diz respeito aos resultados encontrados por descritor, “urgência” e “trauma” foram os termos mais relacionados, estando presentes em 16 publicações. Os descritores “sobrevivência”, “desastre”, “angústia”, “Real” e “melancolia” foram os menos relacionados, aparecendo em apenas uma publicação. Por fim, não foram encontrados resultados para os descritores “guerra” e “sobreviventes”.

Posterior à leitura crítica dos títulos e resumos, 29 publicações da amostra foram desconsideradas, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão estabelecidos. Dentre elas, 14 foram levantadas da Scielo e 15 do Google Acadêmico. Das 47 publicações não eliminadas, apenas 16 foram selecionadas para serem lidas integralmente e consideradas na análise final. Os 31 conteúdos restantes servirão de suporte eventual à pesquisa.

Etapas	Scielo	Google Acadêmico
Referências localizadas entre 15 e 29/09/2021	27	49
Excluídas conforme critérios	14	15
Selecionadas para a análise final	3	13
Arquivadas para suporte eventual à pesquisa	10	21

Tabela 8 – Referências encontradas, excluídas, selecionadas para análise final e arquivadas para suporte eventual à pesquisa

O segundo levantamento de literatura foi realizado entre 16 e 20 de maio de 2022, agora mediante busca por assunto na Pepsic e na Lilacs, mas mantendo a mesma escolha de descritores e o mesmo método de busca do primeiro levantamento. Foram obtidos 348 resultados, já excluídos os conteúdos repetidos (41), sendo 218 da Pepsic e 130 da Lilacs. A data de publicação variou de 1987 a 2021. Em relação aos resultados encontrados por descritor, os termos mais relacionados foram “trauma” (87), “melancolia” (79), “angústia” (68) e “luto” (53). Já os descritores menos relacionados foram “desastre” (1), “sobrevivência” (1), “catástrofe” (4), “emergência” (5) e “oncologia” (5). Ademais, os descritores “sobrevivência”, “testemunho”, “real”, “desastre”, “catástrofe” e “crise” não apresentaram resultados na Lilacs; por fim, os termos “sobreviventes” e “atingidos” não apresentaram resultados em nenhuma das duas bases.

Após uma primeira análise dos títulos, foram desconsideradas 296 publicações, restando 52, as quais foram submetidas à filtragem por análise de resumo. Posteriormente à leitura dos resumos, 14 artigos foram descartados e 38 foram selecionados para leitura integral. Dos artigos selecionados para a análise final, dois deles foram excluídos por não estarem disponíveis gratuitamente para leitura na íntegra, como segue na tabela abaixo.

Etapas	Pepsic	Lilacs
Referências localizadas entre 16 e 20/05/2022	218	130
Excluídas conforme critérios	190	122
Selecionadas para a análise final	28	8

Tabela 9 – Resultado número dos textos encontrados em cada etapa

Os 36 artigos selecionados para a análise final foram agrupados em quatro categorias e três subcategorias: **1)** emergências no contexto médico (5); **1.2)** pandemia da COVID-19

(7); **1.3**) saúde mental (3); **2**) emergências em contextos de desastres e catástrofes (1); **2.1**) catástrofes longas ou crônicas (2); **3**) sobrevivência de pacientes e familiares a doenças críticas no contexto hospitalar e de saúde (9); **4**) artigos teóricos de apoio eventual à pesquisa (9).

A análise final dos resultados, a partir da leitura integral das publicações, foi orientada pelos critérios de inclusão e exclusão (anteriormente definidos na metodologia) e pela verificação dos seguintes aspectos: 1) textos de Freud e Lacan mais citados; 2) conceitos psicanalíticos mais citados; 3) linha de tempo de atuação dos psicanalistas; 4) contribuição para a pergunta norteadora desta pesquisa.

Diefenthaler, E. C. (2003). Violência e trauma psíquico como situação de risco em psicanálise. <i>Ver. Bras. Psicanál.</i> , 929-942.	200 3
Pinheiro, T., Verztman, J., Venturini, C., Viana, D., Canosa, L., & Caravelli, S. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. <i>Psicologia clínica</i> , 18, 193-204.	200 6
Pisetta, Maria Angélica Augusto de Mello. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. <i>Bol. 61sicol.</i> , Dez 2008, vol.58, no.129, p.171-183. ISSN 0006-5943	200 8
Vieira, Marcus André. Pânico no ônibus. <i>Ver. Estud. Lacan.</i> , 2008, vol.1, no.1, p.1-22. ISSN 1983-0769	200 8
Cardoso, Marta Rezende and Paraboni, Patrícia Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica?. <i>Ver. Mal-Estar Subj.</i> , Dez 2010, vol.10, no.4, p.1203-1220. ISSN 1518-6148	201 0
Franco Ferrari, Ilka. Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica. <i>Psicol. Ver. (Belo Horizonte)</i> , Abr 2010, vol.16, no.3, p.517-536. ISSN 1677-1168.	201 0
Riolfi, Claudia Rosa. Corpo e responsabilidade: efeitos da psicanálise sobre portadores de doenças degenerativas. <i>Ver. Mal-Estar Subj.</i> , Mar 2011, vol.11, no.1, p.241-265. ISSN 1518-6148	201 1
Miceli, Ana Valéria Paranhos and Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra Câncer infanto-juvenil: o trauma dos irmãos. <i>Tempo psicanal.</i> , Jun 2012, vol.44, no.1, p.11-26. ISSN 0101-4838	201 2
Rodrigues, Janderson Andrade, Dassoler, Volnei Antônio and Cherer, Evandro de Quadros A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. <i>Mental</i> , Jun 2012, vol.10, no.18, p.69-88. ISSN 1679-4427.	201 2
Batista, Glauco and Rocha, Guilherme Massara. A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. <i>Ver. SBPH</i> , Dez 2013, vol.16, no.2, p.25-41. ISSN 1516-0858	201 3
Barros, Renata Reis and Moschen, Simone Zanon Implicações éticas perante a angústia e a urgência. <i>Cad. Psicanal.</i> , Jun 2014, vol.36, no.30, p.149-169. ISSN 1413-6295	201 4
Pinho, Miriam Ximenes. Na vertigem da dor: o luto na zona entre os vivos e os mortos. <i>Stylus (Rio J.)</i> , Jun 2014, no.28, p.117-129. ISSN 1676-157X	201 4
Cremasco, M. V. F., Schinemann, D., & Pimenta, S. D. O. (2015). Mães que perderam filhos: uma leitura psicanalítica do filme <i>Rabbit Hole</i> . <i>Psicologia: Ciência e profissão</i> , 35, 54-68.	201 5
Castilho, Glória and Bastos, Angélica Sobre a velhice e lutos difíceis: “eu não faço falta”. <i>Psicol. Ver. (Belo Horizonte)</i> , Jan 2015, vol.21, no.1, p.1-14. ISSN 1677-1168	201 5
Canavêz, F. (2015). O trauma em tempos de vítimas. <i>Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica</i> , 18, 39-50.	201 5

Ratti, F. C., & Estevão, I. R. (2016). Violência, acidente e trauma: A clínica psicanalítica frente ao real da urgência e da emergência. <i>Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica</i> , 19, 605-636.	201 6
Aguiar, Helena Carneiro and Zornig, Sílvia Luto fetal: a interrupção de uma promessa. <i>Estilos clin.</i> , Ago 2016, vol.21, no.2, p.264-281. ISSN 1415-7128	201 6
Calazans, Roberto and Azevedo, Elaine C. “Não há tempo... A perder”: questões sobre a atuação do Psicanalista no hospital geral. <i>Vínculo</i> , Jun 2016, vol.13, no.1, p.56-64. ISSN 1806-2490	201 6
Costa, Alice Moreira da, Pacheco, Maria Luiza Leal and Perrone, Cláudia Maria Intervenções na emergência: a escuta psicanalítica pós-desastre da Boate Kiss. <i>Ver. Subj.</i> , Abr 2016, vol.16, no.1, p.155-165. ISSN 2359-0769	201 6
Kegler, Paula and Macedo, Mônica Medeiros Kother Catástrofes e atuação militar: a subjetividade e a realidade traumática. <i>Estud. Pesqui. 62sicol.</i> , Set 2016, vol.16, no.3, p.953-971. ISSN 1808-4281	201 6
Kupermann, Daniel. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. <i>Ver. SBPH</i> , Jun 2016, vol.19, no.1, p.6-20. ISSN 1516-0858	201 6
Pinho, Miriam Ximenes. “A morte da amada”: do luto romântico ou da morte como bom encontro. <i>Stylus (Rio J.)</i> , Jun 2016, no.32, p.53-64. ISSN 1676-157X	201 6
Ribas, Renata Freitas, Tomasi, Laura de Oliveira and Macedo, Mônica Medeiros Kother Dimensões do excesso e de realidade: reflexões com base em uma experiência de escuta. <i>Psicol. Ver. (Belo Horizonte)</i> , Ago 2016, vol.22, no.2, p.428-446. ISSN 1677-1168	201 6
Pereira, Luana Flores and Winograd, Monah Trauma e narrativa: o impacto da leucemia na infância. <i>Cad. Psicanal.</i> , Jun 2017, vol.39, no.36, p.175-198. ISSN 1413-6295	201 7
Soares, J. B. S., & Rodrigues, P. M. (2019). A exigência psíquica dos rituais de despedida diante da morte em uma UTI da COVID-19 (Sars-CoV-2). <i>aSEPHallus</i> , 103-117.	201 9
Barboza, Edcarla Melissa Oliveira et al. Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. <i>Ver. Subj.</i> , Dez 2019, vol.19, no.3, p.1-11. ISSN 2359-0769.	201 9
Abreu, D. N., Neto, F. K., Calzavara, M. G. P., Laureano, P. S., Calazans, R., & Chaves, W. C. (2020). Freud um século depois: trauma, pandemia e urgência subjetiva. <i>Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana</i> , 15(29), 71-91.	201 9
Martins, K. P. H., & Rabêlo, F. C. (2020). A escrita da história e do luto nas catástrofes coletivas. <i>Estudos Interdisciplinares em Psicologia</i> , 11(3supl), 28-44.	202 0
Bianco, A. C. L., & Costa-Moura, F. (2020). Covid-19: Luto, morte e a sustentação do laço social. <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i> , 40, e244103.	202 0
Pereirinha, F. (2019). Emergência e tratamentos do real. <i>aSEPHallus</i> , 39-46.	202 0
Kallas, Marília Brandão Lemos de Moraes. Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. <i>Reverso</i> , Dez 2020, vol.42, no.80, p.55-62. ISSN 0102-7395	202 0
López, Anna Lucia Leão. Os efeitos da pandemia na instituição e na clínica psicanalítica: trabalhando on-line. <i>Estud. Psicanal.</i> , Dez 2020, no.54, p.25-30. ISSN 0100-3437	202 0
Romera, Maria Lúcia Castilho. Alma em lama... movente: psicanálise em inconfidências discursivas. <i>Ide (São Paulo)</i> , Jun 2020, vol.42, no.69, p.151-158. ISSN 0101-3106	202 0
Silva, Jéssica Fernandes da and Bleicher, Taís Trauma na epidemia brasileira de covid-19: contribuições a partir de Lacan, Ferenczi e Kai Erikson. <i>Ver. Bras. Psicanál.</i> , Set 2020, vol.54, no.3, p.95-106. ISSN 0486-641X	202 0
Oliveira, Karla Carolina de Sousa and Castanho, Pablo Sobre a potência do grupo para lidar com crises: Fotoexpressão como possibilidade contenedora de transbordamentos violentos em uma enfermaria de saúde mental. <i>Cad. Psicanal.</i> , Jun 2021, vol.43, no.44, p.129-141. ISSN 1413-629	202 1
Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um serviço de pronto atendimento (Souza, Beatriz da Silva; Pio, Danielle Abdel Massih; Oliveira, Gabriela Teixeira Ribeiro de; Psicol. Ciênc. Prof. ;41:e221805, 2021. Tab.)	202 1
Rangel, Camila Butinholti and Loures, José Maurício Por uma erótica do fim: luto no	202

contexto da pandemia de COVID-19. Trivium, Dez 2021, vol.13, no.2, p.49-61. ISSN 2176-4891	1
Stein, Júlia Schommer and Moreira, Mariana Calesso Perspectivas do cônjuge sobre a doença oncológica do(a) parceiro(a): do trauma à possibilidade de resignificação. Pensando fam., Dez 2021, vol.25, no.2, p.48-64. ISSN 1679-494X	202 1

Tabela 10 – Referências dos textos selecionados para análise final

Até o momento, a análise final foi realizada com 19 publicações. Em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão, 7 artigos foram desconsiderados, pois não abordavam especificamente a atuação de psicanalistas em situações de emergência e sobrevivência.

Dentro os 19 artigos avaliados, apenas 7 artigos continham relatos de experiência: 1 referente ao desastre do incêndio da Boate Kiss, em 2013 (COSTA, PACHECO, PERRONE, 2016) e 6 referentes à pandemia de COVID-19, nos anos de 2020 e 2021, restringindo a abrangência do mapeamento de uma linha de tempo de atuação. Destes, apenas 3 artigos se aprofundaram no tema da atuação dos psicanalistas; os demais artigos se ancoraram na teoria para discorrer acerca do trabalho que o analista pode realizar nos contextos de emergência e sobrevivência. Isto é, a maioria dos artigos se deteve no que pode ser feito a partir do lugar que o analista ocupa, e não em relatos que apresentem as formas como as intervenções foram realizadas.

A partir desta pesquisa tivemos acesso aos principais textos, termos e conceitos citados pelos autores relacionados à temática da psicanálise em emergências e desastres, apresentados em lista na íntegra a seguir. A próxima etapa metodológica da tese cuidou de selecionar os textos psicanalíticos para a construção do capítulo que conta a história da psicanálise em emergências e desastres. Na impossibilidade de leitura rigorosa de todos os textos citados, optamos pelos textos freudianos e lacanianos mais citados, atentos ao período de publicação e suas intersecções teóricas e clínicas com a temática da tese, bem como aos termos e conceitos que também foram frequentemente citados nos artigos da pesquisa PUB.

Freud, S. (1987). Luto e melancolia (1917). FREUD, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Tradução de Jayme Salomão, 2, 243-263.	4
Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. Vol. XVIII. Rio de Janeiro.	4
Freud, S. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18, 89-179.	4
Freud, S. Inibição, sintoma e angústia. Obras completas, 17, 1926-1929.	4
Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos: 1914-1916. In Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos: 1914-1916 (pp. 309-309).	3
Freud, S. (1919). O estranho. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17, 273-314.	3

Freud, S. (1915). Reflexões para os tempos de guerra e morte. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 14, 327.	2
Freud, S. (2010). A transitoriedade (1916). Obras completas, 14.	2
Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização. S. Freud. O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos, 13-123.	2
Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. ESB, v. XXIII.	2
Freud, S. (1980). Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893), Volume I, pag. 177, ESB.	1
Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3, 37-47.	1
Freud, S. (1896). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 183-211.	1
Freud, S. (1996). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia (1895). Obras Completas, 115-132.	1
Freud, S. (1895). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada ‘neurose de angústia’. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 3.	1
Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos (1900). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 4, 39-263.	1
Freud, S. (1890). 1905) Tratamento psíquico (ou anímico). Obras completas.	1
Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (pp. 164-187).	1
Freud, S. (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (Obras completas, tomo XIV).	1
Freud, S. (1969). Nossa atitude para com a morte (1914). Obras completas de Sigmund Freud: A História do movimento psicanalítico artigos sobre metapsicologia e outros artigos. Trad. Themira de Oliveira, 14, 1914-1916.	1
Freud, S. Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte (1915). Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos. Sigmund Freud, 99-135.	1
Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión, Sigmund Freud Obras Completas.	1
Freud, S. (2010). Uma dificuldade da psicanálise. Obras completas, 14, 1917-1920.	1
Freud, S. Conferência XVIII: A fixação no trauma, O inconsciente, 1917. Sigmund Freud, 364-381.	1
Freud, S. (1996). Introdução a psicanálise das neuroses de guerra (1919). Freud, S. História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”), 1917-1920.	1
Freud, S. (1927). Fetichismo (Vol. 10, pp. 491-502). OSF.	1
Freud, S. (1933). Por que a guerra? (Einstein e Freud). Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 22, 234-259.	1
Freud, S. (1939). Moisés e o monoteísmo: esboço de psicanálise e outros trabalhos. In Moisés e o monoteísmo: esboço de psicanálise e outros trabalhos (pp. 362-362).	1
Freud, S. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (p. 351).	1
Freud, S. (1936). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (pp. 337-337).	1
Freud, S. (1900). A interpretação dos sonhos. Sonhos sobre a morte de pessoas queridas, Vol. IV. Obras Completas, Edição Eletrônica Brasileira.	1
Freud, S. (2012). Freud (1912-1914) - Obras completas volume 11: Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (Vol. 11). Editora Companhia das Letras.	1

Tabela 11 - Lista de textos freudianos citados nestes artigos

Lacan, J. (1964). O Seminário Livro 11–Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise Rio de Janeiro: Jorge Zahar. <i>Trabalho original publicado em.</i>	6
Lacan, J. (1992). O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969.	3
Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma (1945). <i>Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 69-86.</i>	2
Lacan, J., & Miller, J. A. (1986). Livro 1: Os escritos técnicos de Freud 1953-1954. In <i>Livro 1: Os escritos técnicos de Freud 1953-1954</i> (pp. 336-336).	2
Lacan, J. (1995). O seminário, livro VIII: A transferência (1960-1961) (DD Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1991).	2
Lacan, J. (2005). O seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1963.	2
Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder in <i>Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.</i>	1
Função, L. J. (1998). campo da fala e da linguagem em psicanálise. <i>Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 238-324.</i>	1
Lacan, J. (1985). O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (MC Lasnik, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1954-1955).	1
Lacan, J. (1995). O seminário. Livro IV. As relações de objeto. Trad. Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 203-274.	1
Lacan, J. (2016). O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação. J. Zahar. (Trabalho original publicado em 1958/1959).	1
Lacan, J. (1959). 1960/1991) O seminário livro 7, A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.	1
Lacan, J. (2003). O seminário, livro 9: a identificação. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Seminário proferido em 1961-62).	1
Lacan, J. (2017). O seminário, livro 22: RSI 1974-75. <i>Seminário inédito.</i>	1
Lacan, J. (1955). 1956/1985) O Seminário livro 3, As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.	1
Lacan, J. (1998). Intervenção sobre a transferência. <i>Escritos. Rio de Janeiro: Jorge.</i>	1
Lacan, J. (1975). O seminário livro XXIII. O Sinthoma, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.	1
Lacan, J. (2009). Séminaire XXIV, L'insu-que-sait de l'une bévue s' aille à mourre {O Seminário, livro 24: O insucesso do inconsciente é o amor}. Recuperado de http://gaogoa.free.fr/Seminaires_HTML/24-INSU/INSU16111976.htm . Acesso em, 1(9), 2016.	1

Tabela 12 - Lista de textos lacanianos citados nestes artigos

Diante do cenário apresentado acima, concluímos que esta temática ainda é muito pouco explorada pela comunidade científica, fato que se evidencia pela baixa quantidade de resultados encontrados nas bases de dados. Os resultados por descritor corroboram essa insuficiência ao mostrarem uma predominância relevante na quantidade de conteúdos relacionados a termos apropriados pela gramática psicanalítica (“trauma”, “melancolia”, “angústia”, “luto”), em comparação a descritores como “emergência” e “sobrevivência”. Além disso, a análise final dos conteúdos selecionados escancara tal escassez, dado o fato de as publicações abordarem muito superficialmente a questão da atuação desses profissionais nesses contextos.

Angústia; angústia; angústia; angústia; angústia (muito citado); angústia do real	6
real; real; real; real; real; real (muito citado); real (muito citado); real (não aparece como conceito central)	6
trauma; trauma; trauma; trauma; trauma; trauma (não aparece como conceito central)	6
urgência subjetiva; urgência subjetiva; urgência subjetiva; urgência subjetiva; urgência subjetiva (muito citado); urgência subjetiva (muito citado)	6
luto; luto; luto; luto; luto	5
melancolia; melancolia; melancolia	3
objeto a; objeto a; objeto a (não aparece como conceito central)	3
ato; ato analítico	2
desamparo; desamparo	2
desmentido; desmentido	2
gozo; gozo (não aparece como conceito central)	2
Outro; Outro (não aparece como conceito central)	2
transferência; transferência (muito citado)	2
associação livre (não aparece como conceito central)	1
cadeia significante (não aparece como conceito central)	1
compulsão a repetição	1
demanda	1
estranho	1
falta	1
identificação narcísica	1
inconsciente (não parece como conceito central)	1
introjeção	1
laço social	1
neurose de angústia	1
presença do analista	1
pulsão	1
retificação subjetiva	1
saber-fazer (não aparece como conceito central)	1
secretariado	1
semblante de objeto a	1
simbólico (não aparece como conceito central)	1
sonho	1
tempo	1
tempo lógico	1
testemunho	1
traumático	1
vergonha	1

Tabela 13- Lista de termos e conceitos mais citados

Artigos analisados: Costa, Pacheco, Perrone, 2016, Kallas, 2020; Soares e Rodrigues, 2020; Martins e Rabelo, 2020; Lo Bianco e Costa-Moura, 2020; Silva e Bleicher (2020); Rangel e Loures (2021).

Ainda que tenham sido encontradas poucas publicações especificamente sobre a atuação de psicanalistas em emergências e desastres, organizamos as experiências compartilhadas e extraídas dos artigos resultantes da pesquisa em eixos de atuação do

psicanalista na emergência e no desastre que serão explorados no capítulo 6, configurando um ensaio sobre o método de trabalho psicanalítico neste cenário.

As publicações encontradas sobre psicanálise em emergências e desastres são predominantemente teóricas, privilegiando a discussão sobre a noção de trauma, real, angústia e urgência subjetiva. Embora tenhamos uma variedade de textos freudianos citados pelos autores dos artigos avaliados na pesquisa, notamos que a produção psicanalítica do período entre guerras é mais frequentemente evocada. Entretanto, é necessário um esforço explicativo que evidencie a clínica psicanalítica em emergências e desastres presente na produção teórica deste período, o que desenvolveremos no capítulo a seguir.

5. Fundamentos da clínica psicanalítica das/em emergências e desastres

Não por acaso trauma, angústia e luto comparecem com tanta prevalência na literatura psicanalítica sobre emergências e desastres, uma vez que são conceitos e noções cuja origem e/ou reformulações cruciais são justamente contemporâneos a um dos maiores desastres da história mundial. Apresentaremos brevemente algumas das consequências desse desastre na teoria psicanalítica, evidenciando tais pontos como fundamentos metapsicológicos para a clínica em emergências e desastres, e seguiremos para a discussão que é central nesta tese, buscando apresentar aquilo que recolhemos sobre a prática clínica propriamente dita, seus desafios e construções, bem como o efeito produzido na psicanálise pela sua inserção no campo social provocado pela guerra à psicanálise.

Nesta altura, estamos convictos de que não faz sentido interrogar se é possível a psicanálise em emergências e desastres, pois ela acontece desde seu princípio e incide na teoria e na clínica psicanalítica de modo inquestionável. Contudo, os dados disponíveis sobre a atuação de psicanalistas aparecem de modo muito escasso nas bases utilizadas para o desenvolvimento acadêmico, dificultando o acesso a relatos de experiência clínica e intervenções realizadas. Outrossim, encontramos algumas publicações que serão mencionadas dada sua relevância para a discussão da tese, embora não tenham sido encontradas pela metodologia de revisão sistemática indicada e reconhecida no meio acadêmico e científico.

5.1 A Psicanálise na Primeira Guerra Mundial: desastre sem precedentes

Em “A psicanálise, o novo coronavírus e as urgências”, Souza (2020) realiza uma revisão sobre o estado da arte da clínica psicanalítica das emergências, resgatando que sua base está na leitura que Freud dispara a partir da experiência de escuta de soldados egressos da Primeira Guerra, caracterizada como um desastre sem precedentes que ocasionou perdas humanas incalculáveis, entre os anos 1914 e 1918.

Foi em uma Europa devastada pela força bélica que Freud “vivenciou a guerra com intensa apreensão e desilusão” (IANNINI, 2021, p. 92), porém, manteve sua atividade clínica em consultório – ainda que em decadência por efeito das consequências sociais – e, sobretudo, uma intensa e abundante produção escrita que resultou em textos psicanalíticos brilhantes e cruciais, correspondências e ensaios sobre os fenômenos da guerra.

Segundo Nunes (2020), Freud não teria previsto o advento da Primeira Guerra, mesmo com os indícios que se apresentavam com o furor nacionalista da época, mas

percebeu, desde os primeiros meses do conflito, que ele seria longo e revelador dos aspectos mais sombrios da humanidade. Alguns acontecimentos no interior do movimento psicanalítico dão notícias dos atravessamentos que o contexto histórico imporia, tais como membros sucessivamente recrutados para as frentes de batalha¹⁹:

Em 1915, entre eles, Max Eitingon é o primeiro a servir, em Praga, como cirurgião. Karl Abraham, num grande hospital na Prússia oriental. Otto Rank é enviado a Cracóvia para a artilharia pesada e Sándor Ferenczi, incorporado como médico-major nos hussardos húngaros e, depois, em Budapeste, como psiquiatra num hospital militar. (NUNES, 2020, p. 52).

A eclosão da Primeira Grande Guerra e seus notáveis efeitos nos sujeitos fez com que Freud começasse a plantar modificações fundamentais na teoria e na clínica psicanalíticas, evidenciando a psicanálise como um saber capacitado a analisar fenômenos da sociedade e da cultura a partir das dinâmicas inconscientes que os determinam (GLEICH, 2019).

Martins e Rabelo (2020) também deixam claro o quanto a construção da metapsicologia psicanalítica foi “marcada por duas catástrofes coletivas, representadas por duas guerras mundiais, entremeada por uma crise econômica de proporção global e a última grande pandemia, a gripe espanhola” (p. 33), adiantando que as consequências se estendem ao período entre guerras.

5.2 Movimentações na metapsicologia psicanalítica: pulsão, trauma, sintoma

Motivado a organizar sua Metapsicologia, Freud escreveu três textos de modo imediato já no início da Grande Guerra: sobre as pulsões, sobre o inconsciente e sobre o recalque. É a partir desse momento que o conceito de pulsão adquire na teoria psicanalítica um lugar privilegiado, “tão ou mais fundamental do que o próprio conceito de inconsciente” (IANNINI, 2021, p. 96), e o autor esclarece que isso se deve a uma anterioridade lógica e topográfica da pulsão em relação ao aparelho psíquico, aqui marcando a pulsão como elemento de ligação entre corpo e psique.

A Metapsicologia freudiana, escrita principalmente nessa época, esclarece *Os instintos e seus destinos* de 1915, (2010a), agora descritos de acordo com os elementos que compõem a pulsão: fonte, meta e objetos. Nessa concepção da pulsão, o aparelho psíquico não teria como escapar dos estímulos sexuais. A pulsão apresentaria diversas fontes e eventuais fixações, metas sempre múltiplas e de caráter parcial, e objetos variáveis; sendo,

¹⁹ Winnicott também foi recrutado e serviu como cirurgião (FREUD *et al.*, 2023).

enfim, “apenas a história contingente da vida de um sujeito, seus encontros e desencontros, é capaz de determinar os destinos da satisfação pulsional” (IANNINI, 2021, p. 120).

A teoria dos traumas da civilização era inicialmente circunscrita pela contingência, isto é, a observação dos efeitos dos grandes acidentes ferroviários, assim como da primeira guerra mundial mecanizada, em 1914, teria despertado o interesse de Freud e Charcot acerca da noção de neurose de terror ou neurose de guerra (SOLER, 2021).

O conceito de pulsão, tomado nesse lugar de centralidade na teoria psicanalítica, resulta na compreensão da impossibilidade de que a vida pulsional da sexualidade humana seja domada plenamente, fazendo-nos concluir que há sempre um resto. Por sua vez, essa constatação, atrelada às investigações oriundas da escuta clínica da época – tanto de civis, quanto de soldados –, marca um novo momento da teoria do trauma, gerando uma revisão definitiva da compreensão da conflitiva psíquica.

Freud (2010c), no texto *Considerações sobre a guerra e a morte*, de 1915, escreve no tempo do acontecimento-guerra, situado na inconsistência das informações acessíveis aos civis e suas repercussões na insegurança quanto ao futuro. De modo direto, descreve a dificuldade de compreender e julgar os acontecimentos que estão em curso. É enfático em sua hipótese de que a guerra era um acontecimento de radical destruição e consequências materiais e simbólicas, inclusive incidindo sobre a ciência.

No curso de sua investigação sobre as consequências psíquicas da guerra, Freud questionou o futuro da imparcialidade da ciência, impactada pela devastação psíquica decorrente do conflito bélico, que colocava cidadãos e pesquisadores confrontados com a desilusão e a ingerência de seus afetos, com o risco de que a camada de censura ancorada no pacto civilizatório em períodos de paz fosse desmontada e trouxesse à superfície o horror do homem primitivo presente em cada indivíduo. Por outro lado, esse efeito de desnudamento deu acesso a dimensões psíquicas antes inacessíveis em função da censura (IANNINI, 2021).

Ainda nesse texto, Freud fala sobre como esse acontecimento afetava a capacidade de compreensão e realização da comunidade e se dedicou a investigar os fatores responsáveis pela miséria psíquica dos não combatentes – o que chamou também de desilusão e de uma atitude diferente ante a morte. Já nessas *Considerações sobre a guerra e a morte*, Freud (2010c), aponta para os efeitos da destruição dos laços comunitários entre os povos e as incidências no processo de restabelecimento e reconstrução.

Freud insere a concepção de que a morte, de si ou do outro, encontra obstáculos para ser representada no psiquismo, provocando uma evitação cultural-convencional que silencia o dizer sobre a morte. “Esta tendência em excluir a morte dos cálculos da vida traz consigo

muitas outras renúncias e exclusões” (p. 232), pois ela inevitavelmente se apresenta. E no caso da morte de alguém investido de amor, desde o homem primevo essa ocorrência tem efeitos de colapso, pois evidencia a própria mortalidade: “cada um desses amores era um pedaço de seu próprio amado Eu” (p. 236).

Anuncia, então, o que retoma posteriormente no texto *Além do Princípio do Prazer* (1920): a suspensão da recriminação e da repressão dos atos de crueldade, consequência da perplexidade do cidadão em relação a seu próprio mundo, que “se tornou estrangeiro, sua grande pátria tendo desmoronado, o patrimônio comum tendo sido devastado, os concidadãos divididos e envilecidos” (FREUD, 2010i, p. 217).

Em *A transitoriedade* (1916), aparece uma face mais otimista de Freud (2010d), que realiza uma reflexão sobre o efeito que a transitoriedade pode ter sobre a experiência, afirmando que traria a noção de raridade, redimensionando a experiência subjetiva dos acontecimentos. Aqui também aparece, de modo indireto, a proposição sobre a implicação subjetiva na leitura do acontecimento. Freud inclui a dimensão da transitoriedade como uma das consequências da contingência – a saber, a própria guerra – e a constatação da finitude conforme experienciada naquele contexto. A noção de transitoriedade faz contraponto à fatalidade do traumático ligado à contingência, ampliando as possibilidades de inscrição do acontecimento; possibilidades que têm como elemento fundamental o sujeito e suas marcas fundamentais, em articulação a seu lugar no laço social.

Na publicação integral dos textos apresentados no Congresso de Budapeste (1918), Freud *et al.* (2023) elucida como certos movimentos conceituais foram mobilizados pelas reflexões acerca da clínica dos neuróticos de guerra. Embora predominantemente teóricos, alguns textos apresentados no congresso ajudam a compreender os tratamentos realizados por psicanalistas naquela época; tratamentos que incidiam em suas discussões teóricas (CARVALHO, 2023).

Os soldados afetados pelo conflito eram tratados pela maioria dos neurologistas e psiquiatras com repetidas e dolorosas sessões de eletroterapia, estratégias de punição da suposta covardia ou simulação que apresentavam. O tratamento psicanalítico oferecido pelos psiquiatras freudianos alistados nas frentes de batalha estava em oposição aos métodos de punição e se apresentava como alternativa à violência de métodos cruéis e não eficazes aplicados em grande escala nesses hospitais e centros de tratamento.

O tratamento das neuroses traumáticas torna-se questão central para o movimento psicanalítico, que obtém sucessos terapêuticos nada negligenciáveis nos tratamentos das neuroses chamadas, então, “neuroses de guerra”.

O texto *Conferências Introdutórias*, de 1917, no subitem “fixação do trauma” (FREUD, 2010j), marca o retorno de Freud ao conceito de trauma, e reafirma sua natureza sexual, com ênfase na fixação. A reformulação sobre o trauma incide na compreensão da sequência lógica da formação do sintoma, índice da neurose. De acordo com Soler (2021), como efeito dessas reformulações, a série que condiciona o sintoma passaria a ser compreendida em três tempos: “primeiro tempo: a lembrança traumática, que inclui a fixação pulsional e que, enquanto típica, é rastro do passado; tempo dois: recalque, desaparecimento da representação; tempo três: retorno do recalado no sintoma” (p. 55).

Em sua escuta sobre as saídas que os sujeitos davam ao impacto do acontecimento, Freud se interessou pela fixação e pela repetição, presentes no traumático. Orientado pelas elaborações acerca da pulsão, constatou que a busca pela satisfação se dava, ainda que para isso houvesse sofrimento. O paradoxo da pulsão, contido na compulsão à repetição, tornou necessário incluir na dimensão da pulsão aquilo que compreende a função da pulsão de morte: inicialmente, a ideia de uma tendência inercial de conservação do vivente.

Em *Além do princípio do prazer* (1920), Freud (2010j) se dedica cuidadosamente à observação dos sonhos compulsoriamente repetitivos dos soldados que viveram o terror nas trincheiras, notando que estariam relacionados ao impacto do acontecimento vivido. Essa observação foi determinante na reformulação da teoria do trauma, no que tange à compreensão da satisfação pulsional, base para a formulação sobre a pulsão de morte. É também nesse ensaio que as neuroses traumáticas passam a ser estudadas lado a lado com as neuroses de guerra.

Freud formula a noção em termos puramente econômicos, amplamente conhecida pelos estudiosos do trauma, e chega a uma definição em termos de quantidade de excitação impossível de domar, de dominar. Essa quantidade de excitação que não é possível conter estaria relacionada à impossibilidade de representar, nomear, colocar em palavra e, também, relacionada àquilo que resulta na compulsão à repetição, que entra em ação quando não se pode conter a excitação excessiva.

A introdução da dimensão pulsional do trauma amplia a compreensão para além do paradigma econômico. A problemática não se situa apenas em termos de quantidade/ excesso libidinal, mas convoca a dimensão pulsional, isto é, o id atravessa o processo de diferenciação exigindo trabalho psíquico de captura da pulsão, enfatizando a potencialidade traumática na raiz da pulsão, como uma “zona de não-representação”. Há um trabalho necessário no nível da representação, mecanismos psíquicos com capacidade mnêmica que

estratificam a percepção em direção à representação da palavra em si, por sua vez, dentro de uma temporalidade psíquica (IANNINI, 2021).

Freud postula, portanto, que o recordado não coincide com o acontecimento em si, passando por um trabalho de transformação psíquica e retranscrição. Há um efeito de tempo no decorrer do qual os eventos traumáticos sofrem um rearranjo e adquirem significação para o sujeito, através de um processo de reconstrução. Essa reinserção do trauma sob a perspectiva do redimensionamento dos afetos em sua origem e dinâmica psíquica demorou para ser assimilada e reverberar no fazer clínico (CARVALHO, 2023).

Soler (2021) realiza uma retomada desse momento da teoria do trauma fazendo uma torção em relação à noção de acontecimento enquanto imaginário, situando tanto a origem do trauma, quanto o acontecimento que se liga a ele em uma segunda cena, no registro do Real. Para a autora (2021), Freud (2010g) faria essa conjunção entre o que não depende da história e é, portanto, constitutivo do trauma (trauma-processo) e aquilo que estaria situado no campo da contingência ou da conjuntura, e dessa conjunção resultaria o traumático (trauma-acontecimento).

A contingência readquire importância nesse momento da teoria, e o acontecimento é reinserido na equação do trauma. Entretanto, temos aqui a clara noção de *a posteriori*. Apenas em uma segunda cena, que se liga retroativamente à primeira cena – antes inacessível, porém fundamental na formação do trauma –, que o traumático se apresenta como tal Carvalho (2023, p. 21) propõe que “para pensarmos a equação do trauma, passa a ser necessário contar até três, e como que de trás para frente: o tempo posterior (1), que instaura retroativamente o evento como traumático (2) e o período de incubação (3).”

A teoria vai demonstrando como a devastação do território afeta a possibilidade de representação do desastre, na medida em que altera as coordenadas discursivas que amparam a possibilidade de registro e memória do acontecimento no laço social. A partir da guerra mundial, fica claro o modo como o apagamento do patrimônio histórico e cultural incide na maneira como uma população se situa simbolicamente em relação aos acontecimentos que marcam sua história, desde então convocando as intervenções articuladas às inscrições do acontecimento na memória cultural como condição para o tratamento em nível subjetivo.

Importante frisar e esclarecer que, desde Freud, temos a premissa de que o acontecimento não gera necessariamente o traumático – fato comumente apresentado de modo equivocado nos referenciais não psicanalíticos e que, justamente, convocou os psicanalistas ao trabalho para compreender o que participava da formação traumática e, eventualmente, sintomática do acontecimento no sujeito. Fica estabelecido, portanto, em

consonância com os referenciais internacionais de atenção psicossocial e saúde mental, que nem todos que vivenciam a emergência e/ou desastre adoeçam em decorrência deles, sendo fundamental e imprescindível que também a psicanálise se dedique ao cuidado – em nível histórico, cultural e comunitário – das incidências do acontecimento, para além e, necessariamente, quando se dispõe à escuta do sujeito no laço social.

Em *Inibição, sintoma e angústia* (1926), Freud (2010k) dá continuidade à discussão sobre a etiologia das neuroses e dos sintomas reafirmando a hipótese traumática. A tese freudiana definitiva: toda neurose tem origem traumática. Nesse texto, crucial, ele inverte sua própria teoria da angústia, agora como causa do recalque, e estabelecendo uma série completa: trauma, angústia como consequência (afeto do sujeito como consequência do trauma) – recalque, sintoma (SOLER, 2021).

Aqui demarcamos um parêntese para justificar a retomada desses textos e sua relação com a questão da tese. Observamos que as mudanças conceituais e teóricas provocadas pelas observações clínicas nos períodos citados retornam com incidências na própria clínica. O conceito de trauma vai sofrendo reformulações e sendo acrescido de noções que incidem sobre a compreensão da constituição subjetiva, e desemboca na articulação lacaniana de S barrado e A barrado, a direção do tratamento sofre consequências. De modo que fica evidente que a metapsicologia do sofrimento psíquico é fundamental para o fazer clínico.

Entretanto, o foco desta tese não está na compreensão propriamente dita do sofrimento possivelmente provocado pelas emergências e desastres – aqui compreendidas como potencialmente traumáticas –, mas em investigar como o psicanalista atua nessa cena. Portanto, não seguiremos na discussão sobre a neurose, o traumático e a formação sintomática, embora advertidos de que não se dissocia a clínica de sua metapsicologia.

Essa escolha se dá também porque, como vimos, a maioria das publicações se ocupa dessa discussão teórica, havendo muitos trabalhos de excelente qualidade²⁰ para esta parte da formação. Há o acontecimento, e a maneira como a psicanálise o toma tem a ver com o traumático e a urgência subjetiva. O tratamento psicanalítico propõe um trabalho que localize a posição do sujeito naquilo que ele faz com esse pedaço de Real que o encontra, o que retomaremos no capítulo sobre a direção do tratamento, na tônica da urgência subjetiva. Lo Bianco e Costa-Moura (2020) afirmam que

podemos sempre declinar o real que sobrevém do trauma que nos açoda e da repetição a que somos sujeitos como puro acontecimento, externo, exterior,

²⁰ Sugerimos os trabalhos de Sandra Berta (2015) e Colet Soler (2021) para uma revisão teórica rigorosa sobre os diferentes momentos da teoria do trauma em Freud e Lacan.

alteritário. No entanto, um sujeito irá trabalhar para, uma vez sendo tocado por este real, chegar a localizar sua própria posição neste acontecimento; ou, ao menos, no que é feito dele para si. (p. 7).

É, pois, sabendo que se trata de uma clínica que necessariamente estará às voltas com a discussão do traumático, principalmente no ponto que ele impõe de dificuldade de articulação simbólica, que passaremos a pensar na direção do tratamento. Essa escuta que supõe um sujeito e o busca é a contribuição da psicanálise ao campo das emergências e desastres.

5.3 Breve comentário sobre o Luto

Em *A transitoriedade* (1916) (2010g) estão presentes influências da guerra nas reflexões sobre a morte e suas consequências para a formulação da noção freudiana de luto. Freud (2010g) demonstra como a psique se comporta frente à constatação da transitoriedade, apontando dois caminhos: o “doloroso cansaço do mundo” ou a “rebelião contra o fato constatado”; em ambos, Freud define que “o gosto antecipado do luto” mobilizaria defesas (p. 249-250).

Apresenta de modo breve e direto aquilo que recupera posteriormente de modo mais detalhado em *Luto e Melancolia* (1917), (2010h) sobre a maneira como a libido se dirige primeiro ao Eu e depois aos objetos, que por sua vez são incorporados ao próprio Eu. Funcionamento que explicaria “o processo doloroso envolvido no desprendimento da libido em relação ao objeto perdido, que busca ligar-se ao que restou para proteger o aparelho psíquico” (FREUD, 2010h, p. 251).

Freud (2010h) conclui com o mesmo tom otimista do início do texto, resgatando na transitoriedade e em seu efeito de valorização daquilo que é transitório o fundamento do luto e, acrescentamos, da esperança: “Superado o luto, perceberemos que a nossa elevada estima dos bens culturais não sofreu descoberta da sua precariedade. Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme e de modo mais duradouro do que antes” (p. 252).

Além da Primeira Guerra, e relacionada a ela, tivemos em 1918 e 1919 a eclosão da Gripe espanhola, que adquiriu proporções mundiais, acentuando as consequências sociais e acrescentando outras formas de sofrimento, também ligadas à questão da morte. Esse acontecimento, uma emergência sanitária, provocou a morte de uma das filhas de Freud, Sophie, em 1920. É notória a influência desse acontecimento na escrita freudiana sobre o Luto e outros atravessamentos na teoria (MUCILLO, 2020).

Em *Anos Loucos: Histórias da psicanálise às margens dos anos 1920 – Seguido do Diário de Sophie Halberstadt-Freud*, Oliveira (2022) conta com delicadeza fragmentos da vida de Sophie, através do diário que ela escreveu sobre o desenvolvimento do filho, e traz enxertos de cartas do pai a ela nesse período. O biógrafo aponta que o texto *Além do princípio do prazer* (de 1920) estaria ligado às experiências de Freud com seu primeiro neto, à filha, e ao sofrimento pelas separações (FREUD, 2010j).

No livro *Cartas aos filhos* (FREUD, 2021b), também podemos ver os traços afetivos na escrita freudiana da época aos filhos e genros, marcada pelas preocupações com o cenário social. Em ambos, a história sobre o adoecimento e morte de Sophie é contada de maneira delicada, apontando o impacto da impossibilidade de Freud se despedir pessoalmente da filha e os contornos deixados por esse vazio em seu luto.

Embora a escrita do texto *Luto e Melancolia* (FREUD, 2010e) tenha sido iniciada antes da morte de Sophie, em 1917, biógrafos demonstram que o texto sofreu revisões posteriores a esse acontecimento. Tanto a guerra, quanto a pandemia da gripe espanhola tiveram efeitos na teoria freudiana do luto (OLIVEIRA, 2022).

5.4 A inserção da psicanálise no campo social: efeitos do acontecimento guerra

O horror dos campos de batalha resultou em uma epidemia de soldados com perdas funcionais expressas em distúrbios diversos: paralisias, cegueiras, bem como ansiedades, angústias, fobias e depressões severas. A psiquiatria foi à guerra e nela exerceu grande influência. Sob o argumento de ampliar a disposição dos recrutas para a guerra, “suas mentes e seus corpos foram tratados como objetos” (BRUNNER, 2023, p. 171).

Durante o período de guerra, em 1916, foi realizado o Congresso de Guerra da Associação Alemã de Psiquiatria e Neurologia, no qual a maioria dos 241 psiquiatras presentes participou de uma grande mudança na etiologia da histeria de guerra ao escolherem a abordagem psicogênica de Nonne como explicação para os fenômenos. Segundo Brunner (2023), essa decisão foi crucial para que a psiquiatria estivesse a serviço dos interesses do Estado em tornar os soldados aptos aos confrontos, contribuindo com técnicas de controle disciplinar, eles mesmos a serviço do exército, em uma missão em defesa da pátria.

Foi sob esse argumento e motivação que tratamentos como a eletroterapia foram desenvolvidos e aplicados: “ao misturar dor e medo, os psiquiatras buscavam encorajar os soldados a lutar e, se necessário, a morrer por sua pátria” (BRUNNER, 2023, p. 175).

Sobre essas abordagens, foi instaurado um processo contra o professor Julius von Wagner-Jauregg, principal representante da psiquiatria do Império Habsburgo. A ata da “Comissão de Inquérito sobre a Violação do Dever Militar” apresenta um parecer de Freud (1920) sobre a eletroterapia, procedimento utilizado pela psiquiatria durante o período de guerra. Na ata dessa reunião consta a afirmação de Wagner-Jauregg sobre a psicanálise “este tratamento demora um tempo que ninguém pode prever, por isso, esse método não é aplicável na guerra” (Freud, 1918, p. 167), ao que Freud responde, enfaticamente, que esse método foi aplicado em massa durante a guerra, sem, contudo, entrar em detalhes.

Em edição traduzida na íntegra diretamente do alemão para o português, e publicada apenas em maio de 2023, por Carvalho (2023), temos o consolidado do evento que ocorreu em 1918 logo após a Primeira Guerra Mundial, o V Congresso Internacional de Budapeste. O programa científico do Congresso teve duas partes, conforme organizado nesse livro, que recebeu o título: *Psicanálise das neuroses de guerra* (FREUD *et al.*, 2023). A primeira parte do evento foi dedicada ao tema das neuroses de guerra e contou com as palestras de Ferenczi, Abraham e Simmel. Freud apresentou na segunda parte uma conferência formal com o título de Caminhos da terapia psicanalítica (FREUD, 2010a) ou Linhas de progresso na terapia psicanalítica – a depender da tradução/edição utilizada.

O caráter coletivo dessa publicação evidencia o interesse comum de registrar o olhar psicanalítico sobre o esforço de guerra, visando a consolidação pública da psicanálise como teoria e tratamento, através da exposição da eficácia e utilidade pública da psicanálise.

De acordo com Nunes (2020, p. 52-53),

Em 1918, enquanto as privações acarretadas pela guerra ainda aumentavam, significativas ajudas financeiras e a realização do V Congresso Psicanalítico Internacional em Budapeste reanimam o estado de espírito de Freud. [...] Um livro de Simmel e relatos de trabalhos práticos feitos por Abraham, Eitingon e Ferenczi impressionaram os oficiais médicos dos altos escalões do exército presentes, o que propiciava grandes possibilidades para a abertura de clínicas psicanalíticas para tratamento das neuroses de guerra em centros diversos. [...] Freud evoca a criação desses centros psicanalíticos nos exércitos diante de uma assembleia composta de psicanalistas e médicos militares, bem como de representantes oficiais do governo.

Carvalho (2023) afirma que as considerações clínicas aparecem com ênfase apenas nos textos de Abraham e Simmel, de modo que, sem o conteúdo integral desse livro, ficamos sem o acesso a reflexões clínicas relevantes sobre o tema. De modo geral, a leitura da íntegra desses textos apresenta o referencial conceitual e as movimentações sobre as quais discorreremos brevemente no início deste capítulo.

Curioso constatar que, naquela ocasião, a ênfase dos trabalhos também era teórica. As publicações contemporâneas seguiram essa lógica e poucos trabalhos se dedicam a apresentar ou trabalhar a questão do tratamento.

A maioria dos leitores desse livro e especialmente aqueles preocupados com o tratamento das neuroses de guerra ficarão desapontados com o pouco que se diz ou sugere em relação ao tratamento dessas condições, pois, a não ser pelo artigo de Simmel, são dadas poucas informações sobre esse aspecto do tema. (CARVALHO, 2023, p. 126).

Uma resenha realizada em 1922, na edição inglesa do livro, expõe como Abraham, Ferenczi e Jones tratam principalmente da teoria psicanalítica das neuroses de guerra, enquanto Simmel aborda a questão do tratamento e “essencialmente um tratamento do qual se demanda resultados rápidos” (FREUD *et al.*, 2023, p. 125). Importante destacar que essa demanda por resultados rápidos, presente no trabalho de Simmel, pode equivocadamente ser demanda do trabalho no campo que circunscrevemos, mas não se trata disso. Intervir em um tempo cronológico “curto” não pode se confundir com a demanda por resultados rápidos, uma vez que não é esse o objetivo do tratamento, principalmente quando nos orientamos não pelos objetivos, mas por sua direção.

O método de tratamento das neuroses de guerra, apresentado por Simmel em seu texto, consistia em uma combinação de hipnose analítico-catártica com conversas analíticas durante o estado de vigília e interpretação de sonhos. O autor relata alívio de sintomas com a realização de duas a três sessões, resultados estes que não se sustentam por muito tempo e retornam com prognóstico mais reservado. O autor de uma resenha da edição de 1922 desse livro, identificado apenas por suas iniciais N.T., considera delicado incluir o trabalho de Simmel no espectro da psicanálise, pois, segundo ele, não era o caso.

Sobre seu trabalho em uma enfermaria para neuroses e doenças mentais, em 1916, Abraham conta

Permiti que os pacientes ab-reagissem em vigília e tentei, em uma espécie de psicanálise **simplificada**, tornar compreensíveis a eles a origem e a essência de seu sofrimento. Ao produzir nos pacientes uma sensação de ser compreendido, consegui um relaxamento extensivo e melhoria. (FREUD *et al.*, 2023 p. 181, grifo nosso).

Em sua participação no Congresso, sob o título de *Sobre os dois tipos de histeria de guerra*, Ferenczi (FREUD *et al.*, 2023) conta sua experiência como chefe do departamento de neurologia de um hospital onde estavam sob sua responsabilidade 200 casos. O autor deixa

claro que estava apenas há dois meses nesse cargo, e considera: “este número é muito alto, o tempo de observação muito curto; a psicanálise nos ensinou que não se pode esperar” (p. 131). Elege como recorte de sua apresentação o foco na inserção da psicanálise na neurologia moderna e sua contribuição para a discussão teórica das “neuroses traumáticas” observadas durante a guerra.

Freud (FREUD, 2010a), em sua comunicação no congresso (1918) intitulada *Caminhos da terapia psicanalítica*, elege o tom convocatório aos psicanalistas, o argumento do texto é voltado à implicação da psicanálise no campo social:

Propõe uma revisão dos procedimentos terapêuticos adotados pelos psicanalistas até ali, e aponta que, para além do foco na divulgação do saber psicanalítico, que os psicanalistas se deveriam engajar na reconstrução de uma civilização devastada e marcada pela catástrofe. (p. 383).

Sua convocação foi transformada em força material pela ação de alguns homens cuja inventividade e insistência marcam um pioneirismo que promoveu a psicanálise a um nível inédito na criação da Policlínica Psicanalítica de Berlim, inaugurada na primavera de 1920. Dada a extensão da catástrofe social do período pós-guerra, a capacidade do Instituto Psicanalítico de Berlim poderia ser considerada insignificante, porém foi crucial para inspirar que outras sociedades psicanalíticas instituíssem clínicas de tratamento, entre elas: Moscou, Frankfurt, New York, Trieste, Paris.

Danto (2019) ressalta a preocupação de Freud com o futuro da psicanálise e os efeitos extraordinários a partir de sua fala em Budapeste na inserção daquela geração de psicanalistas no campo social. Motivados pelo projeto de sobrevivência da psicanálise, psicanalistas participaram ativamente da construção de políticas públicas, inserindo-se de modo orgânico no campo social, na criação ou participação em dispositivos públicos. A autora destaca a inventividade dos psicanalistas da época na criação de dispositivos que possibilitassem a operação analítica, sem grandes entraves imaginários em suas proposições. Já ali, vemos as variantes do tratamento padrão em exercício pleno, pautado na ética da psicanálise.

Nunes (2020) conta que, em 1930, Simmel publica um livro relatando que a inserção da psicanálise no campo social se efetivou e era possível observar suas possibilidades de impacto, de incidência social. Tais possibilidades excedem amplamente o tratamento de um indivíduo que se libera de sua atitude irracional em relação à realidade – causada por seus complexos –, tornando-o novamente capaz de atividades normais e revelando, portanto, efeitos de saúde mental inclusive sobre seu entorno.

A publicação deste livro causou grande impressão, se não no público médico em geral, pelo menos nos oficiais médicos de alta patente do exército, e se começou a falar da criação de clínicas psicanalíticas em vários centros para o tratamento das neuroses de guerra. (BRUNNER, 2023, p. 183).

Veremos como a inserção orgânica no campo social é ponto chave para o trabalho do psicanalista em emergências e desastres, uma vez que corroboramos com a indicação dos referenciais internacionais de SMAPS, de que toda intervenção deve considerar o contexto social, histórico e cultural, e pautar-se em estratégias sustentáveis na lógica de cada território, evitando intervenções pontuais sem seguimento e/ou sem articulação com dispositivos de cuidado estabelecidos no campo social.

Oliveira (2022) realiza uma leitura do período pós-guerra, principalmente os anos 1920, relacionando a produção artística, literária e científica às emergências da época. Para o autor, havia um empuxo a contar o que não era contado ou não podia ser contado no tempo do acontecimento, muitas vezes através de cartas/correspondências. Sobre Freud, o autor conclui: “as mãos que escreviam cartas escreviam também teorias, de maneira que as cartas servem para discutir, aprimorar, preparar o que aparecerá como teoria, enquanto os artigos teóricos são prolongamentos das cartas, a elas retornam” (p. 10).

Para o biógrafo, a psicanálise teve uma franca ascensão em todo o mundo, inclusive no Brasil. Entre 1920 e 1930 foram publicados mais de cinco mil artigos em psicanálise. A espera durante o conflito, precipitada pela extrema urgência, teve como efeito uma operação psicanalítica do material experiencial, resultando em encaminhamentos diversos.

Danto (2019) conclui que a psicanálise se inova na crise social, fato demonstrado em sua inserção no campo social, nas universidades e em práticas insurgentes. O movimento precipitado na Conferência de Budapeste, tem sido sempre reeditado em emergências, desastres e crises sociais, tais como se observa no caso das lutas contra regimes fascistas. Para a autora, muitos psicanalistas e escolas de psicanálise mantêm vivo o compromisso firmado em Budapeste: inscrever a psicanálise no tecido social como intervenção ética e política.

Interrompemos a análise dos textos freudianos no entre guerras para que seja possível concluir, embora haja ainda uma série de correlações que nos interessariam, principalmente no que tange à contribuição da psicanálise para a estrutura social e seu fundamento político, presente nos textos *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921), *O futuro de uma ilusão* (1927), *O mal-estar da civilização* (1929), dentre outros (FREUD, 2010l, 2010m, 2010n).

5.5 A Segunda Guerra Mundial

A Segunda Guerra Mundial ocorreu de 1939 a 1945, e foi ainda mais destrutiva, provocando a morte de 45 milhões de pessoas. Os conflitos bélicos e desastres a eles relacionados se multiplicaram, sob diversas nomeações, argumentos e características: de baixa intensidade, de contra insurgência, de anti-subversão, de libertação nacional, guerra civil, guerras santas, terrorismo, jihad, intervenções preventivas; cada qual com consequências nefastas e de proporções incalculáveis. Destacam-se os bombardeamentos de Hiroshima e Nagasaki, estratégia cruel para forçar o recuo do Japão do conflito mundial (EFRAIME JÚNIOR, 2014).

Freud viveu a Segunda Guerra²¹. Lacan teve sua teoria atravessada tanto pelo período entre guerras, quanto pela Segunda Guerra Mundial, entretanto, não faremos uma análise pormenorizada das ressonâncias da guerra no ensino de Lacan, por não ser o objetivo desta tese. Tomaremos como base, entretanto, textos em que tal influência fica mais evidente e faremos as ressalvas que julgarmos necessárias nesse sentido.

Apresentamos neste item o texto *A psiquiatria inglesa e a guerra* (1947), no qual Lacan (2003) fala da visita a um campo de tratamento de soldados durante a guerra, onde conheceu o trabalho desenvolvido pelos psiquiatras ingleses, psicanalistas, Bion e Rickman.

Como descrevemos antes, a psicanálise se diferenciou da psiquiatria hegemônica tanto no diagnóstico quanto na terapêutica dos soldados do *front* e dos egressos da Primeira Guerra, em franca oposição à utilização dos métodos de punição, eletrochoque e outras práticas que visavam a readaptação imediata e compulsória da capacidade dos soldados com o objetivo de fazê-los retornar aos campos de batalha.

Na Segunda Guerra, de modo ainda mais estabelecido, recursos da psiquiatria e da psicologia eram utilizados em um projeto de eficiência e produtividade marcadamente atravessados pelo capital. A psiquiatria estava a serviço dessa lógica desde o recrutamento e a seleção dos soldados com melhores índices em testes e avaliações desenvolvidas e aplicadas na época. A organização dos soldados em grupos que favoreciam a identificação visava a homogeneidade da tropa e o aumento da eficácia (LACAN, 2003).

Como relata Lacan (2003), é nesse cenário que os psicanalistas Bion e Rickmann realizam seus trabalhos, propondo uma direção completamente distinta ao tratamento convencional. Esses psicanalistas publicaram juntos, no número de 27 de novembro de 1943

²¹ Faleceu em 1939.

de *The Lancet* – revista reconhecida por seu rigor até os dias atuais –, um artigo curto que marcou época na história da psiquiatria, sob o título significativo de “Tensões internas ao grupo na terapêutica. Seu estudo proposto como tarefa do grupo” (LACAN, 2003).

Nesse artigo, apresentam sua atividade num hospital militar como um exemplo concreto, no qual esclarecem os princípios do trabalho em uma demonstração de método. Lacan (2003) faz o elogio do fato de que, com a invenção desse dispositivo – os grupos operativos –, esses psicanalistas tenham encontrado no próprio impasse de uma situação a força viva da intervenção.

Bion, responsável por 400 soldados internados em um serviço com pretensão de reeducação, que apresentavam comportamentos de inadaptação, delinquências diversas e reações psiconeuróticas” (LACAN, 2003, p. 109), constatou a impossibilidade, inclusive de tempo, em resolver o problema básico suscitado caso a caso, e buscou inovar o método, propondo uma intervenção grupal. Atravessado pela psicanálise, a proposição era realizar a operação analítica, identificando os aspectos inconscientes cifrados nos comportamentos apresentados e tratá-los no nível do grupo.

Os soldados foram divididos em subgrupos que estabeleciam tarefas internas de acordo com uma ocupação (ofício) decidido pelo grupo. O andamento das tarefas era acompanhado em uma reunião geral, realizada todos os dias, 12h, com duração de 30 minutos. Os componentes de cada grupo tinham autonomia para, a qualquer momento, voltar ao alojamento, sem a necessidade de outra obrigação, tendo apenas que comunicar à supervisora-chefe (LACAN, 2003).

Dentro de cada grupo surgiam queixas e questões que se repetiam em outros grupos, cujo tratamento era de implicação do grupo em suas queixas. Lacan (2003, p. 115) comenta que

o médico, pegando-os pelo trabalho como eles o haviam pegado pela palavra, logo teve a oportunidade de lhes denunciar, em seus próprios atos, a ineficácia da qual os ouvia queixarem-se ininterruptamente no funcionamento do exército - e, de repente, operou-se a cristalização de uma autocrítica no grupo, marcada, entre outras coisas, pelo aparecimento de uma faxina voluntária que passou a ser mantida por eles.

Rickmamm, por sua vez, atuava em uma sala de observação com um número mais reduzido de doentes, e aplicou método semelhante aos agrupá-los em subgrupos. Dada a característica do serviço em que atuava, pôde conciliar o trabalho em grupo com entrevistas individuais. Ambos os dispositivos, individual e grupal, se pautavam na abordagem psicanalítica dos problemas apresentados pelos enfermos (LACAN, 2003).

Com o final da guerra, alguns centros de tratamento como esses mantiveram funcionamento, e Lacan (2003) dá testemunho de uma visita a um desses hospitais ingleses. Admira-se da liberdade com que os internos se agrupavam, onde eram conduzidos tratamentos

inspirados nos princípios do psicodrama de Moreno, isto é, numa terapêutica instaurada na América e que também deve ser considerada nas psicoterapias de grupo, de filiação psicanalítica. Neste mesmo serviço, ocorriam reuniões de discussão, livres ou dirigidas, uma variedade de ateliês de ensaios, a liberdade absoluta na utilização do tempo, as visitas às fábricas, ou as conversas sobre os problemas sociais e técnicos da época atual seriam a via que permitiria a muitos sujeitos voltarem de fugas imaginárias para o ofício. (p. 123).

A conclusão de Lacan sobre os trabalhos que testemunhou indica a orientação para o trabalho do psicanalista em contextos similares: a conclusão de que, mesmo em meio às exigências opressivas causadas por uma guerra brutal para a noção de coletividade e poder, prevaleça nas intervenções o princípio da ética. O autor aponta que

mesmo no imprevisto da experiência, estes psicanalistas desenvolveram grupos bem estruturados. Aqui temos os desafios colocados sobre a transferência no trabalho de grupo, bem como a introdução sobre a temática das variantes do tratamento padrão. (LACAN, 2003, p. 114).

6. Ensaio sobre a clínica psicanalítica em urgências, emergências e desastres

Organizamos neste capítulo a descrição dos trabalhos encontrados pela revisão sistemática em eixos construídos por nós, configurando um panorama metodológico do tratamento psicanalítico em urgências, emergências e desastres. Consideramos importante incluir algumas publicações em formato de artigos, dissertações, teses e livros junto às publicações encontradas via revisão sistemática, pois evidenciam a existência de um rico material clínico e teórico sobre a área. No capítulo 7, apresentaremos os fundamentos teórico-clínicos que ancoram a operação psicanalítica neste campo.

Constam neste trabalho, ressonâncias da experiência de psicanalistas em emergências hospitalares; no conflito em Moçambique entre 1994 e 2002; na inundação em Santa Fé em 2003; na tragédia que acometeu a Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2003; no incêndio da Boate Kiss em 2013, em Santa Maria; na pandemia de COVID-19 em 2020/2021. Optamos por apresentar em item específico deste capítulo, a experiência da Clínica de Cuidado, intervenção pós-desastre da construção da Usina Belo Monte, da qual fiz parte, de modo a possibilitar um detalhamento do dispositivo desenvolvido naquela ocasião e possibilitar a apresentação de três casos clínicos.

Com interrogações semelhantes às nossas, Costa, Pacheco, Perrone (2016) se interessaram em analisar a intervenção realizada durante o desastre em Santa Maria a partir de referenciais psicanalíticos. Na ocasião, optaram pela criação de um setor de urgência e emergência em saúde no local da tragédia, com o objetivo de dar suporte emocional aos familiares. Os profissionais compuseram três equipes, sendo os psicólogos parte da equipe responsável pelo acolhimento. Havia psicólogos da rede municipal de saúde e voluntários realizando o manejo imediato e auxiliando “na mediação e na contenção das situações de desespero” (p. 158).

Os autores relatam como a equipe se preocupava com a própria formação e preparação para atuar naquelas condições, buscando na psicanálise referenciais de anteparo: “Será que, enquanto psicanalistas, estavam preparados para oferecer esse tipo de escuta?” (p. 159), e apontam para a dimensão de ato do trabalho que realizaram ao concluírem: “Porém, diante de uma demanda constituída, havia a necessidade de montar um serviço que pudesse receber esses sujeitos” (p.159).

Em relação às táticas propriamente da psicanálise, os trabalhos apontam para a escuta como dispositivo fundamental e indispensável. Reiteramos o destaque de Costa, Pacheco, Perrone (2016) à primeira escuta, principalmente quando se dá na cena da emergência e do desastre, no momento da resposta em um sentido quase simultâneo e imediato ao acontecimento. Em geral, esta primeira escuta possibilita o acesso a pontos fundamentais da subjetividade dos atendidos, sendo material importante para a transferência que ali se estabelece.

Costa, Pacheco, Perrone (2016) descrevem duas ferramentas fundamentais para o trabalho: a escuta e a transferência (que nomeia como aliança de trabalho ou vínculo mínimo). Segundo os autores, o trabalho se estruturou a partir da escuta psicanalítica visando a reorganização psíquica e simbolização da experiência a partir da construção de redes de apoio psicossocial. O acolhimento se dava a partir do estabelecimento do vínculo mínimo que auxiliasse na identificação de fragilidades e no desenvolvimento de formas de enfrentamento.

É recorrente a ideia de que a psicanálise deve possibilitar o acesso ao singular de cada caso, dando condições à enunciação. Em desastres, quando muitas pessoas são concomitantemente acometidas pelo evento, cabe à escuta sintonizar o que há de singular nas narrativas.

Costa, Pacheco, Perrone (2016) relatam que era recorrente nos relatos dos atendidos o medo do escuro, medo de permanecerem sozinhos, e dificuldade em permanecerem em locais fechados, como boates e similares. Os relatos aparentemente muito semelhantes, apontavam comportamentos de hipervigilância relacionados ao acontecimento, em tentativas de prever e evitar novos acontecimentos através de um controle minucioso dos riscos e probabilidades.

Segundo os autores, era comum a afetação no nível da compreensão da temporalidade, onde grande parte dos atendidos reportavam a sensação de que o acontecimento era atual, como descrito pela jornalista Daniela Arbex na expressão que dá nome ao seu livro “todo dia a mesma noite”²², noção muito presente no traumático e recorrente na escuta de vítimas de desastres, apontando o efeito de tempo “que não passa”, de repetição, de congelamento do processo de elaboração.

Freitas (2011) relata a experiência de psicanalistas que atenderam crianças vítimas da tragédia que acometeu a Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2003, em um projeto de extensão desenvolvido na Vara da Infância e Juventude de Teresópolis/RJ. A autora aponta para a dimensão ética do trabalho do psicanalista, que deve se orientar pelo tempo do

²² ARBEX, D. **Todo dia a mesma noite**: a história não contada da Boate Kiss. [S. l.]: Intrínseca, 2018.

inconsciente, por sua lógica, visando o sujeito que decorre da fala. Conclui apontando que o encontro um analista deve possibilitar um trabalho de luto, onde o sujeito coloca em pauta sua relação com o Outro, isto é, a contingência que confere valor de Real ao acontecido.

6.1 Sobre o processo de exame de realidade

Identificamos a contribuição de psicanalistas no planejamento e condução da etapa de reconhecimento de corpos, considerando que alguns manejos possibilitam que esse momento seja mais cuidadoso e participe na construção mnemônica de forma a facilitar o processo de luto, embasado na compreensão do processo de exame de realidade, proposto por Freud (1917) (2010h).

Costa, Pacheco, Perrone (2016) apresentam relatos de experiência profissional de 8 psicólogos de orientação psicanalítica que trabalharam diretamente no cuidado às pessoas afetadas emocionalmente pelo desastre da Boate Kiss, no momento da resposta e durante o primeiro ano pós-desastre. A descrição aponta que o atendimento psicológico ocorreu de modo imediato, cuidadoso e articulado entre os três entes federados, resultando em uma assistência modelo, reconhecida amplamente.

Inicialmente, o trabalho ocorreu junto a familiares que buscavam identificar corpos e sobreviventes da tragédia-crime. A descrição dessa etapa transmite a angústia intensa vivida por todos os participantes da cena, marcados por imagens impactantes dos mortos e feridos, e atravessados pela urgência em localizar sobreviventes; urgência paradoxalmente vivida como se o tempo não passasse.

A partir da experiência que viveram, concluíram que em um primeiro momento há um impacto, o choque, por parte dos familiares acolhidos, que muitas vezes provoca neles uma “regressão aguda que pode desencadear até sintomas psicóticos” (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016, p. 159). Nesse momento, além da presença do psicólogo, o suporte da equipe de saúde foi fundamental para o cuidado integral, considerando a possibilidade de intensas mobilizações orgânicas, como aumento de pressão arterial e repercussões cardiovasculares (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016).

Muitas vezes observamos como o corpo-organismo dos familiares reage ao impacto de se deparar com o corpo-morto da vítima sem que haja uma transição gradativa do corpo vivo ao corpo adoecido e, só depois, morto. Essa impossibilidade de preparação para o encontro na morte repentina requer um cuidado adicional no momento de reconhecimento de corpos e/ou despedidas presenciais na cena da tragédia e/ou beira leito. No caso de feridos e

hospitalizados, há uma etapa intermediária que faz uma função importante e que está ausente na morte abrupta.

O artigo de Soares e Rodrigues (2020) aborda essa questão introduzindo a problemática imposta pela pandemia de COVID-19: a impossibilidade de encontros presenciais de reconhecimento e despedida do corpo do familiar cujo óbito se deu em decorrência do vírus. Os autores relatam que, na medida em que estavam mais familiarizados e orientados sobre os protocolos de segurança, compreenderam a importância de manter a realização das visitas e despedidas presenciais para alguns casos em que esse encontro se fazia fundamental para o trabalho posterior de luto.

Entretanto, em alguns casos, dadas as condições físicas dos próprios familiares, a presença era inviável, e alto o risco com a exposição. Esses casos exigiam dos profissionais a abertura para a criação de alternativas orientadas pela manutenção de espaços de encontro, ainda que virtuais, entre pacientes e familiares, no decorrer da internação.

Temos, desde Freud (1917) (2010h), a discussão sobre a importância do exame ou teste de realidade, “Realitätsprüfung”, para a constatação da realidade da perda do objeto, como etapa psíquica fundamental para o processo de luto. Para o autor, esse seria um momento privilegiado para o início do trabalho de luto, uma vez que a percepção objetiva da perda desencadearia o trabalho de encaminhamento libidinal investida no objeto perdido.

Câmara e Herzog (2018) realizam um belíssimo e detalhado trabalho a respeito dessa noção em Freud, contando que essa ideia já estaria presente em textos iniciais da teoria freudiana e que retorna em diferentes momentos de seu estudo. Os autores nos ajudam a compreender que o exame de realidade, embora muito importante, não garante que o trabalho de luto ocorra. Porém, reafirmam que a impossibilidade desse exame tem consequências clínicas importantes, contribuindo, por exemplo, para quadros patológicos de luto, com manifestações alucinatórias que podem ser produzidas em uma tentativa de manter o objeto incólume.

O exame de realidade tem a função de confirmar que o objeto ansiado não mais existe, atestando a realidade da perda daquele objeto. Segundo os autores, “o processo de luto inicia-se somente quando cumprida essa condição preliminar. O evento psíquico que convoca o trabalho do luto, designado aqui como a constatação de que o objeto foi perdido” (p. 565) e, portanto, que é necessário se separar de tal objeto, “visto que ele não mais existe” (FREUD, 1926/2006k, p. 167).

Aqui, fica clara, portanto, a complexidade para os casos em que esse encontro não é possível, seja pelas restrições de segurança, seja nos casos de desastres em que os corpos não

são localizados ou não encontrados em condições que permitam o reconhecimento da imagem. Mesmo nesses casos, a identificação do corpo, via exames de DNA, faz muita diferença em relação aos casos em que não há vestígios do objeto perdido.

No caso do reconhecimento de corpos ou despedidas do corpo morto, esse encontro estaria situado no campo do exame de realidade, a partir do qual o familiar se “depara com a impossibilidade de manter o objeto na mesma condição de outrora” (CÂMARA; HERZOG, 2018, p. 566). Entretanto, como sabemos e corroboram os autores, essa constatação não se dá de maneira imediata e absoluta, mas de forma gradual e cíclica, a cada vez que “o sujeito esbarra com experiências que trazem à tona, em seu psiquismo, a vida daquele que se foi” (p. 567).

Câmara e Herzog (2018) introduzem essa leitura da noção freudiana que foi fundamental para pensarmos o trabalho realizado pelo psicanalista em emergências e desastres, pois retira a concretude do exame de realidade, ampliando sua dimensão simbólica, ao incluir que a condição para que algo opere como exame de realidade é a existência da representação do objeto, a partir da qual a perda possa ser constatada. O exame de realidade acontece, portanto, não com o objeto em si, mas com sua representação, sempre. Para os autores (2018),

o exame de realidade consiste não em “encontrar na percepção real um objeto que corresponda ao representado, mas [em] *reencontrar* tal objeto, convencer-se de que ele está lá” (Freud, 1925/2006g, p. 267, grifo no texto original). [...] o exame de realidade no luto consiste em efetivamente não reencontrar, na percepção real, um objeto que corresponda ao representado, e assim se convencer de que ele não está mais lá, apesar de se ansiar que ele lá esteja. (CÂMARA; HERZOG, 2018, p. 568).

Estamos advertidos, portanto, de que “ver o corpo” não garante coisa alguma. A possibilidade de se despedir do cadáver é importante e pode funcionar como parte do exame de realidade que, por sua vez, precipita o trabalho de luto. Mas não se trata de concreta e mecanicamente fazer dessa despedida uma etapa de um protocolo. Como vimos, quando não é possível a despedida do corpo, outros contornos podem acontecer, tendo a mesma importância e função; assim como o encontro descuidado com o corpo pode ter efeitos iatrogênicos, ainda que provoquem o exame de realidade.

Em um dos casos, relatam Soares e Rodrigues (2020), a família pediu para enviar a roupa que gostariam que a mãe usasse antes de ser colocada no “saco preto” (p. 113). Dar lugar a esse pedido foi uma atitude de cuidado a essa família. Vestir o corpo com a roupa escolhida teve, para a família, uma função simbólica paradigmática do exame de realidade,

pois foi uma forma de contornar essa imagem com um elemento que participa da história do familiar que faleceu.

Veremos no capítulo 8, que exemplos como estes foram recorrentes nos encontros do Achar Palavra. A demanda de muitas famílias era de vestir o corpo. Em grupo, os psicólogos hospitalares foram encontrando formas simbólicas de possibilitar essa vestimenta.

Em cenas de despedida no hospital é comum que a equipe multiprofissional se dedique aos detalhes do cuidado do corpo para que a imagem que ficará registrada desse momento seja menos impactante. Presenciei diversas vezes a equipe de enfermagem lavando cabelos, fazendo tranças, barba, hidratando a pele, ajeitando postura e selando os olhos, fazendo curativos que amenizassem a visão de lesões e marcas de perfurações de agulhas, cateteres e outros dispositivos utilizados durante a internação.

Por outro lado, participei algumas vezes da decisão de contraindicar a visita de despedida do corpo no leito, principalmente em óbitos no Pronto Socorro, pela preocupação com o impacto que poderia causar a visão de alguns corpos em casos em que não era possível amenizar as deformações, feridas e edemas. Nessas ocasiões, compreendíamos que era necessário o tempo da preparação do corpo pela funerária, os recursos que eles possuem, e inclusive o tempo para que o próprio corpo desinchasse ou mudasse de cor, odor e temperatura.

De modo que, na avaliação, é fundamental considerar o tempo e a causa da morte em relação ao tempo do encontro do corpo vivo e do corpo morto. Em casos de politrauma, por exemplo – pacientes vítimas de acidentes e/ou causas abruptas –, o impacto da imagem era possivelmente maior, uma vez que antes do acidente esse corpo estava completamente diferente da visão que os familiares teriam. Outros casos delicados eram referentes a queimaduras, lesões de pele e macerações de cabeça ou rosto.

Por vezes, a indicação de caixão fechado é um cuidado em relação ao modo como a imagem pode afetar o processo de luto; entretanto, não ver o corpo pode ter consequências tão devastadoras quanto ver o corpo deformado. Essa avaliação deve ser realizada caso a caso, incluindo nesta avaliação a preparação e a condição física e psíquica dos familiares, bem como a vontade deles em realizar este encontro. Em cenas de tragédias, emergências e desastres nem sempre esse cuidado é tomado e os sobreviventes e familiares são expostos a imagens que participam posteriormente dos registros traumáticos do acontecimento – fato que poderia ser evitado ou amenizado com estratégias simples de gestão de cuidado sobre a etapa de organização e reconhecimento de corpos.

Cabe acrescentar que é necessário incluir em todo o processo de avaliação de que modo os familiares participam desse momento, considerando também estratégias voltadas a grupos específicos como crianças, idosos e portadores de necessidades de especiais. Em especial, destacamos a experiência clínica nos hospitais sobre a importância da participação das crianças, pacientes ou familiares, nas tomadas de decisão, possibilidades de despedidas e informações verdadeiras e cuidadosas, e as implicações desse manejo para o luto relacionado à criança. Da mesma forma, recomenda-se atenção ao processo de despedida de pais e familiares que atravessam perdas gestacionais ou bebês com adoecimentos graves.

6.2 Notícias, informações e comunicação

A pauta sobre a informação, notícias e comunicação é recorrente nos manuais internacionais de gestão integrada de riscos e desastres. Há uma discussão permanente de profissionais da imprensa visando formas mais adequadas de noticiar os acontecimentos na mídia, bem como de participar do acesso de familiares e sobreviventes às informações sobre o evento crítico, sobre as vítimas e decisões relativas aos atingidos. O comportamento midiático, bem como a organização dos COEs em relação à comunicação incide diretamente nas reações e manejos dos atingidos, e nesse campo nos interessa contribuir tanto no planejamento prévio, quanto no curso das ações (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011).

No que diz respeito às notícias e comunicações no cenário hospitalar, Gallego, Gomes e Peres (2022) apresentam uma revisão detalhada de trabalhos que realizam importantes orientações e funcionam como ferramentas a serem utilizadas pela equipe multiprofissional implicada nessa função. Participamos da escrita das Orientações às (os) Psicólogas(os) Hospitalares, na Fiocruz (BRASIL, 2020) durante a pandemia de COVID-19 e disponibilizamos em ação coordenada pelo CEPEDS-Fiocruz uma série de materiais e referenciais sobre protocolos de comunicação que incluem especificidades importantes. Acrescentaremos a seguir, algumas contribuições da psicanálise sobre a comunicação da notícia de óbito.

O discurso médico se orienta a partir do discurso científico, na medida em que busca o imperativo metodológico através da exclusão da subjetividade, tanto do paciente quanto da pessoa do médico, estabelecendo diretrizes e protocolos a serem seguidos e aplicados para garantir um funcionamento institucional ideal. O discurso da ciência, requer, para avançar, a

exclusão do sujeito. O que se revela nesse discurso científico é a presença do sujeito por sua ausência (MORETTO, 2019).

As práticas médicas, dentre elas a comunicação de más notícias, se orientam por um rigor técnico e protocolar. A linguagem estabelecida pelo referido discurso científico tenta excluir a polissemia inerente às palavras, os mal-entendidos, em busca de um ideal de uma comunicação total e clara. Entretanto, as “desordens” discursivas, nos diferentes impasses e furos nos protocolos que se apresentam na prática profissional, reinserem a subjetividade desde o princípio excluída.

Se, objetivamos que a equipe e o médico, atravessados pelo discurso do analista, possam dialetizar o protocolo pela via da singularidade, apostamos que isso produz uma diferença de cuidado dentro de seu campo discursivo. Observamos que há condições necessárias para que esse atravessamento seja possível, e que, em sua ausência, os efeitos podem ser devastadores.

A impessoalidade científica fracassa com a incursão do Real que desmonta suas estruturas simbólicas, constituindo-se como um “impasse a qualquer formalização, seja teórica ou clínica” (PINTO, 2013, p. 11). Colocado na posição de Mestre, o médico pode viver essa responsabilidade de diversas formas – destaco a indiferença e o sofrimento. Importante frisar que a subjetividade do médico está posta em questão tanto no atendimento à emergência como na comunicação de uma má notícia. Algo se revela em sua escolha de palavras e em sua postura frente a esses acontecimentos.

A exclusão da subjetividade ocorre, no lado do médico, à medida que ele perde progressivamente a criatividade e autonomia de seu ofício, sendo coordenado pelo imperativo dos protocolos de conduta. Colocada justamente no cenário de ameaça à existência, a medicina pode ser definida como um ofício trágico, cujo êxito não depende exclusivamente de boas práticas do médico.

A comunicação do óbito, de maneira clara e precisa, também participa do momento de exame de realidade. Ainda que a morte esteja evidente, é preciso que o profissional (normalmente o médico) enuncie “ele morreu”, “ele faleceu”; informação que ao ser verbalizada enuncia a perda e engendra um trabalho a partir desse fato constatado e comunicado.

Como mensageiro de uma notícia que pode ser acompanhada de dor e de sofrimento, o médico tem dificuldades em apreender as entrelinhas das declarações verbais e não verbais, ficando muitas vezes alheio a gestos e expressões fundamentais para a adequada comunicação. Há uma inegável autoridade colocada na figura do médico, que é constitutiva

das relações que se estabelecem dentro da instituição hospitalar. A questão, entretanto, não está em propor uma ausência desse poder, que seria desorganizadora e improfícua, mas em pensar em como tal poder é exercido pelo profissional.

Ao longo dos anos de atuação na emergência, presenciei tanto situações de indiferença em relação ao sofrimento apresentado pelas famílias, quanto vivência de angústia dos profissionais que acompanhavam a hospitalização e seus desfechos. Apresento a seguir uma vinheta clínica para discutir esse aspecto.

Durante um plantão noturno presencial, o telefone do quarto de descanso tocou às quatro da manhã. Como de costume, acordei assustada, e atendi. Quem me passou as informações foi o chefe de turno, de modo objetivo e direto:

“UTI Pediátrica. Óbito. A médica está te aguardando.”

Me organizo rapidamente e me dirijo à UTI pediátrica imediatamente.

A médica plantonista se apresenta, me convida a sentar na sala de prescrição e me passa com calma os detalhes do caso: Uma criança de 10 anos, teve um AVC e estava internada há 20 dias.

“Parou”.

“Tentaram reanimar.

Sem sucesso”.

“A mãe não bate bem”, diz a médica. “Deu trabalho a semana toda”, acrescenta.

Conversamos um pouco sobre o caso e ela me chama para irmos comunicar à família. Caminho atrás dela até a sala de espera. A médica abre a porta da sala de espera onde estão os pais e o avô, que se levantam prontamente ao verem a médica. Eu estava atrás da médica, esperando passagem para nos sentarmos. Em pé, com a mão na maçaneta da porta, eu ainda atrás dela, a médica diz à família “morreu”.

A mãe cai no chão.

O pai vai para a janela no fundo do corredor.

O avô fica mudo.

A médica olha para trás, para mim, e diz “você cuida né?”. E entra novamente na unidade.

Após horas de suporte junto ao serviço social, onde acolhi os três familiares em tempos e manejos diferentes, organizei a possibilidade de despedida no leito, orientei e acolhi o familiar de referência para o cuidado da mãe, que havia se jogado no chão após a notícia médica e permanecido com gritos desesperados durante toda a condução do suporte.

Finalizo o atendimento quando a criança é transferida aos procedimentos de alta por óbito e encaminhada à funerária. Retorno ao quarto de plantão e dali ainda escuto os gritos da mãe na calçada indo embora.

Nessa vinheta temos, portanto, um exemplo radical dos efeitos devastadores quando sequer o protocolo é seguido. Nesse caso, o que está em jogo é não apenas a impessoalidade médica – na tentativa de neutralidade sustentada por seu discurso –, mas a efetivação clara de uma ação em que está ausente o reconhecimento, tão fundamental ao processo de elaboração.

Há uma função, alinhada ao discurso médico, para a existência dos protocolos e seu cumprimento, a partir dos quais o discurso analítico pode operar. Fora do protocolo, os riscos se multiplicam em relação à subjetividade da própria equipe e/ou do próprio médico que conduz a cena.

Havendo um psicanalista na cena, é possível ler de que maneira o lugar dado ao médico opera no caso, bem como qual a entrada do psicanalista, justamente nesse hiato: não em oposição ao discurso médico, mas na proposição de uma outra chave discursiva, o discurso do analista.

Os profissionais envolvidos no cuidado do paciente inevitavelmente figuram essa posição de alteridade que faz parte da construção mnemônica da experiência de sofrimento. Moretto (2018) alerta sobre os efeitos da indisponibilidade do profissional no encontro com a singularidade do paciente, afirmando que “pode ter efeitos iatrogênicos na medida em que tal indisponibilidade pode produzir (ainda mais) desamparo” (p. 53).

Soares e Rodrigues (2020) compartilham um caso em que um familiar acompanhado por uma psicóloga só acreditou na notícia de falecimento do paciente quando ouviu dela. Um funcionário do hospital teria ligado para o familiar informando o óbito, mas o familiar entra em contato com a psicóloga dizendo que aguardava “só” uma ligação dela, e pedindo que “ela” confirmasse “ou não” o óbito. Consideram que amparar, através da transferência construída maciçamente em curto período, os achados do inconsciente é o que orienta o trabalho de psicanálise aplicada da psicóloga intensivista no setor da COVID-19 (Sars-CoV-2).

Em outro caso, “diante do último suporte psicológico, já no hospital e com o óbito constatado, ao perguntar: “eu posso ajudar vocês em mais alguma coisa?”, a psicóloga recebe a seguinte resposta da filha do paciente: ‘gostaria da cópia do prontuário do pai: “porque a gente tem que ver...”. Ver para crer? Indagam as autoras, compreendendo que ter acesso às informações objetivas e concretas relativas à internação e condutas no cuidado do pai, foi o

arranjo possível dessa família para inscrever na realidade o óbito do paciente (SOARES; RODRIGUES, 2020, p.107, grifos nossos).

Quando atuava na UTI-Adulto, participei durante três anos da formação mensal de médicos residentes e intensivistas sobre os protocolos de comunicação de más notícias. O encontro interdisciplinar, amparado pelo protocolo técnico, possibilitava uma construção singular de cada médico sobre o seu modo de estar com o paciente e a família em um momento de má notícia.

A eficácia da comunicação varia em relação a inúmeros atravessamentos ao diálogo médico-paciente, dentre os quais destaco a dificuldade usual dos pacientes em reter e/ou compreenderas informações transmitidas, seja pela linguagem técnica, seja pelo sofrimento psíquico inerente ao comunicado (MOURA, 2013). Resgatar a possibilidade de autonomia e estilo na forma como a comunicação vai ser realizada tem efeitos para o médico, ao organizar sua comunicação de maneira mais genuína e incide na forma como ele pode ser escutado.

Entretanto, por vezes, a morte antecede a chegada ao hospital, sem que tenha havido tempo para intervenções prévias por parte de qualquer profissional da equipe. Mesmo que na admissão a equipe de saúde já se perceba impedida de salvar o paciente, é o médico dessa equipe o responsável pela comunicação da morte do paciente, sem conhecer o paciente, sua história e sua família. Em alguns casos, o paciente é trazido ao hospital pelo Corpo de Bombeiros, em óbito, justamente para que o óbito seja atestado por um médico e a notícia seja comunicada aos familiares por um dos médicos do Pronto Atendimento.

Observei alguns elementos que apontavam para uma diferença nessa comunicação, que podem ser pensados em uma cena de emergência e desastre, ainda que exija flexibilidade, criatividade e colaboração do psicanalista e demais profissionais envolvidos nos cuidados:

- A possibilidade de um espaço adequado para a comunicação da notícia;
- A postura empática de quem comunica;
- A presença de mais de um familiar para receber a notícia, sendo três um número interessante que favorece o suporte e manejo, uma vez que uma quantidade maior de familiares acrescenta algumas dificuldades à qualidade do suporte;
- A possibilidade de escuta dos familiares anterior à comunicação da notícia, o que pode permitir apreender as expectativas referentes ao que seria posteriormente comunicado;
- As escansões e contatos anteriores e intermediários, quando isto é possível, durante a internação ou a intercorrência.
- Quando, ainda que pressionados por uma questão temporal, o psicanalista participa do planejamento da comunicação junto à equipe.
- A discussão de caso prévia à comunicação, situando o quadro clínico, causa do

óbito, condutas realizadas e alguns elementos e referenciais sobre o paciente e família que irão acompanhar.

Durante a pandemia, esse problema se apresentou de modo massivo, uma vez que a suspensão das visitas se impôs como protocolo de segurança em todos os hospitais, de modo muito rígido e vertical inicialmente. A retirada radical de um dos principais recursos de enfrentamento de um adoecimento (a presença) alterou toda a lógica de cuidado da psicologia hospitalar.

A comunicação de familiares com a equipe multiprofissional também teve seus abalos em função das mudanças de protocolo. A maioria dos hospitais criou formas de comunicação, inclusive com a utilização de dispositivos tecnológicos para garantir o boletim médico aos familiares. Alguns protocolos foram compartilhados e participaram como modelos para a organização dos serviços. Os psicólogos hospitalares participavam das equipes de comunicação, em diferentes funções, na construção e ajustes de protocolos adequados à realidade de cada equipe.

São comuns e dolorosos relatos de familiares que não puderam estar com pacientes que faleceram durante a pandemia, acrescidos da impossibilidade das manifestações coletivas de condolências, dos velórios e enterros, e da impossibilidade do abraço. Marcas traumáticas do acontecimento pandemia. No capítulo 8 apresentaremos como, aos poucos, e coletivamente, os psicólogos hospitalares foram encontrando alternativas não só para a visita, mas para a presença, como um todo, em todas as etapas da internação até o momento pós óbito. As pessoas e comunidades também foram criando novas formas de realizar as manifestações coletivas, dada a importância desta dimensão para o enfrentamento em emergências e desastres, discutiremos este ponto no eixo a seguir.

6.3 A questão da coletividade para a possibilidade de elaboração e a dimensão sociopolítica do cuidado

A clínica em emergências e desastres requer uma atenção à importância da realização de manifestações coletivas de marco e memória dos acontecimentos, que sejam pensados e construídos pela própria comunidade, dentro de seus referenciais simbólicos.

Martins e Rabelo (2020) escreveram um artigo principalmente centrado na discussão sobre os efeitos da negação e do desmentido histórico e cultural na realidade brasileira. Os autores contam a histórica crise sanitária vivida no Estado do Ceará, em 1877/1878, com

consequências da grave seca que atingiu o sertão central, um desastre brasileiro que forçou a migração de milhares de sertanejos, e teve agravantes com as pestes (em especial a varíola), chegando a matar mil pessoas por dia na época. Além de escreverem e inscreverem a narrativa sobre esse acontecimento, os autores apontam, na história brasileira, as repetições advindas desse tipo de desmentido engendrado pela ausência de memoriais que os insiram na História transmitida sobre o Brasil.

Para Mauss (1969), a expressão obrigatória dos sentimentos é um fenômeno social fundamental para o reconhecimento da morte. As cerimônias públicas que se organizam conforme os ritos e costumes de cada sociedade contam o lugar que o luto ocupa no coletivo. Segundo o autor “é preciso emitir os gritos e os cantos porque todo o grupo os entende” (p.278); os ritos colocam em ação ideias e sentimentos coletivos e, no grupo, o sujeito se vê reconhecido e representado, de modo que “os ritos ligam o individual ao coletivo” (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020, p. 6).

Atentos a essa premissa sobre o lugar da coletividade no enfrentamento das perdas causadas por um desastre, Costa et. al. (2016) relatam que a organização do velório coletivo das vítimas do incêndio da Boate Kiss buscou “garantir os ritos de despedida, indispensáveis para exprimir e solidificar vínculos, suscitando uma partilha de emoções que assegurasse um mínimo de elaboração coletiva do luto e de coesão social” (p.159).

Sobre a suspensão de ritos tradicionais da cultura brasileira durante a pandemia do COVID-19, Lo Bianco e Costa-Moura (2020, p. 6) afirmam:

Mas o que fará mais falta, talvez, será o período que se segue à morte e ao enterro, o de chorarmos juntos, de nos consolarmos uns aos outros e repetirmos o quanto estamos tristes, desesperançosos e sofridos. A impossibilidade de estarmos fisicamente uns com os outros, abraçarmos aos mais próximos, que muitas vezes estarão sofrendo o mesmo que nós, é o que mais assusta e nos deixa desamparados nesta hora. É, então, de nos perguntarmos que efeitos as recomendações para distanciamento causarão àqueles que as observam.

Soares e Rodrigues (2020) indicam rituais substitutivos que foram criados pela equipe de psicologia de uma Unidade de Terapia Intensiva, buscando novas formas de acolher pacientes e famílias durante a pandemia do Covid-19. Dentre os exemplos trazidos pelos autores, a utilização de fotografias e cartas como modo de mediação e contato entre pacientes e familiares foram amplamente instituídas.

Os autores relatam a realização de uma “carreata velório”, promovida pelos familiares de um paciente que esteve internado na UTI e foi a óbito. Nesse caso, os familiares

garantiram que a cerimônia de velório fosse realizada, contando com o apoio do padre que realizou as exéquias na porta do cemitério, demonstrando como, ainda que reinventados, os rituais coletivos têm uma função primordial para a elaboração psíquica da perda (SOARES; RODRIGUES, 2020, p. 113).

Segundo Pinto (2013), o sujeito se organiza pelo que consegue fazer com os impossíveis a que é apresentado. Uma narrativa que se realiza na construção histórica e coletiva que o acontecimento adquire, sendo necessárias, portanto, estratégias e intervenções que visem a inscrição simbólica do acontecimento na história. Trata-se de um fato que passa necessariamente pelo reconhecimento dos prejuízos causados ou provocados, atos e reparações materiais, econômicas, ambientais e sócio-históricas, a partir da documentação e testemunho via memoriais, publicações e narrativas orais justas à gravidade dos acontecimentos.

Há, portanto, na garantia da possibilidade de manifestações e rituais coletivos, um compromisso com a dimensão sociopolítica do cuidado. Nesse caso, a abordagem ao sofrimento inclui a dimensão histórica e cultural, sendo necessário um reconhecimento, como oficial, do que foi testemunhado, e deve haver uma narrativa compartilhada, inscrita na História da comunidade e do território, que legitime o trabalho de elaboração a que cada um está submetido – fato que encontra dificuldade em situações e contextos sociopolíticos que engendram a negação como ferramenta de poder e instituem a repetição como consequência inevitável desse silenciamento histórico.

Martins e Rabelo (2020) acreditam que “a pandemia deixará um rastro novo na nossa memória, mas, ao mesmo tempo, ela representa a metáfora atual do conjunto dos lutos que não foram feitos ao longo de nossa História” (p. 35). O contraponto a essas consequências guarda alguma esperança nos movimentos solidários, comunitários, que foram observados com bastante força, inclusive no trabalho científico de cooperação internacional que deu origem à vacina, bem como os projetos que visaram dar nome aos números da pandemia, as homenagens coletivas, a criação e invenção de novos modos de velar, despedir, reunir as comunidades para o luto, espaços de cuidado psicossocial, social e de saúde.

O psicólogo e psicanalista Boia Efraime Jr. (2013), como parte da equipe da Associação Reconstruindo a Esperança, uma ONG moçambicana, atendeu ex-crianças soldado do conflito entre o governo socialista da Frente de Libertação Nacional (FRELIMO) e as forças contrainsurgentes da Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO), numa localidade do sul de Moçambique, entre 1994 e 2002. Segundo o autor, o conflito causou quase um milhão de mortes, desse total 45% de crianças com idade abaixo de 15 anos.um

milhão e meio de refugiados e outros 3 milhões tornaram-se internamente “deslocados de guerra”.

Dentre as valiosas contribuições desse autor, destacamos aqui a importância dada à valorização das terapias tradicionais. Na Ilha Josina Machel, por exemplo, a própria cultura local tem inúmeras práticas a superação da experiência traumática. O autor descreve que a maioria dos rituais objetiva a reintegração social dos atingidos, cerimônias simbólicas, que envolvem a comunidade na elaboração dos traumas e no registro social dos acontecimentos (EFRAIME JÚNIOR, 2013), tais como:

colocar o problema e as memórias de guerra numa garrafa e jogá-la no rio. O rio, então, leva com ele todos esses problemas. O mesmo pode ser feito jogando a garrafa com os problemas numa encruzilhada e afastarse do local sem olhar para trás.

Por exemplo, no final da guerra, algumas famílias realizaram a cerimônia conhecida como ku Phaha, que consiste em um membro da família, que herda o poder de se comunicar com os espíritos que a protegem, estabelecer comunicação com esses espíritos. A cerimônia é conduzida na presença de familiares que desejam beneficiar dela e de outros que só querem testemunhar o facto. (p. 269).

Esse autor explica a relação traumática entre a violência institucional, as memórias e o esquecimento, presente nos regimes ditatoriais da América Latina, por exemplo (EFRAIME JÚNIOR, 2014). Refere como estratégias de cuidados alternativas aos casos em que não foram possíveis manifestações na ocasião dos acontecimentos, as homenagens posteriores através da criação de museus, monumentos e eventos que dão lugar concreto aos fatos, “recuperando por meio de testemunho, um lugar psíquico aos afetos e às marcas traumáticas” (p. 267). Essa função de testemunho participa da possibilidade de intervenção psicanalítica em contextos críticos e de potencial traumático, como formulam Dias e Peixoto (2010).

Consideramos importante reiterar que os grupos de maior vulnerabilidade devem ser incluídos nessas práticas, atentos às especificidades de suas demandas, adaptações necessárias para que toda a população tenha oportunidade de participar e/ou criar formas de representar o acontecimento. Os espaços de educação têm se demonstrado importantes locais de registro e elaboração da experiência, principalmente quando as ações são coordenadas pelos educadores, ao incluir em suas atividades a possibilidade de as crianças apreenderem os fatos no nível da História em seu potencial transformador, acessando também a família e comunidade.

Tive acesso a um material belíssimo idealizado pela professora Fátima Rezende, do 4º ano da Escola Municipal de Bento Rodrigues, que realizou junto às crianças cinco livros “que relembrarão a tragédia, os costumes de vida, as características da cidade antes do rompimento

das barragens da Samarco e as perspectivas para a reconstrução da nova Bento Rodrigues”²³. Esse trabalho é um modelo de como são possíveis práticas coletivas de inscrição e registro, de forma lúdica, autoral e representativa que apresentam uma oportunidade de elaboração com impacto subjetivo, social e histórico.

6.4 A amplitude do cuidado

Os trabalhos apontam para a importância de evitar ações e intervenções pontuais, que levem em consideração apenas o momento da resposta ao desastre, sem considerar a estrutura prévia de atenção psicossocial e recursos subjetivos disponíveis social e individualmente, bem como a necessidade de ações que cuidem dos encaminhamentos e desdobramentos que podem ser causados por elas. É preciso considerar a continuidade, os contornos e o compromisso ético com o cuidado ofertado. Em geral isso só se faz possível considerando a estrutura existente no território e/ou a criação de dispositivos que incluam esta demanda em uma rotina permanente. Fato observado desde Freud, com a convocação pela criação das clínicas públicas e da inserção da psicanálise nos espaços comunitários após a Primeira Guerra.

Neste aspecto, a atenção psicossocial realizada em Santa Maria foi uma referência de articulação entre entes federados, na qual município, estado e união estiveram presentes na criação e sustentação da estratégia de cuidado que foi pactuada por cinco anos, renovável por mais cinco. Ainda que inicialmente tenha sido criado um serviço de emergência, este foi implementado considerando a necessidade de uma assistência longitudinal e inserida nos dispositivos duráveis da comunidade, regido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive atentos aos enfrentamentos coletivos para além da lógica da psicoterapia (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016).

Os autores apresentam como dispositivos, clínicos e institucionais, utilizados: atendimentos especializados; acolhimentos; visitas domiciliares; participação em ações coletivas promovidas pelos pais de vítimas e sobreviventes; apoio na gestão dos processos institucionais; bem como a realização do trabalho matricial pelas equipes de atenção básica. O modelo criado por eles resultou no serviço nomeado Acolhe Saúde, que é referência na cidade de Santa Maria em situações de morte, luto, tentativas de suicídio e suicídio, e recebe vários encaminhamentos dessa natureza, amplamente reconhecido como referencial para pensar intervenções em desastres (COSTA; PACHECO; PERRONE, 2016).

²³ https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/11/03/interna_gerais,913909/criancas-de-bento-rodrigues-lancam-livros-sobre-a-tragedia-de-mariana.shtml

Holgado e Pipkin (2013) apresentam como o dispositivo psicanalítico pode ser uma ferramenta de intervenção, dando destaque à escuta como principal ferramenta de acesso à subjetividade. Costa, Pacheco e Perrone (2016) corroboram como o lugar privilegiado da escuta como ferramenta clínica, ressaltando a primeira escuta como momento revelador de elementos que atravessam a singularidade dos atendidos.

6.5 Dimensão multiprofissional e multifatorial da intervenção

Observamos a inter-relação dos eixos construídos por nós neste capítulo. A questão da coletividade e a dimensão sociopolítica do cuidado incide diretamente na dimensão necessariamente multiprofissional/multifatorial da intervenção. O saber e o fazer do psicanalista deve estar em articulação com outros saberes e discursos na construção e planejamento das estratégias de cuidado. Tanto nas equipes hospitalares, quanto nas situações de desastres, a emergência convoca um cuidado multiprofissional e multifatorial.

Os desastres envolvem, necessariamente, uma grande quantidade de equipes de suporte que se organizam de acordo com o Plano de Contingência adotado. Participam profissionais da saúde, profissionais da segurança pública, equipe de resgate das vítimas e sobreviventes, soldados, bombeiros, motoristas de táxi, civis, dentre outros.

Musso e Sarmiento (2003) apresentam a assistência psicológica, de base psicanalítica, oferecida às vítimas da inundação na cidade de Santa Fé, em 2003, na qual milhares de famílias tiveram de enfrentar, de maneira imprevista, o deslocamento forçado e a perda de bens materiais e simbólicos. Os autores se perguntam sobre quais ferramentas a psicanálise tem disponíveis para a realização desse tipo de intervenção. E ressaltam a importância de incluir as inevitáveis alterações no enquadre, tais como a impossibilidade de definir a frequência e duração, o local onde o atendimento é realizado, a presença de outras pessoas e interrupções. Concluem que o que orienta o trabalho psicanalítico, portanto, é a disposição analítica do analista, ao se situar em uma perspectiva diferente de qualquer outro diálogo.

Efraime Jr. (2014) acrescenta – referindo-se ao contexto africano, mas que é extensivo a diferentes culturas, sobre a necessidade de dialogar com representantes de tratamentos espirituais e holísticos que façam parte do cotidiano da população, uma vez que dão acesso a conhecer os recursos acessíveis aos atingidos para o enfrentamento coletivo do acontecimento.

A inclusão no planejamento das ações, o reconhecimento e a valorização das práticas culturais e coletivas como estratégias de enfrentamento, incluem também a articulação com

as lideranças de saberes de cunho espiritual e religioso, bem como representantes da comunidade. Trabalhar necessariamente em equipe recoloca a discussão que já citamos anteriormente sobre os desafios para o psicanalista em sua posição em relação à equipe.

O psicanalista deve incluir, portanto, em sua intervenção, os tempos, espaços e práticas do cuidado multiprofissional que participam da rotina e do cenário de urgências, emergências e desastres. Este fato exige o trabalho de inserção do psicanalista que o insira nas discussões caso, no planejamento das ações, que ele participe e contribua na qualidade da comunicação multiprofissional, no tratamento simbólico aos protocolos e fluxos instituídos, sendo sua função estar atento a subjetividade da utilização destes dispositivos.

Ponto delicado e complexo é o fato de que, em algumas situações, o psicanalista pode ser acionado a realizar um trabalho clínico voltado aos demais profissionais, exigindo que ele circunscreva seu lugar em relação à equipe para a efetividade de suas contribuições à equipe, o que nos leva ao próximo item.

6.6 Diversidade dos atendidos

Tendo em vista a dificuldade de delimitar quem são as vítimas, dada a multiplicidade de efeitos e impactos, a intervenção deve partir de um olhar sobre o social e para os cuidadores como forma ética de intervenção em desastres como estratégia de diagnóstico situacional e apuração das demandas sociais e singulares.

Nas emergências hospitalares, temos, pelo menos, o paciente e sua rede de suporte como potenciais grupos a serem atendidos, além de estarmos atentos às repercussões na e da equipe no projeto terapêutico, bem como nos efeitos da inserção do psicanalista no grupo multiprofissional.

Em desastres, conforme apontam Costa, Pacheco e Perrone (2016), participam do trabalho de acolhimento e cuidado em saúde mental e atenção psicossocial a atenção aos profissionais da saúde e segurança pública envolvidos nos cuidados iniciais, no resgate de vítimas, e sobreviventes, tais como soldados, bombeiros, motoristas de táxi e civis que auxiliaram voluntariamente nos primeiros socorros. Todos os que compõem a cena de resposta de enfrentamento do desastre devem ser considerados no planejamento de suporte emocional.

O trabalho realizado por Efraime Jr. (2013) descreve a escuta de ex-crianças soldados, e inclui os profissionais da educação tanto na dimensão dos saberes em articulação – uma vez que participam das estratégias de cuidado das crianças e de seus familiares –, quanto na

possibilidade de serem atendidos quando afetados pelos acontecimentos que acometem uma comunidade.

Efraime Jr. (2013) relata que a guerra em Moçambique, ocorrida depois da independência, polarizou a sociedade moçambicana. A população atendida apresenta dificuldades em confiar nos psicoterapeutas, de modo que a transferência estava necessariamente atravessada pelos sentimentos de desconfiança, medo e associação com o governo. O próprio autor reconhece que foi militante da FRELIMO, e mesmo que houvesse passado os anos da guerra fora de Moçambique, percebe-se moralmente responsável pelas atrocidades cometidas com as crianças. Esse aceitar da responsabilidade não equivale a um sentimento e culpa que impossibilitasse uma atitude de “neutralidade” face aos partidos políticos e que não permitisse a criação de uma aliança terapêutica com os pacientes.

Efraime Jr. (2013) observou que as ex-crianças soldado buscavam um terapeuta que as aceitasse como pessoas reais e não se refugiassem apenas em interpretações referentes ao mundo intrapsíquico delas. Estava em curso a função de testemunha do psicoterapeuta, sobre as atrocidades que elas haviam sofrido e também cometido. A transferência era um processo através do qual elas retomavam ou reconstruíam relações atravessadas por episódios de crueldade, culpa e ambivalência.

O autor define como objetivo da intervenção realizada pela equipe de psicólogos e psicanalistas a reconstrução psíquica das crianças e jovens vítimas da violência militar, através da superação de estados traumáticos, na medida em que se acessasse a dimensão subjetiva dessa possibilidade de elaboração, apontando também para a noção de singularidade. Para isso, compartilha ele, foram utilizados diversos dispositivos clínicos: desenho, a pintura, a música e o teatro, atividades de caráter mediador, em geral realizadas em grupos.

Na experiência da Clínica de Cuidado, em entrevista com um clínico geral da cidade, que desempenhava importante função de cuidado à comunidade há 30 anos, nos alertou sobre o impacto de um acontecimento da proporção de um desastre: “atingidos? Atingidos fomos todos!”, interrogando sobre essa nomeação se restringir a determinado grupo de atingidos. Este ponto, em coerência com os referenciais de gestão integral de cuidados em riscos e desastres, requer cuidado e ética, pois existem grupos que estão mais diretamente atingidos e a avaliação sobre como organizar o tempo e a forma de cuidado aos diferentes grupos e níveis de atingidos deve ser incluída na intervenção.

Essa variabilidade exige também, que atento às especificidades, o psicanalista saiba situar como as especificidades incidem em seu trabalho, sem, contudo, produzir variações em

seu método, ainda que amplie as possibilidades em termos de instrumentos, técnicas e táticas. Fato delicado e complexo, que discutiremos no capítulo 7.

6.7 Da beira leito ao beiradão: territórios de escuta

Era um rio. Mergulhei. Não sabia a profundidade, mas queria ir o mais fundo que pudesse. Inundei. O que aprendi em quinze dias fez fazer sentir vários antes. Antes eu talvez não soubesse dar nome porque estava só. No rio, eu era junto. A escuta só se fazia em dobro. Voltei com a alma sintonizada e a cabeça avoada. O cotidiano ficou embaralhado, precisava de mais tempo pra cuidar das histórias dentro de mim. Mas o rio não para um minuto. Então, inventei olhar o céu. E toda vez que olhava o céu, sabia que o céu era um só e lembrava do ribeirinho com medo do anoitecer. Passei a olhar ao céu como primeira coisa do dia, para aprender com o amanhecer. Eu que não durmo, sonho demais. Sonho que o que a gente fez ali foi grande, e não parou ali. Tenho vontade de ler a história que escrevemos. E contá-la. Mas sei que a história ainda se inscreve, se redobra, faz arco-íris sobre nós.

(Layla Gomes, postagem no Instagram, 2018)

A construção da usina hidrelétrica de Belo Monte, na Amazônia, se efetivou após um controverso processo de implantação, entre 2011 e 2016, durante o qual uma série de violações de direitos humanos foi colocada em curso. Sua instalação, em 2016, ocasionou um impacto ambiental considerável, com a submersão de ilhas e a morte do ecossistema de parte do Rio Xingu. A consequente inundação das margens do rio resultou na expulsão compulsória de aproximadamente 20 mil ribeirinhos de suas casas, e seu modo de vida foi inviabilizado, produzindo intenso sofrimento psíquico nessa população.

A definição jurídica e discursiva do que vem a ser uma casa, o modo de restituir seu valor, a forma de recompor seu lugar com a comunidade conexas que a define, foi decidida pela empresa Norte Energia²⁴, com a anuência do Estado Brasileiro, e sem consideração à cultura e aos modos de pertencimento da população local. A expulsão dos ribeirinhos de seu território de origem teve, ainda, outras consequências: provocou o adoecimento físico de

²⁴ Norte Energia S.A. é responsável pela construção e operação da Usina Hidrelétrica Belo Monte, informação retirada do site: <https://www.nortenergiasa.com.br/pt-br/norte-energia>.

muitas pessoas que apresentaram sintomas como: tonturas, alterações significativas no sono, pressão alta, afasia e perda de força muscular, dentre outros (GUARRESCHI, 2019; BRUM, 2021).

Tal catástrofe ambiental e social produziu uma amplitude de respostas da população local e da sociedade civil ampliada. O projeto Clínica de Cuidado foi idealizado pela jornalista Eliane Brum, que escuta os atingidos por Belo Monte desde 2011. Em seu registro jornalístico rigoroso, enquanto escutava pessoas em sofrimento, entendeu que uma iniciativa diretamente dirigida ao cuidado com o sofrimento psíquico se fazia necessária. Em seu livro, *Banzeiro Okoto*, Eliane afirma que a equipe deu forma ao nome-conceito Clínica de Cuidado, história documentada por ela e pelo fotógrafo Lilo Clareto, no documentário intitulado “Eu+1” (2017).

Juntaram-se a Eliane Brum, inicialmente, os psicanalistas Christian Dunker e Ilana Katz, depois Cássia Pereira e André Nader, que começaram a se reunir para tecer a proposição de trabalho. Foi um longo processo de preparação e seleção da equipe. Os coordenadores estiveram em Altamira, no Pará, para que se apresentassem aos moradores locais e lideranças de movimentos sociais e compreendessem, nas palavras de Brum (2021), a realidade com o corpo encarnado na paisagem” para 1) escutar e aprender; 2) compreender com que palavras as pessoas nomeavam o sofrimento; 3) descobrir se nossa presença fazia sentido para quem estava lá e, caso fizesse, por que caminhos uma intervenção em saúde mental poderia produzir cuidado ali. Em todo o processo de preparação e seleção da equipe de psicanalistas que iria a campo, era fundamental 4) não prometer nada que não pudéssemos cumprir, como explica Eliane Brum (2021): “era vetado ser mais um colonizador e estávamos muito atentos a isso, porque sabemos que o pior colonizador é aquele que não sabe que é. E só a escuta, essa que se faz com o corpo inteiro, poderia nos proteger da tentação de acreditar que sabemos o que não sabemos. (p. 264).

Coerentes com esses princípios, em viagens que precederam nossa ida em janeiro de 2017, Ilana, Cássia e André se reuniram com agentes da saúde pública de Altamira, advertidos de que cuidado em saúde mental é um direito e que, portanto, deveriam estar articulados às políticas públicas para que se sustentassem para além da intervenção pontual que faríamos.

André e Cássia desenharam a logística da operação de cuidado para o trabalho no campo. As pessoas eram indicadas umas pelas outras, pelos movimentos sociais e pelos agentes de saúde pública, e eram consultadas se gostariam de ser ouvidas por nós.

Dezesseis analistas, em duplas, realizamos durante quinze dias a escuta clínica de 62 casos, em 171 atendimentos, abrangendo 82 pessoas (em alguns casos foram acolhidas mais de uma pessoa da família), em local escolhido pelos atendidos. Foram realizadas uma média de dez supervisões por dia, e toda noite, às 20h, havia uma reunião com a equipe toda para discutir o dia e compartilhar as inquietações. Havia reuniões com os serviços de saúde, universidade e movimentos sociais. E um espaço reservado no dia para que cada um pudesse escrever sobre seus casos.

Pisar com meus pés na floresta Amazônia modificou toda a minha forma de perceber o território e a história brasileira. Talvez inicialmente impactada, fui compreendendo as versões livrescas aprendidas na escola, em uma radicalidade que só o corpo coloca em questão.

Vou usar nomes inventados para contar três histórias reais de ribeirinhos que atendi, em diferentes duplas, durante nossa ida presencial a Altamira, em Janeiro de 2017.

6.7.1 “Uma vida (ar)risca outra”

Raimundo, um dos ribeirinhos que atendi quatro vezes, começa contando sua maior perda depois de Belo Monte: sua companheira. De seus 73 anos, 46 foi casado com dona Aurora, seu grande amor. Ela faleceu em 2013, “de nervoso”. As lágrimas são disfarçadas pelos óculos de sol. “Ela teve um derrame de tanto nervoso”. Chegou a ficar em cadeira de rodas um tempo, mas depois faleceu.

Volta à cena um pouco, para dizer quando tudo começou. “Você já viu, pobre não gosta de ficar devendo”. Era seringueiro no alto (Xingu) e veio para Altamira quando a mãe morreu, “mas isso tem muitos anos, sou um dos filhos de Altamira”. Ele tinha uma terra no Alto e pegou um empréstimo no banco pra investir nessa terra, era um projeto do governo pra incentivar pequenos produtores. “As promessas eram muitas, mas o que ficou foi o prejuízo”. Pra não ficar devendo, vendeu as terras para pagar as dívidas do banco e com o dinheiro que sobrou comprou duas casas na beirada.

Em tom passivo e conformado, conta diversas “enganações” que viveu ao longo da vida. Fala com gratidão e humildade do “dinheiro da aposentadoria”. “O que seria de mim hoje sem esse dinheirinho, *não posso reclamar*”. Diz que sempre que paga uma dívida já tem outra. Agora as dívidas são da energia cara de uma casa sem lâmpadas e as parcelas dos móveis da casa no reassentamento urbano, onde mora sozinho. A casa no reassentamento foi

indenização que a esposa recebeu, ele não foi indenizado. Ainda ficou uma parte da indenização da esposa a receber, que depois de seu falecimento ficou paralisada na justiça.

Seu Raimundo diz que não dorme. Fica tentando tirar o “sentido” pra lá. O sentimento, o ressentimento. Fica com uns pensamentos e, muitas vezes, fica nervoso. A cabeça fica “estourando”. Uma vez foi levado ao hospital porque tomou quatro comprimidos de paracetamol e apagou. Lembra de acordar confuso, sem saber onde estava. Lembra que tomou os comprimidos porque estava com muita dor de cabeça e deitou, “pra tirar o sentido pra lá”. Era muito sentido pra se livrar, muito sentido pra dar a tudo o que perdeu em sua história, muito sentido pra dar pra vida que tem agora, que parece não ter sentido nenhum mais.

Em algum momento, eu pergunto sobre seu apelido. Ele diz que é o nome de um peixe que fica “entocado dentro de tronco de árvore no rio”. Os amigos o apelidaram com o mesmo apelido do pai. Agora, ele “está entocado em casa feito o peixe”, ele diz. Contando as enganações e contrariedades da vida, explica pra gente que é difícil confiar nas pessoas e que no fim das contas é preciso zelar, porque “uma vida arrisca a outra”, ouvimos diversas vezes, eu e Christian, que uma vida *risca* outra. Arrisca, risca, marca. Uma vida marca a outra, mas no caso de Raimundo arrisca também. Ele tentando explicar o ditado, conta várias situações em que a ação de uma pessoa arriscou a vida de outra. Quase sempre uma morte estava ligada a outra.

É nesse momento que o tom passivo dá lugar a uma euforia, quando conta a vingança pela vida do amigo Chico Branco. Dos tempos da seringa, o amigo arriscou a vida enganado pelos índios e foi morto. Os seringueiros estavam cercados por índios, mas fizeram um plano de vingança. Naquela época, Raimundo diz que “não tinha medo de morrer e não tinha problema matar”. Ele quis ficar na linha de frente na disputa, “eu queria ir pro frevo”, diz animado. “Foi uma sanção, matamos uns sessenta índios, era uma rajada de tiros”. Fala eufórico. Sinto que ele sentiu prazer em matar.

No atendimento seguinte, volta a falar da humilhação sofrida pela “Norte Energia”. “Quando eu era novo eu pensei até 60/70 anos, pensei que ia viver das conquistas até ali”. Foi enganado, de novo. Ele não ganhou nada da Norte Energia ainda. Outra pessoa falou que era dona da terra, a empresa indenizou a pessoa errada sem pedir documentos. Ele tenta provar que a terra dele é dele, e que ele é ribeirinho. Todos os reconhecem assim, como um dos pioneiros, menos a empresa.

Relembra com nostalgia a vida na beirada, conta dos vizinhos, da união que tinha lá. “O que eu mais queria era a família unida”. Vê as notícias no jornal, de pais matando filhos e filhos matando pais por dinheiro, e fica **sentido**.

Essa talvez seja a maior dificuldade: pensar o futuro. Há uma barragem na história que trava o fluir. O futuro vem enquanto promessa milagrosa ou então não há, é espaço vazio, sem sentido. É angústia e ansiedade, não saber. Ecoa um “não sei o que vai ser de mim”, ora atravessado de morte, ora de monotonia. Ele, que tem problemas de pressão, não toma pílulas com medo do destino que a mulher teve. Sofre de nervoso como ela.

Corta a cena pra contar da humilhação que sofreu outro dia na rua, quando uns meninos jogaram bombinhas nele. Ficou nervoso que até correu atrás deles pra tirar satisfação. Mas a conclusão vai mais além. “Onde eu vim parar? Que vida é essa que eu estou vivendo? Eu tinha companheira, os filhos juntos, os vizinhos, todo mundo se ajudava.”

Morrendo, pouco a pouco, de nervoso. “É, muita gente morreu”. Conta novamente a morte da esposa e de outros companheiros que faleceram de nervoso. Fala longamente sobre isso. Que deprimido e “entocado” já não vê sentido na vida sem seu grande amor. A vida dela arriscou a dele.

Quando encerro os atendimentos, retomando o documento de registro histórico que íamos fazer, ele explica nossa presença assim: “Vocês vão escrever até onde ouvirem, e a gente continua a história aqui”.

A destruição territorial somada à calculada destruição dos laços sociais (com a distribuição dos reassentados por ordem alfabética, por exemplo) têm inviabilizado a possibilidade de restauração de uma relação desses ribeirinhos com sua geografia e sua história pessoal e familiar, gerando lutos em séries, não elaborados. Acrescentam-se à devastação provocada, os altíssimos índices de violência urbana, tráfico, criminalidade, suicídios e adoecimentos físicos após 2016.

O que aparece no relato de seu Raimundo, na euforia da matança dos índios, aponta a forma como a violência se repete também entre oprimidos. Uma vida arrisca a outra é o imperativo da sobrevivência psíquica destes que, para viver, precisam matar. Ou, para não matar, precisam morrer como sujeitos. Ver morrer seus sonhos e sua capacidade de sonhar. A escuta analítica nesse território visou mais a tessitura de um testemunho, que engendrasse, entretanto, como ato clínico e político, a possibilidade de registro histórico, visando não ceder ao apagamento da memória dessa série, a fim de desarticulá-la.

6.7.2 A dor da dor, a dor do outro

Na casa em que chegamos, havia Gabriela, uma menina de 19 anos acamada há 4 anos. O pai é que nos conta a “situação”, seus olhos encharcados de angústia começaram a transbordar à medida que contava. A filha “baladeira” não escutava o pai cuidador. Gostava muito de festa, de brincar, e se envolveu com pessoas erradas. Estava na moto quando levou tiro por engano.

Engasgado, diz que se ela puder falar, o que ele mais queria saber era “quem fez isso”. Acrescenta também que queria dizer a ela que avisou, “não segurou, deu liberdade, mas avisou”.

Na época do ocorrido, o pai teve três sessões com a psicóloga e recebeu alta. Mas queria muito conversar. Conta que moravam no baixão²⁵ e que lá era muito difícil porque a casa inundava em época de chuva. Moravam em palafitas.

Quando pergunto a ele quantos filhos eles têm, o pai se confunde e se corrige, 4... 5.

Entro no quarto para conhecer Gabriela e me assusto ao perceber o olhar vivo dela. A menina sorri e chora, e pisca pra mim quando eu peço. Ela entende. Ela está ali. Pela narrativa do pai, havia compreendido que a filha não tinha nível de consciência e não se comunicava.

O quadro neurológico não é claro; não sabem o que foi efetivamente afetado. O tiro atingiu olho e hemisfério esquerdo. A sequela foi uma hemiplegia. O resto fica um pouco sem explicação. Gabriela estava com traqueostomia de cânula metálica, aberta durante todo esse tempo, sem nunca ter precisado reconectar à ventilação mecânica. Usava sonda nasoesofágica, que é trocada no PSF de tempos em tempos.

Emagrecida, com várias atrofia musculares e entorses. O lado esquerdo, movimenta, mas não foi reabilitado. Tosse o tempo todo, com muita secreção. Mãe me conta que a secreção muda a cor, mas não sabe a diferença. Não tem aspirador (endotraqueal), nem sabe se precisaria. Remédio só pra dor. Sem termômetro em casa, nunca sabe quando a menina tem febre. Tudo isso me assusta: a ausência de orientações; um quadro que aparentemente poderia ter tido alguma reabilitação e estava daquela forma; mas principalmente o nível de consciência nunca esclarecido à família.

²⁵ Região da cidade de Altamira que fica em um bairro periférico, em uma parte onde o esgoto escoar no rio. É comum nessa região a existência de casas de palafitas, preparadas para minimizar o impacto da inundação causada pelos períodos de cheia do rio (normalmente em épocas de chuva/verão).

Mãe conta que quando foi “à psicóloga” não falou nada, só chorou e não voltou mais, “ficou um buraco”, acrescenta. O buraco do tiro, o buraco da traqueostomia, o buraco do filho morto de quem ninguém fala e da menina viva que ninguém escuta.

Enquanto escuta a mãe me contar da morte do irmão, Gabriela me olha de lado, atenta, com jeito de tristeza. A morte foi dias antes da “situação” de Gabriela acontecer. Ainda na “dor do outro”, a segunda tragédia os paralisou. O processo melancólico estava instalado, fazendo atual tudo o que aconteceu.

Mãe me conta que olha para a filha e lembra “daquele dia”, “o tempo todo”. Quando a filha chora de dor, a mãe chora junto. Não sei qual dor a mãe chora. A dor da dor, a dor do outro, a dor da filha. E ela fica ali, ao lado dela o tempo todo. Dorme na cama ao lado e não sai “porque fica com o pensamento nela”.

Do lado de lá, o pai sai muito e sempre. Leva Gabriela nas consultas e fica andando atrás de documentos. Para não pensar na “situação”, não para. Diz que antes, no hospital, só chorava. Olhava para a filha e só chorava. Parou de trabalhar e fica andando atrás de resolver as coisas. Paralisados como ela, a família não saiu do lugar. Não elaborou as perdas. Não fez o luto. Não pôde, até ali, dizer das dores, contar a história, colocar palavra.

“Não dá pra ser feliz, depois que perde filho, mãe não dá pra ser feliz”.

Os sorrisos de Gabriela não têm sentido para eles, para o pai ela tem “cérebro de bebê” e “não chora quando falamos com ela, só assusta”, mas ele não fala com ela. E não fala de coisas ruins “pra não enfraquecer os pensamentos”.

Ele que dorme “com um olho fechado e outro aberto”, sonha que ela volte a ser como era, volte a andar, volte a falar. Mas tem o “sonho e o insonho, não é mesmo? No insonho acontece o pior. Deus o livre aconteça o pior”. Fico na dúvida se ali o “pior” é a morte ou a “situação ficar daquele jeito”.

Mãe lembra que a outra filha sonhou com os dois essa noite. No sonho, as meninas-mulheres da família estavam na ponte da Transamazônica fugindo de cachorros que as perseguiram. No sonho, Gabriela estava viva e bem, como antes de tudo. A irmã estranha Gabriela estar bem no sonho.

Digo “mas esse não é sonho de vocês?”.

O sonho continua com o irmão aparecendo no rio dizendo que vai ficar tudo bem, que os cachorros não vão pegá-las. E desaparece, no rio, levando Gabriela. Novamente, a irmã estranha que Gabriela suma, já que está viva.

“Ela sumiu para vocês, aquela que está ali não é ela pra vocês”.

Os sorrisos dela não eram alegria pra eles, porque aquela que estava ali não era a filha deles, não estava viva para eles. Era um corpo a ser cuidado, muito bem cuidado aliás, em memória dos filhos perdidos. Conto para eles que Gabriela está ali, que ela entende o que nós falamos e que é importante falarem com ela.

Digo a eles que é improvável que ela recupere todas as funções e que, inevitavelmente, algumas perdas podem ser irreversíveis, Gabriela provavelmente não vai ser mais como antes. O quadro clínico dela apresenta limites que podem não ser recuperados. Mas digo também que, por outro lado, tem muita vida ali e muita coisa a ser dita.

Durante toda a conversa, na presença de Gabriela, ela sorri, fica séria e chora sem dor, acompanhando as palavras que antes ninguém dizia. Falo com ela que vamos voltar para conversar mais com ela e para ajudar a família a conversar com ela também. Ela se despede de mim, mexendo o pé esquerdo a meu pedido.

Seguimos a escuta do pai, que conta sobre sua família de origem. O pai lembra da morte de sua mãe. Ele tinha 6 anos, ela a idade que ele tem hoje, 44 anos. Estava grávida de um irmão, quando caiu “de bucho no chão e morreu no parto”, ele viu a cena e conclui “foi ali começou o sofrimento”, nunca esqueceu essa cena, nunca esqueceu a mãe. Depois da morte da mãe ficou de casa em casa e com 17 anos mudou para Altamira, onde casou e formou sua família, “família é tudo, não é?”.

Nos conta convicto e firme que “não aceita que falem da família dele, da mãe, da esposa, dos filhos”, “fico igual vaca parida”. Cuida de todo mundo, mas não cuida de si.

[Em grande parte do atendimento, eu e Rodrigo nos dividimos. Ele fica com o pai e depois me conta que durante o encontro ele parou algumas vezes para beber pinga “escondido”. O pai não fala nada sobre o filho morto, que ele defendeu igual vaca parida, mas não conseguiu salvar.]

Realizamos um segundo encontro na casa dessa família. A cena estava diferente. A mãe principalmente, semblante mais leve, alegre com a nossa chegada. Na casa estava também o filho menor, de 9 anos, que estava de férias na roça do tio no encontro anterior.

O pai se mantém hesitante em falar “das coisas ruins”, diz que aquele dia estava muito angustiado e que hoje estava melhor. Lembra com muita mágoa e revolta uma cena com a médica do PSF quando mudaram do baixão para o reassentamento. Conta que a médica, que não os conhecia ainda e o acusou de negligência, dizendo que poderia ser preso. “Não gosto de pensar muito nisso pra não falhar os pensamentos”. Conta que a médica não conhecia a filha, que “já era fininha assim”. “A médica achou que a gente não cuidava bem, aí parei de trabalhar e fiquei por aqui pra ajudar a mãe”.

Além do violento abandono e negligência das equipes de saúde, a abordagem da médica foi novamente violenta. Eles moraram dois anos no baixão, em casa de palafita, após a tentativa de assassinato, com uma paciente crônica que requer muitos cuidados. Mesmo em condições provavelmente muito precárias, Gabriela não morreu, não teve infecções ou complicações clínicas.

Ele só pensa em “trabalhar mais para cuidar dela”. Diz que os médicos “dão esperanças, depois tiram. Mas a gente tem”.

Perguntamos como é esta esperança, ele fica pensativo, mas diz da expectativa de que ela volte a ser como antes.

Vou ver Gabriela no quarto novamente, mãe diz que se sente melhor. O aspecto de Gabriela é melhor também, mais responsiva, vibrante, sorri quando me vê. O pai mantém suas dúvidas sobre a compreensão e emoções da filha. Mãe está mais segura. Rodrigo lembra a eles que ela tem 19 anos, e que tem todas as emoções e pensamentos de uma mulher de 19 anos. Pai assusta com essa constatação, pois a trata como um bebê após o ocorrido.

Baseado no trabalho que realizava na UTI Adulto, procuro avaliar o nível de consciência de Gabriela, através de recursos da comunicação alternativa. Peço para ela piscar, mexer o pé e movimentar a boca. Ela faz tudo no seu ritmo e passo a ter mais certeza.

O irmão está perto de mim, curioso. Pergunto a ele se já conversou com a irmã e ele me responde que “não sabia que podia”. Com medo daquele corpo estranho, que tosse, chora e não fala. Explico para ele que a irmã dele está ali, que entende o que a gente fala e deve querer falar também. Mostro para ele como me comunico com ela. Explico a ele que agora eles vão precisar aprender a ler o jeito que ela fala e ela vai ter que aprender a escrever para a gente. Ele se anima.

Começo a conversar com ele sobre o futuro, pergunto o que ele pensa em fazer quando crescer e ele responde rapidamente “policial”, e me explica que é “pra matar os maus”. Como os que mataram seu irmão. A mãe esclarece a morte do filho mais velho, quando foi atrás da sua moto roubada e foi morto a facadas, na frente do pai. Mãe conta que, quando aconteceu, o pequeno disse que “se soubesse quem matou meu irmão, matava ele”, e ela disse que era melhor ele ser policial para prender os maus, e ele concordou.

Mãe fala sobre si, me conta que era alegre antes, gostava de sair com as colegas, divertir. Mas agora sai e fica com o pensamento na filha e é muito difícil ela sair, “se pelo menos ela sentasse ou falasse”. Digo a ela que assim como Gabriela não morreu, ela também não morreu. Que precisa dividir as tarefas e também conseguir deixar a filha sozinha alguns momentos, que ela pode querer ficar sozinha às vezes.

O filho mais novo me conta que na roça brincou de “baladeira”. A palavra, sem saber o que significa a brincadeira, me remete à filha baladeira que não ouviu o pai. Pergunto que brincadeira é essa e ele me explica que é um estilingue para matar passarinhos, mas que ele não matou nenhum passarinho. Me explica que os primos matavam, e mandavam ele pegar o passarinho morto e ele não queria buscar. Pergunto o que eles fazem com o passarinho morto, ele diz “Põe no bolso, eu falo para eles ‘não sei porque vocês matam’”. Falo para ele que acho que ele não mata os passarinhos não porque consegue, mas porque não quer matar. Que dá vontade de matar de raiva, mas que isso não resolve a saudade do irmão. E ele diz que sente falta do irmão, saudade, e busca uma foto pra eu vê-lo. Conversamos sobre a foto, sobre suas lembranças do irmão, seus sentimentos e angústias.

Pai se percebe exigente, diz que é assim porque “se Deus o livre aconteça o pior, ainda vão culpar a gente”. O homem acusado evita a culpa que pode sentir. A culpa de ter ido com o filho e não ter evitado sua morte. A culpa de não ter impedido a filha de sair. Rodrigo trabalha muito com ele, eu fico mais com a mãe. Nas brechas em que participo, vejo um homem descobrindo que pode se mover. Descobre que sua angústia tem a ver com ficar “encurtido” ali e que “ficar ali o tempo todo é angustiante”. Fica enclausurada em si tanta raiva, que seu rosto parece explodir. Mas a irritação é vivida “pra dentro”.

Sem conseguir lidar com a própria falta, ele recobre a falta no outro e não fala. Descobre que a menina não pode se mover, mas eles sim, e entende que “o primeiro é cuidar de si”.

No terceiro e o último encontro, nossa angústia sobre o encaminhamento se acentua. Eles, entretanto, já não parecem tão angustiados. O pai não estava, como todas as vezes, na porta esperando. Estava na casa da filha no fundo, sem pressa e sem agonia. Mãe e o filho pequeno nos recebem alegres, e ele me mostra o desenho: desenhou um personagem de desenho e me explica que um lado é bom e o outro mau, “ele está dividido, está vendo?” Vejo a divisão. Um lado bom que sente saudade e esperança, um lado mau onde há raiva e vontade de vingança.

A mãe dispara a falar, diz que está se sentindo muito melhor. Que sente que “estava tudo misturado dentro dela” antes e que agora está mais claro, “desembaralhou um pouco”. Me conta sobre o tempo no hospital: um mês de UTI e mais dois na enfermaria. Na época, a notícia de alta pra casa foi um susto, teve muito medo de não dar conta, pois não sabia fazer nada, “chorava só de pensar”. Foi quando as enfermeiras a ensinaram (a realizar os curativos e dar banho) e da segunda vez, conta orgulhosa, “eu já fazia tudo, as meninas falavam, ficavam impressionadas”.

Quando veio pra casa no começo foi muito difícil. Chorou para colocar comida na sonda e não conseguiu. Ninguém dormiu de dó, e Gabriela dormiu com fome. Mas tentou novamente e conseguiu. Hoje faz tudo. Me conta que pararam a fisioterapia porque era muito difícil. “O carro que buscava não cabia a paciente, que machucava o pé toda vez, ficava muito difícil fazer aquilo três vezes na semana”.

A filha não está bem hoje, faz faces de dor e tosse muito, o tempo todo.

Em supervisão, decidimos levar um caderno e dizer pra eles fazerem dele um diário de cuidados da filha. Anotar nomes e datas das visitas e dúvidas e informações importantes. A mãe se empolga bastante, pede às filhas para escreverem logo. No caderno, a escrita é cuidado. Falamos sobre o encaminhamento para o NASF, que fizemos contato com os profissionais e achávamos importante que eles continuassem acompanhando a família.

A mãe, antes mortificada, emudecida como a filha, agora me conta animada que quando chegar médico na unidade de saúde ela vai consultar pra ver a dor nas costas. O atendimento, enquanto possibilidade de se contar, possibilitou o emergir da fala. Falaram de dores não-ditas. Romperam um grande silêncio, e talvez agora possam se mover.

6.7.3 A emprestada

O caso começa quando o ouço sendo contado pela procuradora da República, Dra. Thaís, em reunião conosco no hotel: “Uma ribeirinha que perdeu a filha de 3 meses porque não tinha vizinhos para ajudar, para levar de barco para o hospital na cidade, estavam sozinhos na ilha”.

Fiquei inquieta com essa história. Estávamos encaminhando para o fim de nossas intervenções, mas não aceitava pensar que aquele caso não seria atendido. Minimamente triado, escutado, encaminhado. Eu precisava ver como aquela mãe estava. Incomodei um pouco nossos coordenadores para que alguém pudesse atender essa moça, caso ela quisesse. Eles conseguiram incluir mais esse atendimento em nossa agenda.

A moça jovem, encardida de sol, miúda, começa dizendo que está ali “emprestada”, na casa da sogra, porque não foi indenizada. A ilha em que morava, Costa Júnior, não foi considerada atingida porque não alagou.

“A vida da gente é muito triste”

“Parece mentira, você não acredita, a gente tinha tudo lá na ilha. Escola pros meninos, posto de saúde, nossa roça. Tudo o que eu precisava eu tirava da terra, não tinha essa de comprar as coisas. Se você fosse lá você ia ver”.

Tem dois filhos, meninos fortes e saudáveis, que correm pela casa o tempo todo durante o atendimento. A casa é espaço coletivo. No terreno do RUC a sogra acolheu duas noras e seus netos. Mas cada um tem a sua casa. Entra e sai gente o tempo todo, como um lugar de passagem. Nossa escuta, nesse primeiro encontro, é afetada por uma movimentação intensa naquela casa, barulho, funk, cachorro, pássaro, gritos, conversas.

A moça segue contando que a vida na ilha “Era difícil, mas tinha amor e carinho”. Conta, meio em segredo, que, na cidade, o marido começou a trair. Ele sai pra trabalhar e volta tarde da noite, sem dar explicação. “Eu to aqui porque não tenho outro lugar pra ir”. Ficaram na ilha até um ano e meio atrás, quando a caçula faleceu.

“Eu vejo ela em todo canto, não gosto nem de falar”. A filha morreu com três meses. “Derrubaram a escola e o posto de saúde, pensaram que nossa ilha ia alagar”. “No fim não alagou e largaram a gente lá sem nada”. Sem indenização resolveram ficar na ilha e continuar tocando a vida “com sossego”. Mas os vizinhos foram indo embora, “foi ficando vazio”.

Conta que a terra “mudou completamente”, os animais foram morrendo e as plantações não nasciam. A filha deu febre de tarde. O barco estava **emprestado** pra um vizinho que ia devolver no outro dia. Não tinham contato com a cidade ou outra pessoa qualquer. No outro dia o vizinho chegou só à noite. Com medo do rio de noite, que já era rio desconhecido com tantas alterações após a construção da usina, resolveram esperar amanhecer para “voar”²⁶ pro médico na cidade. À meia noite a menina morreu, nos braços da mãe na rede, “Minha menina era tão linda”.

Depois da morte da filha, “eu vim pra cidade, não conseguia ficar lá. Fiquei com depressão e queria morrer. Via ela em todo canto”. O marido ficou na ilha. No verão alagou de um jeito que o rio nunca tinha feito. E o marido sozinho se espreitou feito bode no alambrado da casa. Viu as cobras matarem os cachorros em cima da mesa. Desistiu da ilha e veio para cidade também.

“Eu fiquei na rua, na casa dos outros. Mas se eu for pra debaixo da ponte eu levo meus filhos. Pra todo canto que eu for eu levo meus filhos”. Prefere ficar ali do que voltar pra ilha, “Porque se a pessoa voltar pra mesma casa, é mais difícil”.

“Se você ver você não acredita, mas eu trabalho feito homem na roça. Não sei ficar parada aqui na cidade, não sei fazer serviço da cidade. Serviço da cidade não acaba, não tem futuro. Porque se você planta, você colhe, mas arrumar casa não, no outro dia é tudo igual”. A moça “emprestada” não se reconhece nesse lugar. Seu movimento melancólico não lhe

²⁶ O barco nesta região chama voadeira.

permite perspectiva. A narrativa é densa e sofrida e revela sua identificação maciça com o objeto perdido.

Em sua história de vida, revela ser “filha de mãe”. “Naquele tempo as mulheres não sabiam quem era o pai”. Teve um padrasto que exerceu essa função.

Pedimos para ver sua casa. Com as madeiras trazidas da ilha, a casa é um barraco pequeno no fundo do quintal. Lá fora, antes de ir embora, o tom melancólico se acentua enquanto esperamos o carro que vem nos buscar. A moça suspira olhando os meninos correndo e diz “Se eu perder mais um eu me mato”.

Nosso retorno é bem recebido e percebemos que houve algum efeito. A moça nos conta detalhes da vida na roça e da saída que encontra pra enfrentar a expulsão “Pra todo canto que eu vou eu tenho que logo plantar raiz”. No terreno baldio no fundo da casa, mostra as plantas que plantou durante esse tempo que está ali. No fundo do barraco coube um pequeno quintal onde plantou em vasos e horta plantas da ilha. Me encanta o pedaço de verde apertado em território emprestado pra lhe conferir um mínimo de existência. O teto do quintalzinho é coberto de rama e fruta, o chão guarda as mudas que serão usadas em algum lugar.

“Eu planto raiz pra ficar pra história, minha mãe que me ensinou isso. Mesmo se eu não ver os frutos, aí fica pros meus filhos também.”

A ideia de se matar é recorrente. Apareceu com a morte da filha e retorna sempre que pensa ou vê a menina. Pedro pergunta se ela sente culpa por ter emprestado o barco. Ela responde que “muito”. “Minha menina estaria aqui comigo agora”. Tem medo de falar com os meninos sobre a irmã e eles quererem se matar. Eu, espantada com esse pensamento, pergunto por que ela pensa que isso poderia acontecer. “Eles choram quando falo dela”. Sobre os meninos, “Não vou mentir, são nervosos e não falam”. Com três e cinco anos, os dois tem dificuldades na fala. Impedidos de falar de sofrimento, se agitam buscando lugar para suas inquietações.

A mãe, escondida em sua melancolia, não faz transitar a palavra. Nos pergunta, como que constatando, se “ficar imaginando enfraquece ou dá recursos?”. De um jeito bonito, entende que falar dá recursos. Falar da tristeza e da saudade, da culpa e da revolta. Conta pra gente, falando da terra, que o primeiro ano é mais difícil, mas no segundo a vida volta. Resume sua conclusão mostrando a raiz plantada na frente da casa. O “pinhão da sorte” foi semente encontrada na ilha, quem encontra sabe que é bom sinal. Finaliza mostrando que plantou e “já floresceu”.

6.7.4 Eu+1

Enquanto dispositivo que continha um limite temporal, o projeto se estruturou de modo a incluir em sua tática a noção de tempo lógico, que inclui a compreensão de suas instâncias, a fim de possibilitar, via escuta, o advento do ato de palavra. Toda a intervenção se orientou pela importância do testemunho, memoriais ou publicações, como possibilidade do reconhecimento da gravidade do acontecimento, que tenta promover uma reparação histórica e coletiva, e objetivou a produção de um documento histórico (o já citado documentário).

O desmonte das redes de ligações comuns construídas nos laços sociais – desmonte realizado pela empresa responsável ao organizar o reassentamento dos expulsos, desarticulando a capacidade de enfrentamento coletivo – provocou, além do desenraizamento e desterritorialização, dificuldades no processo de reconstrução simbólica a partir da experiência compartilhada, anteriormente baseada nos processos identitários, modos de vida e redes relacionais.

Uma das possibilidades de enfrentamento de uma situação traumática é a viabilização de uma narrativa. É poder contar a história, poder inscrever aquele acontecimento na própria história, lembrar e esquecer, reconhecendo a gravidade, reconhecendo os prejuízos e podendo então lutar por reparações, sejam elas financeiras, históricas, necessariamente simbólicas e sociais.

Seu Élio, um ribeirinho, descreveu em uma entrevista para Eliane Brum a equação da resistência: “Eu+1” (2017), título de nosso documentário. A experiência da Clínica de Cuidado “invocou o poder da escuta como ato político de resistência. Uma escuta que atravessa campos de saber e também corpos. A voz vai passando de um corpo a outro. Por deixar marcas nessa passagem, ganha o nome de transmissão” (BRUM, 2021, p. 270).

7. Direção do tratamento em emergências e desastres

Ponto de partida, portanto, para pensar os fundamentos clínicos da psicanálise em emergências e desastres é a compreensão da urgência subjetiva. É a operação analítica que transforma o chamado em urgência subjetiva, isto é, introduz os significantes que singularizam o acontecimento a partir de seus operadores, atravessada pelos desafios evidenciados nesta clínica: morte e tempo. Introduzimos, desse modo, a dimensão clínica desta tese, ao deixar claro que é o sujeito que nos interessa e que para acessá-lo há um caminho que apresentaremos em sequência: a transferência, o tempo e o ato.

7.1 A urgência subjetiva

Na intenção de avançar nas interrogações clínicas sobre a atuação do psicanalista na emergência, proponho um diagrama clínico para orientar nosso trabalho neste cenário. Da revisão do tema em psicanálise, destacamos as movimentações causadas na noção de traumático, base para pensar a leitura lacaniana sobre o Real e o tratamento dado via transferência àquilo que apuraremos neste momento: a urgência subjetiva.

A definição de emergência realizada no capítulo 4, circunscreve uma questão que nos interessa, ao pensar o que faz um psicanalista frente a esse cenário em que temos: um paciente em risco iminente de morrer, os familiares e a equipe que o tratam. Gibello, Netto e Moretto (2019) afirmam que uma emergência demanda da equipe multiprofissional um fazer, um tratamento, uma intervenção, que reverta ou interrompa o risco de morte do paciente.

Gibello, Netto e Moretto (2019) alertam para a tendência, no hospital, de fazer coincidir a emergência médica com a solicitação de intervenção de um psicanalista, ou, pelo menos que essa solicitação aconteça em caráter de urgência. Isso ocorre porque se parte do princípio de que, se temos situações iminentes de morte do paciente, haverá rupturas e descontinuidades psíquicas seja do paciente ou de seus familiares.

A ameaça ao próprio corpo biológico, ou de perda de um familiar, pode colocar o sujeito frente a uma dimensão do Real, o que desorganiza suas coordenadas simbólicas e imaginárias, isto é, sua possibilidade de inscrição desse acontecimento. Entretanto, considerar que uma emergência médica necessariamente causará um evento traumático contrapõe-se à

própria teoria freudiana sobre o traumático, uma vez que exclui o fato de que cada sujeito vai experienciar um acontecimento a partir de sua posição subjetiva.

Na literatura psicanalítica não há uma definição clara que diferencie urgência e emergência, consonante com a literatura médica, porém é prevalente a expressão “urgência”, em detrimento da expressão “emergência”. Precisaremos definir o que entendemos como urgência subjetiva, para, enfim, falar do atendimento psicanalítico nesse cenário.

Azevedo (2019) afirma que “num lugar em que as respostas médicas são urgentes, não podemos esquecer que estamos lidando também com urgências de outra natureza, a saber, as urgências subjetivas” (p. 12). Tais urgências podem ser precipitadas pelo medo, dor e morte que compõem esses acontecimentos, que em geral impõem dificuldades em sua representação e inscrição, considerando os elementos já amplamente discutidos: a morte e o tempo, que poderiam se articular àquilo que estaria no campo do Real.

Simões (2011) busca esclarecer a confusão estabelecida na literatura psicanalítica entre urgência subjetiva e o conceito de trauma, apurando a noção de urgência subjetiva em sua dissertação de mestrado intitulada “A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento”.

A autora define urgência subjetiva como algo que incide sobre o espaço e o tempo, sobre o sujeito e o social, causando rompimento no simbólico. Uma urgência subjetiva pode, portanto, se aproximar daquilo que pode vir a ser traumático. Entretanto, lembremos que vimos, em Freud, que o traumático só se delinea a posteriori, sempre articulado a um fator subjetivo (GIBELLO; NETTO; MORETTO, 2019), o que significa dizer que “nem todos os expostos à mesma situação serão traumatizados” (p. 258).

É preciso sempre diferenciar o trauma, enquanto processo, aquilo do Real que toca o simbólico, como algo estrutural à constituição subjetiva; e o traumático, acontecimento que, em uma segunda cena, a partir do rompimento agudo da cadeia significante suspende o lugar do sujeito no simbólico, não encontrando vias de representação (SOLER, 2021, SIMÕES, 2011; Gomes, 2014).

Soler (2021) vai de Freud a Lacan, propondo que o fundador da psicanálise já procurava a causa fundamental da origem do lado daquilo que posteriormente Lacan, e seus sucessores, vão chamar de impossível; não uma contingência, mas um impossível. Se considerarmos a premissa lacaniana de que existem elementos que escapam à linguagem, e de que todo laço social está organizado em torno de um impossível: o Real é este impossível, o impossível de representar.

Diante do Real, a vivência do Outro como absoluto, o sujeito fica exposto a uma vivência de puro desamparo, de modo que, quando acessa o sofrimento estruturalmente evitado, vivencia o sofrimento como a produção de um caos afetivo. O sujeito oferece testemunho do seu encontro com o Real, recuperando as modalidades da incidência desse Real no simbólico (VORCARO, 2005).

Retomemos o próprio processo de constituição subjetiva apresentando, sucintamente, os três registros da experiência humana: o real, o simbólico e o imaginário. O simbólico remete simultaneamente à linguagem e à função que organiza a troca no interior dos grupos sociais. O imaginário designa a relação com a imagem do semelhante. O Real, que deve ser distinguido da realidade, é um efeito do simbólico: o que o simbólico expulsa, instaurando-se.

A princípio temos o real do corpo, em sensações desorganizadas corpórea e psicicamente. Um eu emergirá, contudo, de um corpo que se apresenta tanto em sua dimensão imaginária quanto a partir da linguagem. Entretanto, esse desenvolvimento não é linear, e haverá sempre situações que extrapolam a nossa possibilidade de apreensão simbólica. Quando isso acontece, é também no corpo que o real produzirá os seus efeitos. (SILVA; BLEICHER, 2020, p. 97).

Nas emergências e desastres, é comum que o paciente e/ou familiar se deparem com a gravidade do quadro clínico em um tempo imediato, seja com possibilidade de óbito iminente ou até mesmo que o primeiro encontro com a equipe de cuidado seja o momento de comunicação do óbito ou reconhecimento de corpos – situações que podem resultar em situações-limite.

As situações-limite, para a psicanálise, são especificamente as situações nas quais o sujeito está em risco de desaparecer, indiferenciado em relação a um conjunto de pacientes. Moretto (2018) afirma que “traumática é, portanto, a experiência que, não reconhecida, produz um sujeito invisível ao outro por meio da indiferença deste último” (p. 52). Para tentar fazer borda ao acontecimento e acessar a história do sujeito que sofre, a emergência médica hospitalar convoca os profissionais a uma necessária reorganização do enquadre. O que atualiza a importância de pensar como o psicanalista, fazendo parte dessa cena, pode fazer função de reconhecimento, através da experiência de cuidado.

Citando Begala (2006, texto original indisponível), Simões (2011) afirma que falar de urgência implica um encontro com um limite; entretanto, isso que pode causar uma impotência do discurso em ler o acontecimento, só é subjetivo na medida em que diz da

posição de cada sujeito. Uma urgência só é subjetiva a partir da escuta de um analista que localiza a posição subjetiva em torno de alguns significantes extraídos da fala do sujeito.

Freud, em 1915, afirma que, com exceção daqueles que lidam profissionalmente com a morte, o homem civilizado “não pode admitir nem em pensamento a morte de outrem, sem considerar-se duro e malvado” (FREUD, 2010e, p. 230). Como profissional que trabalha no setor de emergência médica, o psicanalista passa a compor esse grupo daqueles que podem falar sobre a morte e, mais que isso, talvez essa morte represente aquilo que dispara para o sujeito um sofrimento a ser escutado pelo psicanalista, desencadeando o que de fato consideramos uma urgência subjetiva.

Nas palavras de Kallas (2020), “frente ao imponderável, é necessário tecer uma teia de ficções e significantes entre beiradas, na expectativa de sobreviver psiquicamente e não morrer para a vida em si” (p. 55).

7.2. Transferência

Em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* (1912), Freud (2020) compartilha preceitos que extraiu de sua própria experiência clínica, tanto em relação àquilo em que naquele momento percebia funcionar na operação analítica, quanto em seus equívocos no manejo clínico dos casos. O que parece ficar evidente para Freud, em termos de técnica, é o que caracteriza a postura do analista frente a seu paciente, e que foi nomeado pelo autor como atenção flutuante. Podemos acompanhar a leitura sobre a atenção flutuante indicada por Freud aos analistas no comentário ao final do texto na edição da Editora Autêntica:

Segundo nota Assoun (2009, p. 319), o adjetivo *gleichschwebend*, para além da mera questão da flutuação, designa as pequenas batidas de asa suficientes para que um pássaro possa planar. É esse tipo de atenção que Freud recomenda aos analistas, suficiente para que o analista possa escutar, sem seleção prévia, as associações livres do analisando. (p. 105)

Como vimos, ao tratar da técnica do analista, Freud (2020) fala em termos de postura. Ora, esse é um ponto fundamental que permite acompanhar a construção sobre a atuação do psicanalista não pela via do estabelecimento de um padrão, mas, sobretudo, uma postura que assegura uma posição. Sabemos que a posição do psicanalista é ancorada por uma ética indissociável de seu fazer. Portanto, ao longo de todo o texto, Freud demonstra que, ao assegurar uma posição diante do paciente, é a atenção flutuante que irá permitir que a análise

abra espaço para que a equivocação – via associações livre – e apresente pontos importantes da transferência e, conseqüentemente, do tratamento.

Se partimos do princípio de que a intervenção se baseia na escuta, como instrumento privilegiado do analista, cuja técnica é a atenção flutuante, os obstáculos que se apresentam à capacidade do psicanalista de escutar, e/ou de memorizar o escutado, são processos inconscientes que se manifestam através da resistência. Importa dizer que os mal-entendidos e os tropeços que comparecem na escuta também são material que interessa à análise, tanto do lado do paciente, quanto do analista. É preciso considerar que essa é também uma forma de manifestação do inconsciente e que o inconsciente do analista deve estar à disposição do trabalho de análise do paciente, isto é, participa da operação analítica.

Sendo assim, Freud (2020) já nos advertia da importância da análise pessoal do analista como forma de dar o devido tratamento a questões e complexos da pessoa do psicanalista que possam gerar pontos cegos em sua percepção analítica sobre o discurso do paciente. O autor é enfático e insistente em todo o texto ao propor que as demandas afetivas do analista não interfiram em sua escuta. Estende essa recomendação às expectativas que porventura o analista possa ter em relação aos resultados da análise do paciente, naquilo que se relaciona ao seu “bem-estar”, assim como às expectativas de reconhecimento ou gratidão por sua pessoa implicada nessa função.

Freud indica que o ideal de neutralidade possivelmente reserva um impossível, mas orienta que o psicanalista vise uma opacidade em sua presença, tal qual uma superfície espelhada, onde o que ele mostra ao paciente se restringe ao que por ele é mostrado, preservando, portanto, a singularidade necessária do conteúdo a ser tratado. Por fim, importante destacar um comentário precioso de Freud – e que será explorado e desdobrado em textos posteriores –, que evidencia tanto a crucialidade da transferência como condição de possibilidade de uma análise se dar, como também de finalidade de um tratamento. Afinal, Freud aponta que a resolução da transferência é uma das principais tarefas do tratamento – frase nesse texto ainda enigmática, mas que indica o conceito da transferência como fundamental nas investigações e construções freudianas.

Como podemos constatar, na medida dos avanços teóricos e técnicos produzidos por Freud a transferência vai adquirindo centralidade no dispositivo. O texto publicado imediatamente depois é *Sobre a dinâmica da transferência*, também de 1912. Freud (2020b) inicia de forma categórica: “necessariamente a transferência se desencadeia durante um

tratamento analítico” (p.107); o que significa dizer que, se há um tratamento analítico, houve, necessariamente, o desencadeamento da transferência.

Para avançarmos neste ponto, vamos retomar o comentário do texto Sobre a dinâmica da transferência (FREUD, 2020b). Esse texto marca o primeiro esforço de sistematização de Freud em torno da questão da transferência. Observamos que, para isso, foi preciso esclarecer a natureza do trabalho analítico que, por sua vez, está condicionado à compreensão do processo de constituição subjetiva.

Retomemos aqui apenas aquilo que é necessário para compreender a dinâmica da transferência. Sabemos que o sujeito se constitui a partir de dois pontos fundamentais: as predisposições inatas/constitucionais e as influências primordiais vividas na infância. Dessa junção resultam as moções libidinais que determinam sua vida amorosa, por sua vez, matriz da transferência.

A necessidade de amor é sempre parcialmente satisfeita, e é a partir disso que falta para sua plena satisfação que o sujeito se constitui como desejante. Esse arranjo libidinal é reeditado nas relações amorosas futuras, e isso comparece na transferência com o analista. Por meio do processo de recalque, uma porção da libido fica apartada da realidade, no inconsciente. A direção do tratamento analítico consiste, resumidamente, em resgatar essa porção da libido tornando-a novamente acessível à consciência, isto é, a serviço da realidade. Esse tratamento, entretanto, deve considerar que existem resistências cuja função é manter a libido recolhida tal como está.

A conservação do recalque das pulsões inconscientes – desde então constituídas no indivíduo e em suas produções – é um mecanismo de defesa contra o trabalho psíquico de suspendê-lo. Quando tais recalques são localizados pelo processo analítico é esperado que as resistências compareçam em igual proporção e intensidade. De tal forma, fica claro, em Freud, que “a resistência acompanha o tratamento a cada passo; cada ocorrência [Einfall], cada ato do analisando precisa prestar contas à resistência” (p. 112).

Nesse ponto, Freud ainda compreende a transferência como a mais forte resistência ao tratamento, e afirma que é, a partir de sua operação, que se dá a possibilidade de sucesso do tratamento. Os afetos manifestos na transferência, tanto negativa quanto positiva, podem satisfazer a resistência ao dificultarem o processo analítico. A intensidade, a duração e a forma da transferência são efeitos e expressões da resistência.

O manejo da transferência, nesse momento da teoria freudiana, visaria, portanto, tornar conscientes as moções eróticas recalçadas que estão direcionadas à figura do analista. Ao paciente restaria o trabalho de inserir tais moções no contexto do tratamento e no contexto

de sua história de vida, subordinando-as ao que Freud chamou de “observação pensante” que conduz ao reconhecimento de seu valor psíquico.

Freud esclarece que a transferência está presente fora da análise, nas instituições e nas relações do sujeito no mundo, mas que, para ser compreendida como tal, é necessária sua leitura analítica. É muito frequente que a transferência se manifeste tanto na recusa ao tratamento quanto em uma postura de submissão ao tratamento/equipe/ instituição, ambas manifestações a serviço da resistência ao trabalho psíquico de se implicar no próprio tratamento a partir da constatação de sua posição subjetiva.

É por esse motivo que no texto Observações sobre o amor de transferência, Freud (1915 [1914]) (2010d) apresenta que o maior desafio para uma análise é o manejo da transferência, afinal, há uma complexidade inerente ao estabelecimento da transferência que exige cuidados por se tratar essencialmente da natureza psíquica e de seus processos.

Nesse texto, Freud descreve de modo pormenorizado a característica do amor transferencial, representado pelo fenômeno mais clássico de sua apresentação: o enamoramento da paciente pelo médico. Cabe a ressalva de que, embora se trate de uma realidade comumente observada, essa apresentação do amor transferencial é também paradigmática de outras formas de manifestação desse fenômeno. Interessa-nos, principalmente, situar o amor dirigido ao analista como peça fundamental em sua possibilidade de dirigir o tratamento pela via desse amor, isto é, do lugar que ocupa para o paciente.

Freud demonstra como a transferência amorosa de modo algum impede o tratamento, muito pelo contrário; é ela que o causa e o possibilita. Entretanto, explica que para que essa transferência se dê é preciso enfrentá-la no nível do próprio tratamento e não em seus desfechos na realidade. A transferência amorosa é efeito da situação analítica e não ocorre em relação à pessoa do analista, embora passe por ela. De modo que Freud alerta que esse fenômeno não é – e não deve ser – criado de maneira intencional pelo analista, mas acontecer espontaneamente, de maneira autêntica.

Freud retoma a dimensão de resistência contida nessa manifestação transferencial, que a potencializa, esclarecendo que não se trata de acatar as demandas de amor dirigidas ao analista, mas de reconduzi-las às suas origens inconscientes. A presença do amor de transferência sinaliza que o tratamento analítico se iniciou e que, por sua vez, é por meio dele que o tratamento é dirigido.

Vimos que a condição para o estabelecimento da transferência é o tratamento analítico e situamos, brevemente, a forma como Freud o compreende. Lacan (1985)(1998a) retoma o

conceito de inconsciente para precisar que é desse material que trata uma psicanálise, uma vez que “o inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos significantes” (p. 126), sendo função da análise dar condições de seu acesso.

Esse é o mote pelo qual Lacan (1998c, p. 633) introduz a noção de desejo, como o que se manifesta no

intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta. O que é assim dado ao Outro preencher, e que é propriamente o que ele não tem, pois também nele o ser falta, é aquilo a que se chama amor, mas são também o ódio e a ignorância.

De forma que, como efeito da transferência, o amor se manifesta como resistência ao desejo como desejo do Outro. Como nos explica Quinet (1991), a finalidade desse amor não é o saber em si, e sim o objeto causa de desejo.

O amor como endereçamento ao saber estabelece a equivalência entre o ideal do eu e o sujeito suposto saber: o sujeito se mostra, se faz ver, pois se vê amável – donde resulta que ele se faz saber, se presta ao saber do Outro. Essa analogia da estrutura permite que o amor de transferência, como corolário do sujeito suposto saber, venha tapear, visando o mascaramento do *isso olha* cuja angústia é testemunha da presença do objeto. (QUINET, 1991, p. 42, itálicos do autor)

Em “Função e campo da fala e da linguagem” (1955), Lacan (1985) fala de transferência de saber. O psicanalista assume a posição de encarnar esse sujeito suposto saber, advertido de não se identificar com tal posição. O efeito do estabelecimento desse sujeito suposto saber é o amor, o amor de transferência, o amor que se dirige ao saber.

Lacan, portanto, também localiza a transferência no começo da psicanálise, quando o paciente supõe que o analista detém o saber que está contido em seu sintoma. O saber tomado como efeito constituinte da transferência dá acesso à dimensão subjetiva. Essa proposição está vinculada à noção que já discutimos: a entrada do sujeito em análise é indissociável da transferência. “Cada vez, diz ele no Seminário 11, que para o sujeito essa função do sujeito suposto saber é encarnada por quem que seja, analista ou não, isso significa que a transferência já está estabelecida” (QUINET, 1991, p.26).

No *Seminário*, Livro 11 (1964), *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1998a), na Lição 10 – Presença do analista, Lacan (2005) aborda o conceito da transferência pela função que ela desempenha na práxis, evidenciando que há, assim como descrito por

Freud, uma relação entre a transferência e o tratamento psicanalítico: “esse conceito dirige o modo de tratar os pacientes e inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito da transferência” (p. 123), nos levando de volta ao argumento freudiano sobre a relação entre a transferência e o tratamento analítico como condições recíprocas.

Trataremos de demonstrar neste e nos capítulos seguintes que é possível uma psicanálise – um tratamento psicanalítico – no contexto de emergências e desastres. De modo que, sendo possível, podemos afirmar, com Freud e Lacan, que há também, e necessariamente, o estabelecimento da transferência nesse contexto.

7.2.1. Transferência na emergência e desastres

Em Variantes do tratamento padrão, Lacan (1998a) escancara o pleonasma do título, pois, a essa altura, estava claro em seu ensino que o tratamento era sempre da ordem de suas variantes. O autor é categórico:

Pois a rubrica *variantes* não quer dizer nem adaptação do tratamento, com base em critérios empíricos nem, digamos, clínicos, à *variedade* dos casos, nem uma referência às *variáveis* pelas quais se diferencia o campo da psicanálise, e sim uma preocupação, inquieta até, com a pureza nos meios e fins, que deixa pressagiar um status de qualidade melhor do que o rótulo aqui apresentado. Trata-se, sim, de um rigor de alguma forma ético, fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos, não pode ser senão psicoterapia. Esse rigor exigiria uma formalização, a nosso entender teórica, que não conseguiu satisfazer-se até hoje senão ao ser confundida com um formalismo prático, ou seja, com aquilo que se faz ou não se faz. (p. 326).

Entendemos com Lacan, neste texto, que não há uma psicanálise padrão. O que não quer dizer que a psicanálise não tenha princípios. É por conta dessa dimensão dos princípios que podemos pensar a psicanálise em outros campos, assegurando-nos das operações próprias ao psiquismo no interior do seu campo de relações. A práxis no território exige que atentemos à transferência ali, a partir de uma postura na relação com o outro, que pode permitir a instalação do campo transferencial.

Deve estar claro a todo psicanalista, portanto, que não adaptamos a psicanálise ao contexto em que por ela orientamos nossa intervenção. Eis o desafio: sustentar sua ética e estratégia em toda tática que porventura decidirmos utilizar. Advertidos de que, no nível da tática, também prima por rigor e coerência. Como esclarece Lacan (1998a), rigor difere de rigidez, não sendo justificativa para padronizações e protocolizações do fazer analítico, a que

recorrem as escolas de psicanálise ao prescreverem, por exemplo: duração do tratamento, tempo, frequência e enquadre dos atendimentos, dentre outros anteparos imaginários que por si sós não asseguram a operação analítica.

Em uma pesquisa citada por Lacan (1998a), psicanalistas-membros de uma escola na Grã-Bretanha foram consultados sobre as práticas técnicas reais e as normas de trabalho que exerciam, nas quais se observou uma variabilidade de respostas que não compunham um terreno comum, a não ser por um ponto: a necessidade de analisar a transferência. Lacan propõe, então, tal como Freud, que tratemos esse ponto não como um padrão, mas como uma postura.

Lacan (1998a) deixa claro que não se trata em pensar em adaptações do tratamento, mas de pensar o rigor ético de nossa práxis. O autor alerta para o risco de subserviência aos supostos padrões de uma prática psicanalítica, fazendo a convocação de que possamos criar. Situa do lado do psicanalista o critério fundamental na questão das variantes da análise, “uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista” (p. 331).

Na emergência e nos desastres, um desafio se impõe à transferência, na medida em que seu estabelecimento está atravessado pelo lugar que ocupa na instituição ou cenário em que o psicanalista atua. O princípio se mantém: a transferência se estabelece a partir da suposição de um saber no psicanalista. Essa suposição de saber engendra um lugar para o analista na instituição e na equipe, a partir do qual ele será chamado a atuar nos casos, e o modo como ele responde vai instaurar a possibilidade de sua inserção (MORETTO, 2008).

A suposição de saber no psicanalista vai depender, inicialmente, de como se deu sua entrada na instituição, na equipe ou na situação em que foi chamado a atuar. É preciso considerar que há implicações em relação ao fato de o psicanalista fazer ou não parte do quadro regular de funcionários de uma instituição, equipe e setor, pois a natureza do vínculo de trabalho tem incidências na autonomia de trabalho, bem como no trabalho que foi ou não construído previamente ao chamado/intervenção.

Sobre a transferência em situações de desastres, Costa, Pacheco e Perrone (2016) observam que é no campo transferencial construído com o psicanalista que fantasias podem ser localizadas de modo a comporem uma narrativa que organiza a realidade psíquica do acontecimento. Na prática, essa construção se dá a partir da presença do psicanalista que participa da rotina dos cuidados, encontrando seu lugar junto às equipes. Isso possibilita, em momentos cruciais, a introdução de facilitadores no caso, como: as comunicações de más notícias, diagnósticos, gestão e tomada de decisões, visitas de familiares, nos momentos de despedida e exame de realidade.

As dificuldades podem se desdobrar, na medida que a atuação acontece sem a construção prévia de trabalho, o que, entretanto, não impede o estabelecimento da transferência, pelo contrário, talvez o determine: quem é esse que é chamado e/ou chega à cena por ocasião de uma emergência? Há uma interrogação que precipita um lugar. Sustentamos que a entrada no momento da emergência ocorra e, com isso, precisamos nos dedicar a compreender a instalação da transferência como suposição de saber possível de alicerçar inserção e intervenção em um tempo cronológico mais curto.

Lacan considera que a transferência é paradigmática da coisa analítica, na medida em que contém em si todas as propriedades, e “ambigüidades, que constituem seu tempo lógico” (1998a, p. 330). A temporalidade da transferência, portanto, não depende do tempo cronológico, embora seja atravessada por ele, mas se organiza a partir de uma lógica, que, paradoxalmente a viabiliza – fato que o autor havia antecipado em *Posição do Inconsciente*, de 1945, quando afirmou que “a transferência é uma relação ligada ao tempo e a seu manejo” (1998b, p. 858).

Na urgência, considerando o próprio nome que recebe – “Pronto Atendimento”, há um desafio entre os tempos da intervenção. Tomando a dimensão concreta da dinâmica de uma urgência, como atender prontamente ao chamado sem com isso responder à demanda? É preciso conciliar a rapidez do atendimento ao tempo singular em que o sujeito vai poder formular uma demanda de escuta relacionada ao acontecimento.

Simões (2011) esclarece que o trabalho do psicanalista depende de a urgência do organismo ser tratada, conforme a necessidade de resposta imediata da equipe médica à emergência médica. Outrossim, como a cena é composta por outros personagens, muitas vezes o chamado pelo psicanalista não exige uma resposta, mas sim “uma pergunta: “quem fala? De onde fala?” (p. 28).

Moretto e Prizskulnik (2014) nos fazem compreender que a possibilidade de inserção do psicanalista na equipe de saúde tem a ver com um posicionamento simbólico, em seu ato, que o localiza subjetivamente, e que o “insere” no campo das decisões interdisciplinares, como parte da equipe, além de convocá-lo a uma sustentação ética do lugar que ocupa. De novo, fica evidente que se trata de uma postura que incide na transferência-inserção.

Minha prática psicanalítica em emergências e desastres, sempre variante, me atualizava uma pergunta presente no texto lacaniano: “será que isso ainda é psicanálise?” (Lacan, 1998a, p. 327). Ciente da estranheza que gerava tanto à psicologia – pois era uma prática que não correspondia a seus preceitos – quanto ao que supostamente se definiria como psicanalítico, meu incômodo propiciou a pesquisa, na qual pude localizar na própria teoria

que, embora realizasse coisas estranhas, inovadoras, atípicas, era psicanálise o que eu fazia. O lugar êxtimo, próprio à psicanálise, era vivido cotidianamente, e situá-lo na transferência deu condições para a operação analítica em contextos diversos.

7.2.2. Do impasse ao trabalho de luto: o pastor atesta o óbito

Era madrugada quando recebi a ligação do chefe de turno: equipe da sala de emergência solicita suporte da psicologia para um caso de óbito.

Médica assistente me passa pessoalmente o caso: Paciente jovem faleceu horas antes, mas família se recusa a deixar a equipe preparar o paciente para entregar o corpo para a funerária, mantendo o leito ocupado, sem possibilidade de admitir outro paciente. Paciente tinha o diagnóstico de uma doença crônica, realizava acompanhamento ambulatorial nessa instituição. Passou por consulta no período da tarde e foi encaminhado imediatamente à sala de emergência devido ao seu estado geral. Na sala de emergência foram realizados exames diversos e o paciente foi evoluindo muito rapidamente para um quadro de grande gravidade, precisando, inclusive, ser entubado. Em pouco tempo, o paciente entrou em uma instabilidade e teve uma parada cardiorrespiratória. Equipe conseguiu realizar uma reanimação, mas paciente teve mais uma parada cardiorrespiratória e não sobreviveu.

Estavam presentes na cena: mãe, pai, irmão e irmã. Mãe e irmão não saíam do lado do leito. Irmã me explicou que eles não sairiam do lado do paciente até o que o pastor da família pudesse vir ao hospital “atestar o óbito”. Ao ouvir essa explicação, perguntei para a irmã se o pastor era também médico, pois pensei que eles queriam uma opinião em que confiassem. Ela me disse que não, mas que só sairiam dali quando o pastor atestasse o óbito. Perguntei, então, onde estava o pastor naquele momento e se ele poderia vir prontamente.

Não verbalizei, mas pensei que poderia ser arriscado ter que lidar com um pastor que inflasse a negação dos familiares, mas que não havia outro modo de operar no caso senão através daquele a quem eles confiaram a transferência de um saber sobre a morte (ou a vida) do paciente. Entraram em contato com o pastor que disse que estaria no hospital em 30 minutos.

A médica questionou minha intervenção. Disse que não concordava com a visita desse pastor e que precisava que eles saíssem e desocupassem o leito para que outro paciente tivesse oportunidade de ser atendido. Expliquei a ela a situação e pedi 30 minutos.

Ela me concedeu, considerando que eles já estavam há algumas horas tentando negociar com essa família e descobrir os meios legais de resolver aquela situação de modo humanizado, porém ágil.

Enquanto esperava, fiquei ao lado da mãe e do irmão, que me contaram a história do diagnóstico do paciente, do seu desejo de viver, de sua implicação no tratamento e de sua postura na vida e na família.

O pastor chegou.

Expliquei a ele a situação e o acompanhei ao leito. O irmão pediu que ficassem sozinhos no leito, apenas com nossa observação a distância. Fizeram uma oração silenciosa e o pastor disse aos familiares: ele morreu.

Saíram do leito serenos e foram resolver a documentação do óbito com o serviço social, enquanto a equipe fazia a transferência do paciente ao IML.

Frente ao “chamado”, equivalente de “solicitação” ou “pedido de avaliação”, Moretto (2019) esclarece que “antes de atendê-lo prontamente, principalmente nos casos em que o chamado se dá pela via da urgência, o psicanalista deve tomar o pedido sempre no contexto que o originou, apurando a demanda que o sustenta” (p. 79).

Nesse caso, fui acionada no plantão hospitalar para um setor de cuja rotina eu não fazia parte, e me vi no desafio de propor uma intervenção atípica a uma equipe que não me conhecia. Nesse setor, a psicologia estava inserida na rotina de modo muito presente e historicamente legitimada. Além disso, havia na equipe um pedido de ajuda claro e explícito de manter a humanização e o acolhimento ao caso, mas de, afinal, resolvê-lo. Foi a partir dessa demanda da equipe que pude inserir minha proposta, só depois de ter acessado a questão da família.

Ao legitimar o pedido da família, passei a ter para eles um lugar separado do que estava instaurado na relação com a equipe, qual seja, de negação do fato (não só isso, mas de identificar na equipe a preocupação com eles e, por isso, conseguir manter essa negação como ferramenta para manter o corpo ali por mais tempo). Ceder ao pedido, advertida do risco de fazer isso, foi minha estratégia de convocar a posição subjetiva dessa família em relação ao fato em si: a morte trágica de alguém muito amado. Se a condição imposta por eles fosse realizada, o que restaria de trabalho? O trabalho do luto.

Felizmente foi o que aconteceu com a chegada do pastor. Aquele que representava uma autoridade para eles no assunto vida/morte, atestando a morte do paciente, autorizava-os a seguir com o trabalho de elaboração dessa perda, dentro do mesmo referencial que os

ordena, o religioso. Aquela morte só poderia ser atestada na gramática que atribuía sentido àquela vida

7.2.3. A transferência no desespero: hospital-salvação O intervalo entre o trágico e a constatação: quando há algum tempo

A morte é um acontecimento recorrente no contexto de urgência e emergência. A atuação do psicanalista na emergência pode acontecer nesse intervalo entre a tragédia que se anuncia e a notícia em si.

Acompanhei um caso de um bebê que foi atendido no Pronto Atendimento (PA) Adulto. Como hospital mais próximo da casa daquela família, a mãe, desesperada, acompanhada pela babá, chega ao PA com o filho de 45 dias desacordado em seu colo. Naquela instituição não havia um PA infantil e a equipe do PA Adulto assumiu o caso imediatamente. A mãe em choque causou estranhamento na equipe. A narrativa sobre o que antecede a chegada ao hospital, foi feita inicialmente pela babá, também abalada, mas com alguma possibilidade de falar. A mãe, impactada, repetia apenas uma mesma frase “podem me falar, eu já sei”. Segundo a equipe que passa o caso à equipe de psicologia, a mãe aparentava estar desprovida de afeto em seu tom de voz e expressão facial.

A equipe de psicologia é acionada para o suporte à mãe, mas também interrogada sobre o afeto dela em relação ao bebê. No atendimento psicanalítico, a mãe, com poucas palavras, disse que preferia esperar pelo pior, para se preparar. Permaneci ao lado dela, suportando seu silêncio atônito, e lentamente vou conseguindo compreender a história por traz da tragédia. O esposo, pai do bebê, estava no avião retornando para casa naquele momento. Na cidade, o casal tinha apenas a irmã do esposo como suporte e que, após um tempo, chega ao PA. A família paterna optou por realizar a circuncisão do bebê em domicílio com um médico da família. Após o procedimento, o bebê evoluiu com sangramento, que não cessou, nem mesmo quando trazido ao hospital nos braços da mãe.

A equipe do PA, especialista em atender pacientes adultos, se mobilizou prontamente em realizar o cuidado possível àquele bebê. Foram 45min de reanimação, que teve uma resposta, indicando a necessidade de internação imediata na UTI Neonatal. Durante a reanimação, o diretor no PA se disponibilizou a informar a mãe sobre os cuidados que estavam sendo realizados. A mãe questionava se o médico mentiria para ela, caso o bebê já tivesse morrido. Um pouco distante, o médico reafirma que estava transmitindo as informações de modo fidedigno e que, assim que houvesse uma atualização, retornaria.

Quando retorna para dizer do êxito da reanimação, o médico é surpreendido pelo pedido da mãe de que ele lhe desse um abraço. Ele consentiu, e ela o abraçou com muita força. Ele não retribuiu o abraço e ela insistiu, “me abraça”, e ele abraçou. Do meu lugar na cena, vi os olhos marejados do médico, desconfortável naquele abraço. Enquanto esperávamos a transferência do bebê para a UTI Neo, a mãe também me faz um pedido “Segura minha mão, não vai embora, fica comigo por favor”.

Podemos extrair dessa cena alguns pontos de análise sobre a questão da transferência. A mãe chega à instituição tomada pelo horror do acontecimento. A mãe não escolhe a instituição por critérios de confiabilidade, de adequação, por referências pessoais ou científicas. A mãe escolhe a instituição por desespero, na emergência, por sua localização. Mas há nessa escolha (parar no primeiro hospital do caminho) a marca da esperança de que ali haveria socorro. A mãe entrega o bebê à equipe, para que a equipe o salve. Mesmo sabendo que se tratava de um pronto socorro adulto, há uma suposição de saber de que a equipe tem algo a fazer para seu bebê. Esse é o ponto de partida da transferência neste caso.

Quando entramos em cena, o psicólogo-psicanalista, acionado pela equipe, entramos na extensão da transferência com a instituição. A cada caso, a chegada do psicólogo pode ter um efeito, normalmente relacionado às experiências prévias de outros atendimentos psicológicos, na mesma instituição ou em outros contextos, preconceitos causados ou não por práticas iatrogênicas ou até mesmo a suposição da possibilidade de escuta e cuidado, dentre tantas possibilidades.

Neste caso, fui incluída na transferência da mãe com a instituição. Entretanto, alguns elementos permitiram que a mãe, em seu tempo e sua medida, pudesse falar. A presença, no meu caso, atravessada pela psicanálise, ao me posicionar respeitosa e silenciosa ao lado da mãe, atenta às impressões que a equipe me comunicou, mas advertida desse viés; o fato de olhá-la nos olhos quando ela permitia esse olhar; suportar seu silêncio e sua angústia sem tamponar com falas inapropriadas comumente motivadas a acalmar ou acolher, me oferecendo enquanto vazio.

Outro ponto a ser destacado nesse caso é o fato de a equipe ter acionado o psicólogo-psicanalista. Tratava-se de um setor onde eu já havia estabelecido uma inserção de trabalho. A equipe me conhecia e confiava em mim, especialmente em casos graves ou complexos, e supunha na minha escuta uma possibilidade de cuidado. Ser chamada a partir desse lugar é absolutamente diferente de situações em que a equipe não me conhece, ou mesmo a entrada em casos por outras vias, sem a solicitação, como por acionamento da família, do paciente, por busca ativa, por testemunho e manejo situacional imediato, por equipes externas ou

chamado compulsório (porque é estabelecido em determinado protocolo acionar o psicólogo naquela situação).

O trabalho no tempo do trágico tonaliza a transferência de modo radical e impactante. A instituição pode ser tomada não só como o lugar onde a tragédia se realiza, mas como a tragédia em sua literalidade. Nesses casos estamos expostos, junto à instituição, à possibilidade de ocupar simbolicamente o lugar que porta todo o desespero, angústia ou, por outro lado, a esperança. É comum ouvirmos as ressonâncias ou sequelas da relação que os pacientes estabelecem com a instituição, muitas vezes compartilhadas coletivamente, como uma marca de experiências anteriores que definem a expectativa em relação ao atendimento: “Lugar onde se vai para morrer”, “o único lugar que eu confio”, etc. Ora, sabemos que não portamos nada disso. Não ofertamos garantia de qualquer que seja a suposição de saber a que somos convocados. Entretanto, operamos a partir disto. No trágico, a operação se dá, predominantemente pela via do ato, como discutiremos a seguir.

Frente à radicalidade do Real presente nas tragédias, os significantes podem não conseguir preencher, sequer parcialmente, esse furo no real. O desalinhamento da função significante acarreta um risco psíquico considerável ao sujeito que o vive. É supondo a impossibilidade de representação, e incluindo nela a dimensão de luto como aquilo que acontece dentro da desordem à qual faltaram elementos significantes, que alguma representação pode advir. Um psicanalista que presencie esse momento junto ao paciente é testemunha do acontecimento. A função de testemunha legitima o horror, incluindo significantes que contornam a cena, não do lugar de quem vive, mas a partir do lugar daquele que testemunha, conta, escreve, com sua presença, sobre o acontecimento.

7.3 Sobre a temporalidade da/na direção do tratamento

7.3.1 O tempo cronológico

Na emergência há pelo menos dois significantes – “morte” e “imediato” – que implicam a temporalidade. A iminência de morte representa uma imposição temporal no sentido cronológico. As intervenções e protocolos em saúde se organizam considerando o tempo necessário para a realização de procedimentos, condutas e decisões que possam reduzir a possibilidade de morte do paciente. É comum a expressão “Não há tempo...” – de agir, de preparar, de elaborar o acontecimento –, uma vez que algo urgente se impõe; tempo este que se reduz na medida da emergência (enquanto risco de vida) que está colocada.

Considerando a urgência e a emergência, há, inegavelmente, o tempo cronológico, conforme definimos no capítulo 4, enquanto dado de realidade que organiza as práticas de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, inclusive o psicanalista. Em articulação a esse tempo cronológico, participam também outras dimensões temporais.

Cláudia Baroni e Edna Kahhale (2011) definem que na situação de iminência de morte, o tempo linear e progressivo dá lugar a uma consciência do tempo como estreito. Aqui, ainda tomando por referência o tempo cronológico, é recorrente ouvir de pacientes e familiares que o tempo “parece não passar” ou “passa em um segundo”, apresentando uma ideia de que os acontecimentos não encontram amparo em uma sequência linear compartilhada, e os pacientes e familiares percebem o tempo de uma maneira muito singular, articulada a seus significantes.

Em consonância com o que discutimos anteriormente, as autoras afirmam que a clínica da urgência (para nós, emergência) pode ser definida a partir da ruptura na vida, que por sua vez pode precipitar uma quebra da cadeia significativa e uma percepção diferenciada do tempo cronológico. Essa dimensão temporal poderia ser compreendida como subjetiva, mas precisaríamos de uma discussão mais rigorosa para sustentar essa nomeação. Importa compreender que há efeitos da emergência na experiência subjetiva do tempo (BARONI; KAHHALE, 2011).

A percepção temporal também pode ser afetada pelo impacto do traumático. Para Kallas (2020), esse impacto instaura um tempo único, presente, que se repete.

Em *A transitoriedade*, de 1915 (FREUD, 2010d), na cena do passeio de Freud e Rilke pelos campos, encontramos essa dimensão subjetiva do tempo. Tomados pela beleza daquele acontecimento, o poeta Rainer Maria Rilke, com seu “penoso desalento”, introduz a constatação de que aquela beleza era efêmera, e logo não estaria mais disponível para eles. Em contraponto, Freud constrói a noção de que a beleza adquiria maior importância, justamente por e/na medida de sua efemeridade. Freud relaciona à escassez de tempo a valorização do acontecimento, como uma saída subjetiva, ou seja, a transitoriedade ou efeito de raridade reposicionaria o sujeito frente ao acontecimento “vida”. Atravessado também por suas reflexões a respeito das atitudes sobre a guerra e a morte, Freud conclui que a finitude, ou melhor, um saber sobre morte, poderia ter efeitos na maneira como cada sujeito se posiciona em relação à própria vida.

Sobre a transitoriedade, Martins e Rabelo (2020) consideram que Freud enuncia o impasse ético do sujeito frente à constatação da finitude, que o impulsiona a um trabalho sobre o que fazer enquanto há a vida; essa vida que vai acabar. Para os autores, “a saúde

mental está irremediavelmente ligada, neste pequeno ensaio de Freud, à manutenção da nossa capacidade de nos encantarmos com as coisas miúdas, aquelas que nos fazem, quando o cansaço nos permite, voltar a sentir que a vida vale ser vivida” (p. 34), sendo, inclusive, direção comum da conclusão precipitada pela finitude.

A inclusão da possibilidade da morte no cálculo da vida impõe as renúncias que dela decorrem, o que pode provocar um esvaziamento libidinal em relação ao “que fazer com a vida”, muitas vezes resultando em evitações, denegações e acomodações. Entretanto, é justamente esse limite colocado pela finitude que acrescenta uma dimensão de raridade que pode ser tomada pela via do desejo (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020).

Muitos pacientes e familiares tomam esse acontecimento – a ameaça à vida –, como a oportunidade para reparar elementos de sua história pessoal, realizar sonhos, resolver pendências, dar orientações a familiares, organizar o futuro em sua ausência, promover mudanças de hábitos e resoluções práticas, dentre tantas possibilidades de enfrentamentos e posicionamentos frente a tal ameaça.

Acrescenta-se a essa dimensão subjetiva do tempo o fator de imprevisibilidade, comumente presente nos cenários de emergências e desastres. Se temos, portanto, a transitoriedade como fato a partir do qual cada sujeito se organiza em relação a própria vida; por outro lado, não sabemos “quanto tempo temos” de fato e/ou que acontecimentos ocorrem de modo abrupto, sem um tempo de preparação prévia, o que implica, também, o fator imprevisibilidade. De modo recorrente, atendemos pacientes e familiares nos setores de urgência e emergência divididos entre a demanda de preparação para uma despedida/separação – dada a gravidade do quadro clínico e prognóstico – e a impossibilidade de se precisar quando essa despedida de fato acontecerá. Novamente, a imprevisibilidade será tomada pela via da singularidade, e cada sujeito vai responder a ela a partir de sua posição subjetiva.

Frente a cada paciente, temos o desafio de pensar a prática psicanalítica possível, considerando o tempo cronológico implicado nessa prática e a dimensão subjetiva suscitada pelo acontecimento. Está no tempo lógico, conforme proposto por Jacques Lacan, em 1944-45/1966, (1998a), a operação analítica que permite trabalhar com as duas dimensões apresentadas: o tempo cronológico e a saída subjetiva, que estabelecemos como o paradigma do tratamento psicanalítico.

7.3.2 O tempo lógico como paradigma do tratamento psicanalítico

Lacan (1998b), no texto *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*, de 1944/1945, propõe três tempos lógicos paradigmáticos do movimento lógico da origem do sujeito: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir.

A leitura desse texto requer vários cuidados. Escrito em um contexto histórico (e portanto, cronológico) bastante específico, logo após a Segunda Guerra Mundial, esse texto deve ser lido considerando a chave de leitura apontada pelo próprio autor (Lacan, 1998b, p. 199). Situar o momento histórico interessa por suas implicações – nos termos utilizados por Lacan –, atravessado pelo cenário de guerra, no qual a noção de liberdade humana estaria atrelada à noção de reciprocidade e coletividade, amplamente exploradas no texto.

Com revisões conceituais importantes, efeitos da construção teórica de Lacan (1998d), o texto publicado primeiramente em 1945 foi editado e publicado nos *Escritos* em 1966. Os detalhes dessa revisão são cuidadosamente discutidos por Erik Porge (1994) no livro *Psicanálise e Tempo: O tempo lógico de Lacan*, no qual o autor faz um levantamento criterioso de todos os textos relacionados ao texto base, evidenciando sua importância para a construção da teoria lacaniana.

O texto acessível na língua portuguesa, pela Zahar, é o texto editado de 1966. Realizei a leitura desse texto em português, acompanhada da leitura e comentários de colegas psicanalistas equatorianos e franceses, durante quase dois anos, em importantes discussões e consultas à tradução em espanhol e ao texto original, em francês.

A proposição do sofisma apresentado por Lacan em 1945/1966 (1998a) apresenta um vocabulário da lógica – cogitação, dedução, suposição, objeção –, que acrescenta algumas dificuldades em sua compreensão. Desde as condições iniciais apresentadas aos prisioneiros até a conclusão a que eles chegam, podemos observar que a saída, embora subjetiva, é necessariamente formulada a partir do movimento de reciprocidade e de coletividade, sendo, portanto, intrinsecamente lógica e coletiva.

Retomemos passo a passo o sofisma apresentado por Lacan nesse texto.

Há, pelo menos, quatro personagens a serem considerados:

- Prisioneiro 1
- Prisioneiro 2
- Prisioneiro 3
- Diretor

O diretor escolhe três prisioneiros para participar de um problema de lógica, em que estão disponíveis 3 discos brancos e 2 discos negros. Nas costas de cada prisioneiro, será

colocado um disco, podendo ser este branco ou negro, dentre os 5 discos disponíveis. O prisioneiro que primeiro conseguir deduzir, de maneira lógica, a cor do próprio disco, terá o benefício da liberdade (LACAN, 1966, 1985).

O diretor define as condições do sofisma e possui o poder de conceder a liberdade a um dos prisioneiros, salvaguardando as condições lógicas essenciais para que a liberdade seja concedida, e que são:

- Cada prisioneiro não poderá ver o próprio disco, que será colocado fora do alcance de sua visão.
- Eles terão todo o tempo para a solução do sofisma, entretanto, apenas o primeiro que puder deduzir a cor do seu próprio disco se beneficiará com a liberdade (O que implica que é necessário concluir antes dos outros dois prisioneiros, inserindo uma tensão temporal dentro do tempo indefinido disponível para a solução do sofisma).
- A conclusão deve estar necessariamente fundamentada em motivos de lógica e não unicamente de probabilidade. Ao sair, o prisioneiro precisa explicar, de maneira lógica, como foi possível deduzir a cor do seu próprio disco.

Considerando tais condições, “como os sujeitos podem resolver o problema?” (LACAN, 1998a, p.198)

Lacan demonstra que, após certo tempo, os três sujeitos dão juntos alguns passos que os levam a cruzar a porta. Isto é, os três saem juntos. Indicando que a saída é coletiva, ainda que, mesmo assim, cada um precise justificar por motivos de lógica como chegou a uma conclusão sobre si (sobre a cor de seu disco). Para compreender esse desfecho, é preciso compreender o processo que levou cada prisioneiro a deduzir sua própria cor.

Temos, então, a perspectiva de cada um, mas que só é possível na medida em que existem outros participantes no mesmo sofisma.

Lacan (1998a) afirma que cada um dos prisioneiros, ouvidos separadamente, descrevem de maneira semelhante o processo que os levou a concluir, “donos das mesmas razões de concluir” (p. 198), o que chamou de valor sofisticado dessa solução. Cito a explicação dos prisioneiros:

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco teria saído na mesma hora, logo, não sou preto’. E os dois teriam saído juntos, convencidos de serem brancos. Se não

estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao que saí porta afora, para dar a conhecer minha conclusão (p. 198).

Para fins didáticos, vou me referir aos prisioneiros da seguinte maneira:

- Prisioneiro 1 - A
- Prisioneiro 2 - B
- Prisioneiro 3 - C

Tomemos A por referência, como propõe o autor, chamando-o de “sujeito real”, e B e C de “sujeitos refletidos”, “com base em cuja conduta ele estabelece sua dedução” (LACAN, 1998a, p.119).

Qual o processo que leva **A** a deduzir a cor de seu disco?

- **A** consegue ver a cor dos discos de **B** e **C**.
- **A** não pode ver a cor de seu próprio disco.
- **A** sabe que **B** e **C** possuem discos brancos.
- **A** pode ser tanto o disco branco que ainda resta, uma vez que havia 3 discos brancos disponíveis, como pode ser um dos 2 discos negros que restam.

Há um primeiro instante para cada prisioneiro: o instante de ver.

Cada um vê dois discos brancos, sem saber que os demais veem o mesmo que ele.

Esse instante não é suficiente para uma conclusão, pois restam ainda um disco branco e dois discos negros, não sendo possível concluir apenas a partir do que se vê.

Para deduzir a cor de seu próprio disco, cada prisioneiro precisa incluir em seu raciocínio o que os outros prisioneiros veem em si (**A**) e no outro (**B** ou **C**). Para concluir, não basta ver, é preciso compreender. E compreender passa pela suposição do que os outros dois prisioneiros veem em si (**A**) e no outro (**B** ou **C**).

Lacan nomeia esse momento do sofisma de Tempo de compreender:

A observa o movimento de **B** e **C** e começa a cogitar o que eles veem em si (**A**). É a partir da suposição do que os outros prisioneiros veem em si (**A**) e no outro (**B** ou **C**), que **A** pode fazer seu raciocínio. Vejamos.

A supõe que, caso seu disco fosse branco, **B** e **C** veriam, tal como ele, dois discos brancos. E teriam a mesma dúvida que ele (**A**) em relação a se saberem brancos ou pretos.

A supõe que, caso seu disco fosse preto, **B** e **C** veriam um disco branco e outro preto e seu raciocínio seria o seguinte:

Cada um deles cogitaria que, se fosse preto também, o terceiro estaria vendo dois discos pretos e sairia imediatamente, se sabendo branco. Como isso não acontece, cada um

deles se suporia branco, em função da dúvida que impede a saída imediata. E após essa dúvida, um deles, sairia, se sabendo branco. A dúvida insiste frente à impossibilidade de uma certeza absoluta sobre a cor do próprio disco.

Temos nesse tempo (de compreender) o valor das escansões suspensivas ou moções suspensas. É tanto um primeiro movimento (ato) suspenso, quanto a dúvida (que faz o movimento ser suspenso), que dão condição para a conclusão posterior do que ocorre nesse tempo.

Os três prisioneiros passam, simultaneamente, pelo mesmo raciocínio, podendo qualquer um deles ser chamado por nós de **A** em relação aos outros dois **B** e **C**. De maneira que qualquer um deles tem a mesma dúvida e a mesma parada, vacilando em relação ao que sabem sobre os outros dois e o que supõe que os outros dois sabem sobre ele e outro (**B** ou **C**). A reiteração do movimento reproduz em cada um deles a mesma dúvida e a mesma parada, isto é, o mesmo progresso lógico.

O que as moções suspensas denunciam não é o que os sujeitos veem, é “o que encontrarão positivamente por aquilo que não vem” (p. 203). De modo que os significantes estão constituídos não por sua direção, senão por seu tempo de suspensão. O sujeito transforma as três combinações possíveis em três tempos de possibilidade, que se revelam a cada vez como o desenrolar subjetivo de uma instância do tempo.

Os três sujeitos se encontram, agora, confirmados em uma certeza, que não permite nem a objeção nem o ressurgimento da dúvida. Lacan (1966) insere essa noção de valor das duas escansões suspensivas ou “valor das moções suspensas”, que resulta em um efeito de certeza ou conclusão inequívoca (1998a, p. 201).

As moções suspensas representam ali os níveis de degradação, cuja necessidade faz aparecer a ordem crescente das instâncias do tempo que se registram no processo lógico para integrar-se em sua conclusão. O momento de concluir o tempo de compreender, é, por fim, causado pela pressa. Cada prisioneiro tem pressa porque sabe que apenas o primeiro a concluir logicamente receberá a liberdade. Há pressa porque é preciso ser o primeiro a sair. A pressa é o motor do ato de concluir, o ato de saída subjetiva.

Sem os dois momentos de parada (moção/escansão) e a pressa, contidos no tempo de compreender, não há como concluir (sair). A conclusão se dá a partir do ato de saída, que os três realizam ao mesmo tempo. Prevalece a estrutura temporal e não espacial do processo lógico. Há uma determinação lógica do processo subjetivo de uma instância de tempo.

A modulação do tempo determina o movimento do sofisma, apresentando três momentos da evidência, cujos valores lógicos se revelaram diferentes e de ordem crescente.

Mostrar que a instância de tempo se apresenta sob um modo diferente em cada um desses momentos é preservar sua hierarquia revelando uma descontinuidade tonal, essencial para seu valor. Isto é, há uma sucessão cronológica entre os tempos (ver/compreender/concluir); sucessão que se reduz a uma estrutura lógica.

Retomemos, então, que o tempo de compreender de **A** inclui:

- o instante de ver: ver os discos de B e C
- trabalhar a partir do que não vê sobre si (A)
- supor o que B/C vê em A
- supor o que B/C vê em A e C/B para chegar a uma conclusão sobre si
- observar que B e C realizam dois movimentos causados pela dúvida:
- moção suspensiva
- escansão

São necessários todos esses elementos para a conclusão:

- duas moções suspensivas/escansões
- a pressa que precipita o ato de saída

Com a formulação do tempo lógico, Lacan subverte a noção de tempo cronológico e apresenta uma estrutura lógica entre os tempos por ele descritos e o processo que dá origem ao sujeito. E é preciso compreender a estrutura lógica que ele apresenta, cujos elementos são necessários para o processo que ele descreve, não podendo ser retirados ou alterados como propõem algumas interpretações e releituras, uma vez que há uma implicação clínica.

Passaremos, portanto, a analisar uma leitura do tempo lógico na emergência, amplamente utilizada na literatura psicanalítica no Brasil, que influencia a compreensão da noção de ato e, portanto, de direção do tratamento.

7.3.3 O valor lógico da pressa para o momento de concluir

Azevedo (2019) afirma que na emergência há um corte radical, uma tensão temporal que não possibilitaria ao sujeito um tempo para compreender. Defende que frente à angústia “é preciso um movimento, um deslocamento subjetivo que vise a uma saída, uma saída criativa. A solução desse momento – ao contrário da solução encontrada no sofisma de Lacan – pode ser uma tomada de decisão radical” (p. 88).

Essa impossibilidade do tempo de compreender presente na angústia pode ser atribuída à dimensão de tempo cronológico presente na urgência e emergência? Nesse caso,

partiríamos de uma equivalência entre pressa e urgência, sem esclarecer a função lógica da pressa para o momento de concluir, colocando-a como um obstáculo ao tempo de compreender, de novo referenciado a partir do tempo cronológico e não a partir de seu valor lógico.

Recorrente na literatura psicanalítica, esse equívoco decorre de uma confusão entre a pressa – tomada como um operador lógico, assim como as duas escansões necessárias à conclusão, e a pressa do tempo cronológico – tomada como sinônimo de urgência.

Barros (2008) também compreende a urgência como uma das manifestações da anulação do tempo de compreender. Para o autor, “a urgência indica uma restrição, uma anulação do tempo de compreender” (p. 50), isto é, não haveria na urgência a possibilidade do tempo de compreender, e que, portanto, não seriam possíveis os três tempos lógicos na emergência. O que refutamos.

Para Seldes (2006), “a urgência implica um tempo de concluir acelerado, a pressa que assinala o horizonte da passagem ao ato” (p. 101); e seria função do analista, frente à urgência, propor uma pausa. Novamente temos aqui a compreensão de urgência e pressa como equivalentes.

Calazans e Bastos (2010) corroboram essa ideia, ao proporem que a direção do tratamento na emergência intervenha no tempo da pressa, inaugurando um outro tempo; um tempo de “interrogação sobre si através do recurso à palavra, prescindindo de passagens ao ato, que o colocam – o paciente – em risco” (p. 642). Em outra publicação, Calazans, agora com Azevedo (2019) mantém essa proposição ao sugerir que é necessário instaurar uma pausa na pressa, para que nesse “intervalo entre o que urge e a pressa, possa advir o sujeito” (p. 59). Em ambas as afirmações, a pressa é tomada como um obstáculo ao tempo de compreender, em sua equivalência à urgência, e não em seu valor lógico necessário à conclusão.

Reafirmo que concordamos quanto à necessidade e à possibilidade de se instaurar o tempo de compreender a partir de uma intervenção psicanalítica na urgência e emergência. Entretanto, fazemos a ressalva: não fazer equivaler o tempo cronológico que indica uma aceleração nesse contexto à pressa, em seu sentido e função lógica, no sofisma lacaniano; a menos que, de maneira coerente, essa aceleração seja utilizada no sentido da pressa lacaniana – enquanto operador lógico que viabiliza a conclusão e não como algo que a impeça. Nesse caso, a equivalência com a pressa lacaniana estaria coerente.

Se a urgência dos acontecimentos – a aceleração imposta no sentido cronológico – for trabalhada pelo psicanalista como operador lógico que precipita a conclusão subjetiva, aí,

sim, temos uma equivalência entre urgência/aceleração e pressa, e uma hipótese bastante pertinente de direção de tratamento na emergência.

Em Lacan (1998a), temos a afirmação de que “se a pressão do tempo for muito incisiva, os três momentos podem reduzir-se apenas ao instante de ver como uma tradução da percepção primeira; ou seja, desse olhar que em seu instante pode incluir todo o tempo necessário para compreender” (p. 205).

“Incluir todo o tempo para compreender” não significa que ele desaparece. Em traduções para o espanhol e em francês fica claro que Lacan se refere à forma como o olhar pode concentrar o instante de ver e compreender, a depender dos discos que se olha.

A saber:

Mais, ce temps ainsi objectivé dans son sens, comment mesurer sa limite ? Le temps pour comprendre peut se réduire à l'instant du regard, mais ce regard dans son instant peut inclure tout le temps qu'il faut pour comprendre. (LACAN, 1966, p. 206).

Pero de este tiempo así objetivado em su sentido, ¿cómo medir el limite? El tiempo para comprender puede reducirse al instante de la mirada, pero esa mirada en su instante puede incluir todo el tiempo necesario para comprender. (LACAN, 2003, p. 200).

Nesse caso, também não significa que o sujeito conclui, pois não se fala, aqui, em certeza, saída ou asserção sobre si. Mas poderia, havendo as três instâncias, ainda que todas concentradas em um olhar: dois discos pretos: sou branco. Teríamos os três tempos em um olhar: vejo, compreendo e concluo, “de uma só vez”.

O desafio, portanto, na urgência e emergência médica, é essa transposição do tempo cronológico como puro obstáculo à ferramenta/operador clínica que participa do processo de conclusão, não sem o tempo de compreender. Azevedo (2019) ensaia essa diferença ao propor, de forma curiosamente inversa ao que pensamos, uma passagem da pressa (enquanto a urgência cronológica que elimina a dimensão do tempo e age imediatamente sobre o acontecimento) à urgência (urgência subjetiva, na psicanálise, na produção de um sujeito dividido pelo acontecimento) (p. 61). Mas a utilização dos mesmos termos deixa confusa sua precisão.

7.4 O ato do momento de concluir

Diversas publicações sobre o tema propõem um suposto “curto-circuito” ou colagem entre o instante de ver e o momento de concluir no contexto da emergência (Azevedo, 2019; VIEIRA, 2008; Barros, MANDIL, 2001; CALAZANS e AZEVEDO, 2016).

Elaine Azevedo (2019), no livro “Da pressa à urgência do sujeito – Psicanálise e urgência subjetiva no hospital geral”, faz uma importante articulação entre a pressa e a urgência para pensar a direção do tratamento no hospital geral. Entretanto, como mencionamos, toma como parâmetro a ideia de que haveria um momento de concluir sem o tempo de compreender, a partir de um curto-circuito ou colagem entre o instante de ver e o momento de concluir. Apontamos a contribuição dessa autora, pois compartilhamos a ideia de que a direção do tratamento tem a ver com a possibilidade de se instaurar ou não o tempo de compreender, considerando as dimensões temporais que destacamos no início deste capítulo.

Essa autora assinala que aparece, nas cenas da emergência, uma certeza ligada à angústia que paralisa o sujeito no primeiro momento do tempo lógico: o instante de ver, proposto por Lacan nesse texto de 1945/1966, que engendraria alguma dificuldade na passagem ao tempo de compreender.

O que podemos verificar em nossa prática no hospital é que o sujeito numa vivência de angústia se encontra atrasado no tempo, não dispondo de um tempo que lhe possibilite uma conclusão. Portanto, fica preso ao primeiro momento (instante de ver) sem a possibilidade de construir uma hipótese sobre si. O sujeito (paciente ou familiar) que participa dessa cena, desses momentos de extrema urgência, depara-se com uma certeza que escancara um Real que não se articula a uma cadeia significativa. Algo escapa nesses momentos, deflagrando um vazio/ intervalo que aponta para uma certeza vacilante do sujeito. (AZEVEDO, 2019, p. 86).

Para Azevedo (2019), “não há como ignorar a questão do tempo na angústia” (p. 62). Assim, a angústia aparece como causadora de um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, deflagrando uma temporalidade singular a cada sujeito. Isto é, frente à angústia, haveria uma singularidade na maneira como se desdobra o tempo lógico para cada sujeito.

Haveria na angústia, a perda do outro como Outro, o que precipitaria uma certeza sem a possibilidade de uma simbolização a partir do tempo de compreender, congelando o paciente no instante de ver. Seria, então, uma proposta de direção do tratamento, tirar o sujeito dessa suspensão ocasionada pela angústia, a partir da instauração do tempo de compreender, que permite a introdução de uma possibilidade simbólica ao aparecimento do

sujeito, à abertura desse tempo entre o instante de ver e o momento de concluir, de modo que o sujeito possa dar uma resposta a partir da condição de sujeito.

Azevedo (2019) aponta que, nesses casos, “o sujeito tende a responder de forma conclusiva, por meio dos atos ou impedimentos, ou seja, ruptura da possibilidade de uma articulação simbólica” (p. 62). O equívoco se instaura, entretanto, na ideia de que haveria a possibilidade do momento de concluir, sem que haja o tempo para que ele possa articular uma compreensão – o que a autora nomeia como colagem entre o instante de ver o momento de concluir em diversas partes do livro (p. 62,72, 83, 87, 88).

Outros autores acompanham Azevedo (2019). Vieira (2008, p. 106), por exemplo, afirma que

a urgência é a suspensão do tempo e a dissolução do espaço. A urgência é a fusão do “instante de ver”, a abertura de um horizonte novo, com o “momento de concluir”, “o segundo deixa o primeiro para trás sem que entre os dois venha se instaurar o tempo para compreender.

Ram Mandil (2001) faz a mesma leitura da clínica das urgências, “na qual a passagem ao ato evoca uma fusão entre o instante de ver e o momento de concluir” (p. 101).

Concordamos que a direção do tratamento esteja relacionada à possibilidade de se instaurar o tempo de compreender, que possibilite, por sua vez, o momento de concluir. E que há algo da ordem da angústia que aparece frente ao Real que interfere na entrada nesse tempo de compreender. Discordamos, entretanto, da afirmação de que as respostas que ocorrem a partir da angústia – sem ter havido esse tempo de compreender, sem articulação simbólica – possam ser nomeadas formas de conclusão e, portanto, discordamos de que haja o momento de concluir sem o tempo de compreender.

“Dar tempo”, ali onde não se tem tempo a perder, se torna um operador clínico na cena da angústia. Há uma percepção absolutamente subjetiva do tempo durante uma emergência médica. Pacientes e famílias relatam como determinados procedimentos, esperas e notícias parecem demorar “uma eternidade”, ao mesmo tempo em que “tudo acontece muito rápido” e não se tem “tempo suficiente” perante a morte. A escuta pode possibilitar uma modulação temporal, que insira o tempo do sujeito na experiência, introduzindo uma pausa “para pensar” ou “para dizer” de si.

Não podemos chamar de momento de concluir aquilo que ocorre sem articulação simbólica. Seguimos, junto com os autores que fazem proposições semelhantes, buscando compreender o que acontece no tempo lógico quando atravessado pela angústia. O que

diferencia o ato presente na passagem ao ato do ato de concluir que encerra o sofisma é a articulação significativa.

Para isso, é indispensável o entendimento do que Lacan define por “momento de concluir”, a fim de ficar claro que não há conclusão sem as demais instâncias de tempo (ver e compreender). Esse equívoco se dá em função de nomear o que ocorre na angústia como um tipo de conclusão, que não passaria pelo tempo de compreender. De fato, frente à angústia, o sujeito encontra saídas diversas, mas se essas saídas não contêm uma asserção antecipada de si, no sentido de o sujeito formular sobre si um dizer ou um saber, a rigor, essas saídas não podem ser chamadas de conclusões.

Temos pistas dessa diferença ao nos debruçarmos sobre a certeza presente em cada um desses conceitos. A certeza antecipada do momento de concluir e a certeza na angústia. A certeza na angústia não permite a emergência de um sujeito, mas, sim, um curto-circuito sujeito-objeto, segundo Calazans e Azevedo (2016, p. 59).

Por sua vez, o ato do momento de concluir, para Mandil (2001), pode ser considerado a partir de uma baliza epistêmica, precedido pelo que constitui enigma para o sujeito e produzindo ou participando da geração da certeza [...]; o ato é precedido por um tempo para compreender e é tributário do momento de concluir esse tempo para compreender.

Lacan (1966, 1998a, 2003) afirma que “O tempo de compreender apresenta ao sujeito uma articulação significativa necessária ao momento de concluir” (p. 206, Brasil). Friso a palavra necessária, utilizada por Lacan no texto revisado de 1966, para demonstrar que não há momento de concluir sem o tempo de compreender. Por sua vez, não há tempo de compreender, sem instante de ver.

Ao discutir sobre o luto em emergências e desastres, Rangel e Loures (2021) reafirmam que o momento de concluir é uma instância que sucede aos dois tempos primeiros – ver e compreender – no trabalho de incluir significantes de uma perda, que não estão vinculados à uma cronologia, mas participam de uma sequência lógica necessária à conclusão.

Como descreve Azevedo (2019, p.82)

podemos verificar que o ordenamento temporal do tempo de compreender é que permite uma introdução de uma possibilidade simbólica ao aparecimento do sujeito, a abertura de um tempo em que o sujeito possa apresentar-se entre um instante de ver e um momento de concluir e elaborar algo inconsciente.

A certeza extraída do tempo lógico difere da certeza que aparece no momento de angústia, pois não é resultado de um saber, de uma dedução ou de um raciocínio puramente

lógico, mas, sim, de uma lógica da ação, de um ato de concluir por causa da pressa. O momento de concluir é o momento quando o ato se antecipa ao próprio sujeito, e que Lacan também chamou de “tempo do sujeito de uma certeza antecipada”. Esse é um ato que dessubjetiva o sujeito, extrai a subjetividade deste, reduzindo-o ao ato.

Conforme explica Kaufmanner (2003, p. 64),

No sofisma lacaniano, os prisioneiros somente encontram sua liberdade após um instante de ver, um tempo de compreender, tempos lógicos no qual são capazes de calcular o disco que carregam em suas costas. Contudo esse cálculo, embora dedutível, é incerto, extraíndo cada sujeito sua certeza apenas no momento de concluir, momento que se caracteriza pelo ato que cada um faz, extraíndo desse ato, cada um, sua certeza. Há, portanto, uma precariedade do simbólico que se manifesta pela descontinuidade no tempo, uma descontinuidade que Lacan localiza no Inconsciente como a presença de um Real e que somente um ato, que produz um forçamento na certeza, é capaz de concluir. Assim, o Inconsciente lacaniano somente se realiza no ato.

7.5. Tempo e palavra

Nada há de criado que não apareça na urgência e nada na urgência que não gere superação pela fala

(LACAN, 2009, p. 248)

Na lição 19 – A função criativa da palavra, Lacan (2009) trabalhava no Seminário 1 em torno da noção de ordem da palavra. Apresenta, ali, o que vimos posteriormente articulado ao tempo lógico, a dimensão significante da palavra, que é essencialmente aquilo por meio de que opera o reconhecimento. A dimensão de reconhecimento da palavra não é algo que se transmite; institui-se como tal na estrutura do mundo semântico que é o da linguagem.

Na Conferência “Onde está a fala? Onde está a linguagem”, no Seminário, Livro 2, Lacan (1985) rediscute o tempo lógico, dando ênfase à dimensão temporal da fala e da linguagem, e à relação desses elementos com o processo de subjetivação. Lacan (1955/1966) descreve como o sujeito se constitui entre dois significantes (S1-S2) e como o tempo participa dessa dialética. O sujeito advém como um efeito da articulação significante, em uma cadeia simbólica que contempla uma temporalidade.

O autor inicia destrinchando as especificidades da fala e da linguagem, propondo que os signos adquirem significação a partir dos cortes temporais efetuados na linguagem. Nesse texto, ao reapresentar o processo do sofisma do tempo lógico, o autor esclarece a necessidade

de uma escansão para a produção do sentido. O tempo adquire, portanto, estatuto de evento significativo.

O elemento-tempo é uma dimensão constitutiva da ordem da palavra, cujo último sentido é a sua relação existencial diante do objeto do seu desejo que, por sua vez, quando atingida, muda o sentido da palavra, supondo um limite inefável à palavra – o que Lacan formulou posteriormente em direção à proposição enunciado/enunciação.

O tempo de ver, podemos resumir, seria um tempo zero, no qual o sujeito em questão é impessoal. O tempo para compreender introduz a dimensão imaginária do outro, no qual o sujeito se reconhece, passando a ser pareado, indefinido e recíproco. No momento de concluir, o sujeito do enunciado, ao coincidir com o sujeito da enunciação, se declara o que é, momento que marca a constituição do sujeito.

7.5.1. “O que você quer?”

Começo a atender Jorge na enfermaria de clínica médica; um paciente de 58 anos, com um quadro cirrótico grave, com indicação para transplante de fígado. A equipe solicitou atendimento a pedido da esposa do paciente, preocupada com sintomas de ansiedade. Paciente me recebe com educação, incomodado com minha presença, justificando que não tem motivos para conversar com “um psicólogo”. Nesse primeiro atendimento, situa sua preocupação: “não tem problema se eu morrer, eu não posso é dar trabalho, precisar ser cuidado por alguém”.

Essa fala representa a tônica de sua posição subjetiva na medida em que vai dando acesso a sua história de vida. Refere que se sente preso no quarto do hospital, sente-se claustrofóbico, quer ir para casa. Conta que é casado há mais de vinte anos, “entre mortos e feridos”, mas que tinha medo de se casar, medo de se prender. Sempre cuidou dos pais, principalmente da mãe, por quem tinha uma grande admiração e o desejo de protegê-la. Conta que aos 18 anos salvou a mãe, mas não explica. Sentia-se responsável também pela irmã; nutria por ela um ciúme muito grande e não a deixava sair, para protegê-la também.

Revela mágoas e muita raiva do pai, um comerciante que fazia maus negócios e os colocou diversas vezes em apuros financeiros. De tradição árabe, a família tinha muitas posses e ele vivia constantemente com medo de perder tudo. Mesmo internado, estavam sob sua responsabilidade e gerência todos os negócios da família. Paciente sentia-se aflito para ter alta e poder ir “pagar suas contas”, preocupado com a possibilidade de esquecer alguma conta e ter que pagar juros, ou pior, “sujar seu nome”.

Se incomoda com os cuidados durante a internação, fala diversas vezes durante o atendimento que eu não precisava estar ali perdendo meu tempo ouvindo suas histórias, que haveria outras pessoas de quem eu deveria cuidar. “Nunca dei trabalho, sempre cuidei das pessoas”. Sobre seu quadro clínico, volta a repetir que não tem medo da morte, “morrer é melhor que perder a dignidade”. Depois de um tempo de atendimento, percebe que estava falando, e se espanta, se corrige, me pede desculpas várias vezes “por falar demais”.

No segundo atendimento, paciente estava alegre porque teria alta para casa. Aguardava apenas um exame para receber a liberação. Nesse dia, comprou caixas de chocolate e distribuiu aos técnicos e enfermeiros que cuidaram dele. Pede que eu aceite um chocolate também. Ao final do dia, entretanto, o exame que aguardava apontou uma piora e a alta foi suspensa. Jorge ficou extremamente ansioso e solicitaram minha presença. Muito irritado, impaciente, além disso estava icterico, um pouco confuso e abatido. Chora no atendimento dizendo de sua impotência em relação ao próprio corpo: “quero ir embora”.

No mesmo dia, eu adoeço e preciso ir ao médico, permanecendo de atestado por um mês. Afastada, passo o caso para a equipe dar seguimento. Durante esse período, ele teve uma piora importante e foi internado na Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo em ventilação mecânica e sedação por quase um mês. Quando retorno, ele está lá, iniciando o desmame da ventilação, muito debilitado. Ele me reconhece e sorri ao me ver, dizendo “eu não morri”. “Estou vendo”, respondo. Ele continua “não sei o que Deus quer de mim”. Pergunto a ele: “o que você quer?”.

“Viver”, ele responde. A partir daí ele passa a falar de si. Ele se emociona dizendo que nunca havia pensado dessa forma, sobre o que ele queria. Me diz que queria melhorar, queria viver para ver os filhos terem filhos e ele poder ser avô. Queria viver com os filhos de um jeito melhor. Queria viajar para alguns lugares com a esposa. Enfim, pôde dizer também de como organizou sua vida, acessou o modo como conseguiu conduzir suas relações, sentindo culpa por algumas coisas, ressentimentos, dando lugar e palavra a seus afetos. Poucos dias depois, ele foi novamente entubado e faleceu.

No Seminário, Livro 15, de 1967, sobre o Ato analítico, Lacan (1995), aproxima a morte ao Real, visto que frente ao Real da morte, o absurdo se atualiza em relação a estar vivo. A constatação do Real da morte nos convoca, enquanto sujeitos, à decisão de continuar vivendo, sabendo da finitude. Fica claro, neste Seminário, que a vida é absurda, sendo este o trabalho subjetivo: manter-se querendo viver esse absurdo diante – ou apesar – do horror.

A pergunta “o que você quer?” marca o ponto de virada do caso. O ponto a partir do qual ele próprio se colocou a trabalho em relação a sua posição subjetiva. Marcou assunção

de uma certeza antecipada e a renúncia em atribuir ao destino suas decisões e escolhas. Não é preciso explicar que já havia transferência nesse momento, tampouco nos ocuparmos em localizar especificamente a partir de qual momento ela se estabeleceu. Há um antes da transferência que a possibilita, que está do lado do psicanalista, em seu desejo de analista, está em sua escuta, necessariamente equiflutuante e em sua presença.

Esse caso, marca com precisão o lugar que o psicanalista ocupa enquanto falta. Desde o princípio do atendimento, a psicologia era dispensável ao paciente, pois não se tratava de compreender seus afetos e comportamentos. O que tornou possível realizar um trabalho subjetivo ali foi a presença do analista como motor para a transferência, suportando não haver, inicialmente, endereçamento de uma demanda, isto é, não sendo colocado na posição de suposto saber, suportando de partida uma posição de objeto (a), de resto, e promover, a partir desse lugar, uma escuta de exceção; uma escuta daquilo que suspostamente não importa, mas que porta o sujeito.

7.6 Ato analítico

Para Azevedo (2019), a emergência médica imporia ao sujeito o instante de ver, isto é, ali onde há o encontro com o Real adviria a angústia, o que, por sua vez, levaria o sujeito à condição de “um sem palavras” (p. 26), observadas muitas vezes como atos, silêncios, embaraços, que tensionam a função do psicanalista de ofertar uma escuta, para que ali advenha um dizer. Outrossim, sabemos que a ausência do dizer pode se expressar em um excesso de palavras, ou em seus arranjos, que nada dizem.

Se, como vimos, a emergência médica pode causar no paciente ou em sua família uma ruptura da cadeia significante; portanto, desarticulando suas possibilidades de nomeação do acontecimento, suspendendo a função das palavras e imagens como contorno para o sofrimento, o que o analista faz sem palavra? A clínica psicanalítica na emergência médica, convoca o analista em algo para-além da oferta de uma escuta. Cabe a este trabalho interrogar se esse para-além é psicanálise, como e por que podemos afirmar isto.

A tentativa de inserir a ruptura do sujeito lançado ao desamparo, na cadeia significante do sujeito, requer a especificidade do ato analítico. Através do ato e sua lógica, o analista na urgência, irá tentar trabalhar para que o tempo de compreender se faça. Privilegiando esse tempo, é possível que o sujeito tenha um ancoramento significativo, se constituindo em certos modos de articulação em relação com o tempo. (RANGEL; LOURES, 2021, p. 58).

Ali onde pode ainda não haver sequer o sofrimento. Ou, ainda, pode não haver como dizer sobre o sofrimento. Gibello, Netto e Moretto (2019) sugerem “o ato como uma via de expressão para o sofrimento” (p. 263). Há função na presença do analista, ainda que sem a circulação da palavra. Há função no olhar, no gesto, no corpo que se dispõe a testemunhar o acontecimento e na posição do sujeito frente a esse acontecimento em sua passagem à experiência desse acontecimento.

A clínica psicanalítica pode proporcionar a passagem do acontecimento para a experiência, por meio da construção de uma representação. Mas como? Pela via do ato psicanalítico, introduzindo o cuidado através de pequenas intervenções, regime especial e continuado de atenção, o respeito e condução do tempo de cada momento – paradigmáticos da análise convencional. Ao estabelecer esse espaço transferencial, ainda que em um recorte colocado pelo tempo, o analista facilita o processo de integração à história, o sentido ou mesmo a anuência da falta de sentido (DUNKER, 2011).

O olhar que escuta pode fazer aparecer a subjetividade operando na ordem simbólica, através de intervenções que abrem caminho para a palavra, ao tornar possível o encontro do

sujeito com o Real comunicado (logo, já relido pelo simbólico), porém com mediação – momento em que ocorrem importantes narrativas sobre a relação que foi vivida entre o sujeito e seu familiar, pedidos de perdão, e enunciações que podem ser retomadas no trabalho de luto.

Simões (2011) aposta que a escuta do sujeito em crise é necessária para situar o ponto de onde cai esse sujeito, rastrear algo da história pessoal e familiar – nomes, datas, fatos – que transforme a urgência em uma demanda de tratamento analítico, de cuidado subjetivo.

7.6.1 Os contornos da palavra: quando eu falo o nome, tem um rosto

O casal, jovem, acabara de realizar o parto de seu bebê sem vida. A mãe estava com 36 semanas de gestação, quando o bebê “parou de mexer”. Devastados, eles não conseguiam me contar a história e eu não os forçava a conseguirem. Eles haviam acabado de se despedir do bebê e estavam agora no quarto, abraçados, se amparando.

Faço uma única pergunta: como chamava o bebê?

“Miguel”, a mãe responde e começa a chorar muito. Após um tempo, pergunto se ela quer dividir comigo o que pensou quando me disse o nome dele e ela me responde: “agora, quando eu falo o nome, tem rosto”.

Após algum tempo, ela me narra como foi difícil a decisão de pegar o bebê no colo. Mas afirma que, apesar de extremamente doloroso “carregar um filho morto no colo”, ela havia achado necessário. A partir dali, ambos me contam como estava tudo pronto para a chegada de Miguel, sobre o quarto que montaram, os detalhes, a dificuldade em voltar para essa casa sem o bebê. Alternam o choro com olhares, abraços e, agora, um pouco daquela história. Dar nome a um rosto, de alguma maneira, teve efeito de inscrição daquela experiência e a transposição da possibilidade de dizer sobre seu sofrimento.

No Seminário 15, o Ato analítico, Lacan destaca a espacialização em relação ao tempo, que só existe no aqui e agora. A noção de temporalidade produz descontinuidade. Segundo o autor, a dor é da ordem da espacialização. O sofrimento, por sua vez, é da ordem estrutural, subjetiva, psíquica. Daí a complexidade contida na pregnância da dor em detrimento do sofrimento. A dor, no campo do desalento, não faz demanda, não abre espaço para uma demanda de saber sobre ela. A passagem da dor ao sofrimento, ao instituir via demanda um saber no grande outro, estabelece a transferência e abre ao trabalho psíquico.

Lacan (1995) explica que “o discurso analítico, por sua vez, suspende o fazer para que os significantes possam agir, algo que age, isto é, na dimensão de ato, o ato depende da

cadeia significante, mas já está ali” (p. 120), essa noção de *a posteriori* é fato crucial sobre o ato psicanalítico. Assim como vimos que a transferência não se produz por intenção, mas no encontro, o ato psicanalítico não pode ser programado, antecipado; dele só se sabe *a posteriori*, através de seus efeitos. Entretanto, para que o ato psicanalítico possa ocorrer, é preciso que o psicanalista se coloque em posição de por ele se orientar.

A Palavra Mágica

Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.

Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
e tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.

Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.
(ANDRADE, 2005)

8. Achar Palavra: desdobramento da tese em ato

O nome que deu título ao projeto desenvolvido durante a pandemia tem uma história que precede o projeto e que se articula a noção de ato, pois somente a posteriori, vem nomear o que se deu via ato. A expressão “*Achar palavra*”, deu nome ao meu perfil profissional do Instagram em 2017²⁷, quando retornando da participação da intervenção em pós-desastre, a Clínica de Cuidado, busquei um espaço onde pudesse localizar minhas produções acadêmicas e teóricas direta ou indiretamente causadas pela atuação psicanalítica em emergências e desastres.

Esta expressão foi uma transformação da expressão “muda a palavra” utilizada por um ribeirinho atendido por mim no projeto Clínica de Cuidado, ao se referir à compreensão que ele teve sobre os efeitos da escuta psicanalítica que ofertamos naquela ocasião. A expressão “muda a palavra” poderia participar de uma definição muito precisa sobre a operação analítica. Mudar esta definição, chegando à expressão “achar palavra”, foi uma decisão minha ao tensionar que nem sempre a palavra que muda já estava lá antes desta operação. Inauguro, portanto, nesta criação, a ideia de que a operação analítica teria a ver com o processo que se dá no encontro entre esses dois termos “achar” e “palavra”.

Posteriormente, por sugestão da minha orientadora, prof. Maria Lívia Tourinho Moretto, decidi que esta expressão nomearia o projeto de intervenção na resposta à emergência sanitária da pandemia covid-19, só depois de dar este nome ao projeto, pude explorar a escolha pela junção desses termos.

Começo pelo verbo: achar. Há uma imprecisão necessária e inevitável no verbo achar. Na língua portuguesa este verbo pode ser utilizado tanto como sinônimo de verbos que indicam a ação de “procurar”, “encontrar”, quanto pode ser utilizado para se referir à uma opinião que é desprovida de certeza “eu acho que...”; supor, no verbo *achar*,²⁸ uma duplicidade de sentido. *Achar* do procurar/encontrar, *achar* do supor, sem certeza. Acrescido de *palavra*, no singular, e não “Achar palavras”, marcando “*palavra*” em uma dimensão significante, como o elemento que “dá nome”, coloca no simbólico, independente das *palavras*, significados ou significações, adjetivos, utilizadas para tal.

²⁷ @acharpalavra

²⁸ Encontramos discussões sobre a mobilidade do verbo achar, seu deslizamento funcional e multiplicidade de sentidos adquiridos na língua portuguesa nos trabalhos: Galvão, 1999; Frascaroli, 2008; Santos, 2010; Santos e Kanthack, 2020; Nunes, 2020;

O estatuto da palavra em sua dimensão significativa inclui também a sua impossibilidade ou as marcas que a palavra adquire na medida em que seu sentido é encontrado na ligação associativa com os acontecimentos a que se articulam (GOLDBERG, 2023).

Essa combinação “Achar palavra”, buscou dar ênfase não às palavras que cada um pôde/poderia inscrever a experiência, mas ao *ato* de achá-las. Achar, novamente, enquanto busca e não como certeza. Cabe aqui, inclusive, um paralelo do Achar Palavra, ao Tempo Lógico – que foi apresentado como paradigma clínico no capítulo 7, inscrevendo seu constructo lógico não no momento de concluir, mas nos três tempos e, de forma rigorosa epistemologicamente, ainda que se conclua diversas coisas enquanto se acha palavra, não se encerra uma certeza que impediria o fluxo lógico da constituição subjetiva.

Em paralelo ao projeto Achar Palavra, fiz o convite poético aos participantes para escrever, em seu estilo próprio, as afetações da pandemia COVID-19. Chamei esse convite de “Palavraear”, fazendo alusão ao elemento *ar*, central na maneira como o vírus acometia suas vítimas, causando dificuldades respiratórias em diversos níveis, ocasionando “falta de ar” na maioria dos pacientes, que muitas vezes adquiriu desdobramentos simbólicos, inclusive no coletivo.

“Palavraear”, transformou a equação “Achar Palavra” em um verbo em constante conjugação, no meu caso, via poesia. Apostando na possibilidade de que a palavra fizesse função de “injetar ar” para que pudessemos *respirar* a partir da construção de novas articulações destes significantes. Muitos participantes enviaram seus textos, e pudemos fazer um laço poético entre os enredos compartilhados, fazendo circular o palavra-e-ar, como uma outra possibilidade de intervenção que aponta para o simbólico, contornando o acontecimento com a tessitura da experiência do dizer.

O projeto e seu nome, *Achar Palavra*, carregam a dimensão de ato também em seus desdobramentos, que só a posteriori foram discerníveis. A nomeação poética, não intencional, extraída da clínica, é característica do estilo da psicanalista que o idealizou.

8.1 A pandemia é urgência, emergência e desastre

Emergência, urgência, catástrofe, desastre, tragédia, calamidade, exceção (estado de), número de mortes, trauma, morte. Desde o advento crítico do coronavírus estes significantes pululam nas redes sociais, jornais, rádio e televisão. Cada um deles aponta, inequivocamente, para um pedido de resposta rápida, um tempo que não pode ser perdido. Que a psicanálise avance em uma clínica das emergências requer a coragem do realizado por

Freud, a saber, a releitura de seu tempo e cultura a partir de um corte instaurado por uma catástrofe, no caso dele, a guerra. Que este exemplo nos inspire. (SOUZA, 2020, p. 1).

De acordo com o Plano de Contingência Nacional, a pandemia do novo coronavírus, o covid-19, iniciou em 29 de dezembro de 2019, quando os casos começaram a surgir na cidade de Wuhan, na China. Resultando na ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), do Ministério da Saúde (MS), no dia 22 de janeiro de 2020, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)..

O COE-COVID-19 teve como objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS. Conforme preconizado pelos manuais internacionais de respostas a crises e desastres, o Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas participem e estejam alinhados ao Plano de Contingência Nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A elaboração do Plano Nacional de Contingência iniciou com vistas a preparação para a resposta “à possível emergência de saúde pública” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 5). Naquele momento, não havia como prever qual seria a realidade brasileira da pandemia, mas havia a expectativa de um número crescente de internações hospitalares de casos de média e alta complexidade, provocando alterações na rotina hospitalar.

A pandemia do COVID-19 mobilizou diferentes continentes em relação à urgência e emergência na saúde em contexto público e privado. No caso do Brasil, assistimos a uma especificidade em sua condução, condicionada pelo governo do país. A experiência brasileira da pandemia foi atravessada pela estratégia política a que estávamos submetidos por ocasião de um governo federal regido pelo negacionismo e o incentivo à fakenews, resultando em uma desarticulação de estratégias federais e municipais, gerando informações confusas que incidiram no comportamento da população, ocasionando um aumento exponencial de mortes (MARTINS; RABÊLO, 2020).

Apesar disso, desde o princípio da pandemia foram traçados planos administrativos relacionados a organização de leitos e enfermarias planejadas para abarcar a sobrecarga no SUS e demais serviços de saúde hospitalar. O que se anunciava na experiência internacional indicava que o hospital seria o cenário principal desta emergência.

O CFP (2021) define a partir das Referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres que a atuação em epidemias está dentro do campo de emergências e desastres, sendo consideradas emergências da área de saúde, uma vez que causam aumento significativo de pessoas enfermas e mortes. Além disso, configura-se como desastre, devido “à sobrecarga dos sistemas de saúde, impacto nas pessoas com maior vulnerabilidade social, fragilização das redes sociais são alguns dos fatores que incidem sobre a saúde mental das populações” (p. 87).

Como profissional inserido nesta instituição, o psicólogo hospitalar, necessariamente, estaria envolvido nas estratégias de cuidado dos pacientes, familiares e profissionais de saúde, atento às implicações que a pandemia causaria em seu trabalho. Isto posto, supus que haveria uma reorganização do trabalho da Psicologia Hospitalar durante o período da pandemia, entretanto, não havia como definir a priori quais seriam os desafios na prática clínica.

Em março de 2020, as alterações na rotina hospitalar começaram a ocorrer, com a imposição de novas regras e protocolos de biossegurança, que restringiram a presença de familiares como acompanhantes e limitaram a quantidade de visitas, em uma tentativa de isolamento ou distanciamento social que os protegessem. Esta modificação tornou a utilização de dispositivos tecnológicos necessária para a comunicação entre paciente-família e família-equipe, acrescentando dificuldades ao processo de cuidado.

A chegada da pandemia ao Brasil precipitou o encontro com a vulnerabilidade do corpo e dos saberes técnico-científicos, diante de uma ameaça invisível e que escapa a padrões pré-determinados, naquilo que concerne a maneira como afeta e ameaça o corpo. Assim, enquanto alguns pacientes se contaminavam e tinham sintomas leves, outros precisavam ser hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva e, muitas vezes, iam a óbito.

Os impactos na rotina hospitalar, inevitavelmente, afetaram a prática clínica e a organização do trabalho da Psicologia Hospitalar, ocasionando um estremecimento dos saberes relativos ao contexto e as metodologias até então utilizados.

Moretto (2019) nos dá uma indicação clínica importante, ao afirmar que um acontecimento difícil na vida do sujeito pode tornar-se um acontecimento traumático, caso o sofrimento seja silenciado ou desconsiderado. O potencial traumático a que foram expostos os profissionais de saúde que, convocados a se a verem com acontecimentos clínicos inéditos e pacientes em extremo sofrimento, muitas vezes com dificuldades em elaborar pela via simbólica o sofrimento e a angústia decorrentes dessas situações.

Por outro lado, havendo espaço para a criação de narrativas e compartilhamento de experiências, o sofrimento pode encontrar reconhecimento e legitimação e, com isso, o acontecimento difícil pode se tornar uma experiência subjetiva.

8.2 No meio de uma pandemia, tinha uma tese

A partir da aposta na possibilidade de um encontro entre questões, decidimos inaugurar um espaço para conhecer as principais preocupações dos psicólogos hospitalares no momento da pandemia.

O projeto se realizou, inicialmente, em uma parceria interinstitucional entre o Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição da Universidade de São Paulo (LABPSI-USP) e a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), com o suporte técnico e clínico das pesquisadoras Débora Noal e Ilana Katz. Essa parceria resultou na legitimidade do projeto e em seu alcance nacional, com aproximadamente 1840 psicólogos hospitalares participantes, representando todas as regiões do Brasil, sendo cerca de 45% do Sudeste, 24% do Nordeste, 14% do Sul, 7% do Centro-Oeste e 4% do Norte.

A maioria dos participantes atuavam em instituições públicas. As instituições variavam desde 8 leitos apenas até 3000 leitos, com equipes de apenas um psicólogo hospitalar a equipes compostas por 60 psicólogos. Importante ressaltar que dentre as abordagens teóricas declaradas pelos participantes, 55% deles se apresentou como orientado pela psicanálise. Dentre os participantes, 197 psicólogos responderam que já haviam atuado em uma situação de emergência e/ou desastre.

De modo a acompanhar a dinâmica dos acontecimentos estabelecemos (1) uma agenda de trabalho fixa de encontros online, inicialmente duas vezes na semana e, posteriormente, semanal; (2) grupos nas redes sociais, como um espaço contínuo, possibilitando a comunicação entre os participantes, que se auxiliam²⁹ em questões pontuais, compartilham documentos e modelos técnicos de seus serviços e instituições, bem como referenciais teóricos; e (3) uma pasta coletiva de documentos e artigos técnicos e científicos, alimentada pelos próprios participantes e administrada pelos coordenadores do projeto. Perpassemos, agora, a cada um desses aspectos do projeto.

(1) Foram realizados 52 encontros, em quatro etapas de trabalho, de Março de 2020 à Julho/2021, com média de participação de 80 profissionais em cada encontro, alguns

²⁹ Os grupos de whatsapp se mantiveram ativos e até o momento (Agosto/2023) os participantes se auxiliam em questões relativas à prática da psicologia hospitalar.

encontros chegaram a ter mais de 250 psicólogos presentes ao vivo. Em cada etapa a proposta foi ajustada ao momento da emergência.

- A. Inicialmente, dois encontros semanais, para escuta dos profissionais, diagnóstico situacional e presença da SBPH e referências da área, a fim de sedimentar conhecimentos fundamentais para a atuação frente aos problemas levantados. Participaram desta etapa referências nacionais em psicologia hospitalar, docentes do IPUSP, representantes do CFP, profissionais da área da saúde, gestão e direito.
 - B. No segundo momento, encontros semanais de acompanhamento da experiência, compartilhamento da realidade dos profissionais, buscando abranger a amplitude das características institucionais, abrindo a palavra de modo livre a psicólogos dos serviços públicos, serviços privados e hospitais com um único profissional psicólogo.
 - C. Mantendo a frequência semanal, os encontros passaram a ter uma estrutura teórica que apresentasse conceitos fundamentais para articulação Psicanálise e Instituições de Saúde. O compartilhamento das experiências seguiu de modo livre, provocado pelas discussões teóricas. E a cada três encontros, propomos o espaço de Conversações Clínicas, no qual um profissional apresentava uma situação clínica-institucional e comentários eram feitos pelos coordenadores do projeto e pelos outros psicólogos presentes.
 - D. Por fim, os encontros passaram a ser quinzenais, com o objetivo que os profissionais participantes expusessem projetos desenvolvidos por eles nos hospitais durante a pandemia. Neste momento, as Conversações Clínicas eram disparadoras para as discussões da práxis. Nesta etapa, 12 representantes de instituições de diferentes regiões do Brasil apresentaram trabalhos de práticas desenvolvidas nos hospitais em que atuavam.
- (2) Atualmente, são quatro grupos em whatsapp, reunindo aproximadamente 200 inscritos em cada. Desde o início, este espaço foi fundamental para trocas constantes entre os psicólogos hospitalares. Esclarecimento de dúvidas pontuais, compartilhamento de textos, modelos e documentos técnicos, desdobramento em grupos e projetos de especificidade clínica, suporte emocional e colaboração.
- (3) A pasta técnica criada a partir dos documentos e textos compartilhados nos grupos, somou-se à pasta criada em parceria com o CEPEDS-Fiocruz e deu acesso ao

material técnico e científico aos psicólogos hospitalares.

Para ingressar no projeto era necessário ser psicólogo hospitalar atuante e responder “Qual sua maior preocupação profissional neste momento da pandemia covid-19?”. Para fins de análise, as respostas foram catalogadas³⁰ em oito categorias, sendo elas:

contaminação/segurança	19%
profissionais de saúde/equipe	34%
pacientes e familiares	19%
aperfeiçoamento em emergência	3,5%
futuro/social	7,5%
estrutura/instituição	10%
óbito/luto	5%
atendimento online	1,2%

Tabela 14 - Respostas ao questionário inicial do Projeto Achar Palavra

Qual a sua maior preocupação profissional neste momento?

Como vimos nos dados estatísticos, a maior preocupação dos participantes, durante todo o desenvolvimento do projeto, estava relacionada ao suporte aos colegas de equipe e/ou profissionais de saúde que estavam na linha de frente do cuidado aos pacientes hospitalizados. Destaco a seguir algumas respostas que representam as preocupações dos mais de 1800 psicólogos hospitalares participantes do projeto e que foram fundamentais para a estruturação, condução e organização dos encontros e discussões:

“As previsões estatísticas e o pânico como efeito”

“Falta de liderança dos gestores. Ações autoritárias gerando desamparo na equipe de saúde”

“Prevenção de adoecimento psíquico de pacientes, familiares e profissionais, acolhimento de crises e tratamento de transtornos que tiveram a pandemia como gatilho.”

“Equilibrar o cuidado o outro e comigo mesma; aprender a trabalhar questões relacionadas à pandemia que aparecem durante os atendimentos, e pensar em estratégias de intervenção voltadas a equipe de assistência”

³⁰ Projeto de Extensão 2020-2021 do Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Apoio de Estudantes de Graduação, intitulado Projeto Achar Palavra: a atuação de psicólogos hospitalares durante a pandemia COVID-19.

“Embora ainda seja possível, há certa dificuldade em conseguir EPIs. Não sei se deveria insistir para atender no setor reservado ao COVID por isso. Até o momento fui apenas quando houve solicitação da equipe. Me preocupo com o sofrimento dos pacientes e suas famílias, já que visitas e acompanhantes estão suspensos, além de não saber a legalidade dessa restrição. E me preocupo com os profissionais da linha de frente, porém sem espaço formal para poder prestar cuidado a eles.”

“Como conseguir fornecer acolhimento efetivo aos familiares principalmente nos momentos de óbito e impossibilidade de despedida. Além disso, convivo diariamente com toda equipe, e estou prestando também apoio entre meus colegas. Como fazer isso de uma maneira que potencialize nossos recursos de enfrentamento para trabalhar neste contexto que nos exige tanto (no momento estou fazendo rodas de conversa).”

“Como organizar as diversas demandas (suporte aos familiares de outras áreas críticas não relacionadas ao COVID uma vez que as visitas foram suspensas além de demandas de colaborador e também de paciente e familiares associados ao diagnóstico covid. Neste sentindo, impasse de saber de termos recursos tecnológicos suficientes e também sala pra realizar suporte (só temos uma pra uso da Unidade de Atenção Psicossocial - psi- serviço social e psiq), ou seja, muitas demandas”

“Ver pacientes em estado grave ou morrendo isoladas sem poder atender por falta de EPIs, me contaminar e contaminar as pessoas que amo, ver colegas de trabalho em estado grave ou morrendo”

“Atuar com distanciamento”

“Como poder conduzir a escuta em um momento que tb estamos afetados pela pandemia. Como construí um discurso frente disso? Com qual sofrimento estamos lidando?”

“Medo de não dar conta de sustentar através da escuta os atendimentos psicológicos, pois estou diretamente implicada nesta situação.”

“Em períodos de crise interna os pedidos de avaliação psicológica diminuem, a gestão não demonstra tempo nem interesse na psicologia. Percebo as equipes muito preocupadas e estressadas, com mais conflitos que o de costume. E me preocupo muito com o sofrimento dos pacientes, sem visitas ou acompanhantes em muitos casos e com a queda na qualidade do atendimento devido a sobrecarga da equipe.”

“Lidar com o desconhecido. Não sabemos de fato a dimensão do que nos espera. E antes de tudo, preocupa-me a minha família. “

“Como atuar de modo afetivo e efetivo.”

“Segurança no atendimento. Demanda de atendimentos para pacientes e colaboradores. Acolher e aliviar o sofrimento, medo, ansiedade e isolamento desse momento. Prevenção ao luto complicado.”

“Não contrair o vírus e transmiti-lo ao meu filho.”

“Como oferecer suporte aos profissionais da saúde, considerando o medo real, a ambivalência das suas famílias e como irão enfrentar a morte dos pacientes considerando que o processo de despedida dos familiares sofreu modificações.”

“Riscos a que estamos expostos, tanto físicos como de saúde mental, falta de equipe técnica, falta de qualificação técnica acerca do Novo Coronavírus, risco de contaminação, falta e uso correto de EPI’s, manejo de pacientes acometidos, questões que envolvem o luto, cuidados com os familiares na impossibilidade de visita presencial, entre outras preocupações.”

“Trabalhar aspectos do manejo de crises em atendimentos on-line; contribuir para discussões e estratégias de enfrentamento com outros profissionais Psi e equipe Multidisciplinar; pensar estratégias que incluam as famílias, cujo impacto simbólico e real se faz e fará presente durante os anos subsequentes.”

“Preocupo-me: 1. com as experiências de fim de vida dos pacientes com covid que estarão em isolamento. É possível fazer algo para construir algum contorno a essa solidão e possibilitar algum laço nesse momento de despedida? 2. com a comunicação de óbito aos familiares e o acompanhamento do luto. 3. com a sobrecarga da equipe que vivenciará inúmeras mortes de pacientes em situações muito difíceis por questões clínicas e subjetivas.”

“Atender às gestantes e puérperas e principalmente dar suporte a equipe”

“Medo de contágio, passar para minha própria família, perder colegas, colegas não saberem lidar da melhor forma diante do desconhecido ou também por falta de habilidades emocionais”

“Dar conta”

“O hospital em que eu trabalho não é o hospital de referência para covid da cidade, mas quando (se?) Chegar aqui, não sei se haverá preparo emocional e técnico e EPIs para lidar com a situação. Minha equipe de psicologia ficou bastante desestabilizada com o início da pandemia, já havendo duas pessoas afastadas por saúde mental. A busca pq mais informações e por trocas com outros profissionais nos auxilia a ficar mais seguros de que estamos seguindo alinhando ciência e cuidado dentro do preconizado pela nossa profissão e do que é possível de se realizar em uma situação de tantas incertezas como essa.”

“Me capacitar para atender as demandas, mesmo entendendo que provavelmente muito em breve o assunto será esquecido seguindo o "padrão brasileiro de memória". O que significa dizer que logo passada a situação mais emergencial, provavelmente pouca ou nenhuma assistência será garantida/mantida aos que foram diretamente afetados pelo covid”

“Como acolher em situações que estão cada vez mais sérias. Estou com pacientes que estão precisando tomar decisões sérias em relação ao COVID, em termos institucionais por sua especialidade direta relacionada a situação atual. A tendência segundo eles é o agravamento da situação e dar esse suporte tem sido no mínimo reflexivo. Dar suporte em calamidade é o que tenho tentado aqui me aprimorar para dar um bom acolhimento nesse momento. Gostaria muito de trocar experiências com colegas que estejam passando por situação semelhante.”

“O momento atual requisita do psicólogo um momento de reinvenção de sua atuação. Sinto necessidade de discutir acerca das diferentes práticas de Intervenções no hospital nesse contexto de pandemia.”

“A falta de espaço para partilhar das angústias, tem sido uma caminhada bastante solitária.”

8.3 Nota sobre o cenário brasileiro e suas incidências no enfrentamento da pandemia

A pandemia reuniu, aquilo que Freud, (1930/1996) (2010n) apontou como as três fontes de sofrimento: o próprio corpo, o mundo exterior e a relação com outros seres humanos. Em sua radicalidade, a pandemia vem denunciando a *impossibilidade* de o homem controlar o mal estar oriundo da relação do sujeito com a morte, com o corpo e os laços.

A resposta dada pelo maior representante do poder executivo veio não só na contramão do esperado, mas contribuiu para o agravamento de uma situação que em si já portava a dimensão do catastrófico. Em situações de catástrofe é esperado que se olhe para o histórico de como outras, ocorridas em um mesmo território, foram encaradas (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020, p. 2). Para tanto, é imprescindível que estas sejam lembradas, documentadas e elaboradas.

Preservar a possibilidade de que uma catástrofe seja rememorada envolve, em alguma medida, fazer da morte, mesmo em seu aspecto de contingência, parte de um luto coletivo. A morte é, portanto, um fato de linguagem que remete e atesta nosso pertencimento a esta dimensão social em que nos movemos. Os rituais que cercam a morte nos indicam o lugar que ela ocupa para nós quando se trata de manter o pacto social que nos sustenta na vida civilizada justamente pelo fato da morte ser fato de linguagem – de sentido, portanto –, como retomam as autoras em Freud, 1921/1995 (2010l), “morremos, cada um a seu modo” (p. 3). A morte passa a ser um acontecimento, a cada vez.

Somos então levados a evitar que a morte seja computada no cálculo da vida, o que terá como consequências outras renúncias e exclusões, que acabam muitas vezes por fazer da vida uma sequência de evitações, denegações e acomodações.

Como diz Freud (1915/1996), em circunstâncias assim a morte não se deixa mais “desmentir: é preciso crer nela” (2010e, p. 292). Vivendo durante a Primeira Guerra Mundial, quando “morrem realmente” dezenas de milhares de homens em um só dia, e “já não indivíduo por indivíduo”, o autor mostra que o acúmulo põe fim à impressão de contingência que até então permeava nossa maneira de estar com a morte. Podemos certamente aqui identificar o mesmo caso pelo qual passamos neste momento de pandemia.

Esta pandemia trouxe, mais detidamente, um desafio sobre o enfrentamento social ao ter como condição para sua contenção, o isolamento social. O perigo de contágio alterou toda a lógica da convivência, das trocas coletivas e do funcionamento de diversas instituições, incidindo também na suspensão dos rituais de despedida, de encontros religiosos e do contato

físico propriamente dito, o abraço, peças fundamentais na sociedade ocidental para o trabalho de luto. Suprimiu não só a possibilidade de encontro, mas o tempo e o espaço para que o trabalho de luto se dê coletivamente, reduzindo-o à individualidade e ao virtual.

8.4 Os males vêm aos pares

Vovó já dizia, mas me lembro muito da minha amiga e professora Rosângela Caratta, dizendo isso a cada vez que calhava de ter dois (ou mais) casos super raros na UTI, ou trágicos e idênticos, ou pioras simultâneas que exigiam da equipe um a mais de organização para o cuidado. E foi aí que me dei conta que os males vêm para os pares. Só damos conta das mazelas com parceria, com par, com nossos pares. Sejam males que se espantam aos cantos, sejam àqueles que dão mais trabalho e sofrimento, e precisam de um tanto de pranto, sejam os que demandam tempo, se autorizando maldizer, reclamar, queixar (“santa” análise par nosso de cada transferência), e de par em par, os males vão para os ares, os bares, os mares. E a gente se recupera pro próximo par de males: que virão. Em par dá, em par fazemos dança, a par de nossos tropeços e de nossas esperanças. (Obs: par inclui a diferença, par não é igual, mas faz par por/ e pondo em causa d-a diferença)

(Layla Gomes, postagem no Instagram, 2021).

Nos hospitais, os psicólogos hospitalares foram convocados a criar formas de intervenção, que pudessem oferecer espaço de escuta também para os profissionais de saúde: rodas de conversa, atendimentos individuais ou em grupos nos departamentos de saúde do colaborador, grupos temáticos e psicoeducativos foram as alternativas encontradas para acolher e reconhecer o sofrimento dos profissionais de saúde.

Fato que gerava muitas dúvidas e impasses éticos. Como parte da equipe, propor espaços terapêuticos envolvendo os colegas, com quem lidam diariamente em discussões e manejos de casos, convivem de modo próximo e construindo laços pessoais e uma série de entraves ao enquadre e sigilo na execução de espaços voltados aos profissionais de saúde. Por outro lado, era preciso participar das estratégias de cuidado frente ao sofrimento generalizado deles, que incidiam diretamente em sua capacidade de atuar e cuidar dos pacientes.

Tais ações puderam ser estruturadas com rigor quando executadas dentro da lógica da vertente institucional, em projetos onde o psicólogo estava advertido de sua participação. Várias reuniões tiveram como tema o sofrimento dos profissionais de saúde, as estratégias de

cada serviço para lidar com a sobrecarga de trabalho, equipes reduzidas, adoecimentos físicos e emocionais, a pressão por resultados, a ausência de tratamentos e vacinas, o medo do contágio e da morte.

O psicólogo hospitalar, por sua vez, também estava nos hospitais quando eclodiu a pandemia e, assim como os outros profissionais de saúde, teve que lidar com uma situação sem precedentes, que, evidentemente, trouxe sofrimento e angústia. Atento à esta categoria, o projeto *Achar Palavra*, tornou-se um espaço de compartilhamento de experiências, de angústias vivenciadas e de invenções possíveis, frente ao não saber imposto pela pandemia e seus efeitos.

O projeto possibilitou com que, em um segundo momento, por meio de discussões teóricas, fosse possível, a posteriori, formalizar algo da atuação dos psicólogos, que naquele momento de urgência se deu de forma, por vezes, até mesmo intuitiva. Isso fez com que o ato pudesse encontrar apoio na palavra para que, no terceiro tempo, as propostas de intervenção e as ações desses psicólogos pudessem ser apresentadas uns para os outros, articulando a prática à teoria e, com isso, dando contorno técnico e metodológico ao ato “precipitado” do início da pandemia.

Ao final do projeto, compartilhamos um novo questionário a fim de recolher os efeitos do projeto na perspectiva dos participantes. Obtivemos respostas de 80 participantes. Questionário aberto, anônimo ou de identificação opcional, de respostas livres. A primeira e principal pergunta era “Quais os efeitos do projeto Achar Palavra teve para você?”. Os participantes que responderam ao questionário ao final do projeto, demonstraram os efeitos do Projeto Achar Palavra, contando como a criação do espaço próprio à categoria, fez com que se sentissem acolhidos e escutados, o que repercutiu em um reposicionamento na prática, onde a troca de experiência e saberes possibilitou projetos e estratégias de cuidado aos demais profissionais de saúde, aos pacientes e familiares.

Algumas palavras se repetem nas respostas: suporte, acolhimento, aperfeiçoamento, espaço de trocas, produção de saber; conforme podemos ver em algumas respostas destacadas:

“Senti-me amparada diante do desconhecido e de tantas incertezas e angústias frente à pandemia e às possibilidades de atuação na instituição hospitalar, enquanto psicanalista.”

“Suporte teórico e técnico, trocas de experiências, produção de saberes”

“Valorizar mais ainda o trabalho do psicólogo em hospitais, **me ver parte** de um mundo que parecia muito restrito e se mostrou muito amplo e produtivo”

“Um espaço de trocas de experiência e produção de saberes. Desenvolvimento de uma atuação para além da queixa. Atualização de conhecimento. Apreensão das práticas psicológicas em instituições de saúde em nível nacional.”

“Auxiliou a refletir sobre a minha prática no hospital, principalmente no trabalho com a equipe. Também foi fundamental para ampliar as possibilidades de atendimento aos pacientes e familiares com diagnóstico de Covid-19. A troca entre os colegas, o compartilhamento de ideias, projetos, ações do que cada um estava criando foi muito importante. Ver um grupo trabalhando com tanta responsabilidade e compromisso também me alegrou e deu mais coragem para enfrentar as dificuldades que passamos.”

“O projeto foi minha maior força no começo da Pandemia, quando eu via a maioria dos profissionais do hospital em que trabalho sofrendo e desestruturados e buscando em mim e no meu setor fonte de apoio! O projeto me ajudou e ajudou a dar forças a minha equipe.”

“Difícil achar palavras para descrever. Foi um espaço de acolhida, continência, integração, reflexão, transformação e elaboração, fundamental para a minha saúde mental e para sustentar o trabalho em psicologia hospitalar esse ano.”

“possibilidade de encontro”

“Foi um grupo que possibilitou o compartilhamento de angústias e a produção de novas ideias para pensar a situação atual. Além disso, foi fundamental para compreender a atuação do psicólogo hospitalar e o lugar do analista.”

“me senti tocada pelas falas produzidas nos encontros, senti ter questões compartilhadas com outros e suas ressonâncias abriram o escopo para pensar os casos e o trabalho. Aprendi muito com as apresentações e conceitos apresentados e tenho andado com eles para pensar os casos. Sinto a psicologia hospitalar e a psicanálise no hospital como algo mais potente e me sinto fortalecida pelo processo levado a cabo pelo projeto”
Redução da ansiedade. Sentimento de pertencer a um grupo, de estar sendo acolhida num momento difícil e de ser compreendida frente as dificuldades do momento.”

“acredito que teve efeitos terapêuticos, no início da pandemia estava me sentindo muito perdida e amedrontada em atuar em hospital em um momento como esse, com os encontros me senti mais segura”

“Senti me acolhida, como se eu estivesse num lugar onde as pessoas me conheciam e que todos estavam no mesmo barco e juntos buscavam uma direção!!”

“Efeitos positivos, acerca de me munir de conhecimento teóricos, recomendações e novos saberes para lidar com as adversidades do período a serem vivenciadas na prática, bem como a troca em discussões e palestras ao longo do projeto que me proporcionou uma visão ampliada pelo olhar e atuação prática dos diversos colegas de grupo, ampliando assim, meu campo de visão para minha própria atuação também. Além disso, me proporcionou um pouco de inquietação em relação a pontos que por mais que eu observasse e aprendesse que seriam ideais e interessantes de serem colocados em prática, não havia possibilidade de realização no cenário real da minha prática, o que me frustrava por vezes, mas aprendi com isso a ir lidando com as impossibilidades, e propor e realizar o que ia se tornando possível. Além disso, realizei meu tema de trabalho de conclusão de residência acerca dos “aspectos psicológicos dos profissionais na linha de frente” do

hospital em que trabalho, que fora despertado pelo contexto e pelo interesse advindo da participação no grupo. Obrigada por esse grupo de insights e possibilidades.”

Na pergunta final, “o que foi marcante para você?”, pudemos observar o efeito de representatividade que o projeto teve ao ter um alcance nacional, ser público, aberto e gratuito, favorecendo o acesso a profissionais das mais diversas instituições e localidades. Compartilhamento, qualidade das discussões, disponibilidade, troca de experiências com profissionais de todo país, a escuta, identificação, organização, exemplos práticos de atuação, ideias, projetos, comprometimento, afetos.

“Ter com quem dividir a angústia”

“Tudo. A estabilidade dos encontros semanais, as trocas nos grupos de whatsapp, as aulas, as trocas, os relatos e questões dos colegas que ajudaram a nomear conflitos antigos e atuais na instituição em que atuo.”

“Perceber que as minhas angústias e dificuldades na pediatria eram de outros profissionais também, inclusive aqueles com uma trajetória maior. Sentir que se refazer faz parte da nossa atuação e que isso inclui todo e qualquer momento. Foi um sentimento de respiro, porque o medo era de muitos, mas também se fazia ali presente novos modos de se investir e seguir no desejo.”

“Como a palavra circulou e a experiência de outros psicólogos experientes me serviu para enfrentar a situação na prática.”

“Os encontros do momento inicial da pandemia, em que circulavam tantos afetos!”

“Alinhar a teoria à prática de forma direta e eficiente. O acesso e divulgação de materiais para estudo e orientação. A representatividade grupal tb foi um marco pra psicologia hospitalar.”

“A vivência de um coletivo tão poderoso de colegas da mesma profissão, compartilhando suas experiências”

“a oferta generosa de um espaço de escuta/ discussão e trabalho, sem julgamentos e saber que as dificuldades enfrentadas não eram só minhas, por outro lado, saber disso, tornava o problema maior e de mais difícil solução.”

8.5 A palavra faz falta

E quando nos era apresentado um texto absurdo ou insuficiente - como se tivesse fracassado o esforço em traduzir o sonho para a versão correta - respeitamos também essas falhas na expressão.

(FREUD, 2019, p. 563)

Os psicólogos hospitalares tinham inicialmente dificuldade em especificar suas demandas e uma insistente percepção de que não tinham conhecimento suficiente para atuar durante uma emergência sanitária, sentindo-se fracassados em termos de conhecimento sobre técnicas adequadas para este contexto. A dificuldade em nomear suas dificuldades e muitas vezes a ausência de narrativa e palavras sobre o que eles próprios sentiam enquanto exerciam sua função.

Muitos psicólogos disseram, durante e depois do projeto, que ouvir outras experiências, de uma maneira passiva e segura, foi fundamental para construir suas próprias representações sobre o fenômeno e encontrar meios de trabalhar com os recursos que possuíam em seus serviços e realidades. Não havia palavras a compartilhar e sequer queixas ou endereçamentos de saber, faltavam palavras, mas estar em um espaço onde elas circulavam, participou da possibilidade de dizer.

A palavra que falta, produz uma demanda de saber. Boa parte dos participantes chegou ao projeto a partir dessa demanda que implica também em uma suposição de saber, no projeto, que por sua vez conta da transferência dos psicólogos hospitalares com o projeto. Nesse sentido, a noção de que a palavra faz furo, portanto, falta no sentido da castração, mas também a ideia de que quando a palavra falta, isto é também o furo que mobiliza um dizer. Não ter palavras pode fazer com surjam os significantes.

Nossa posição de intervenção e transmissão também foi fundamentalmente pautada nessa proposição, de não partir de ensinamentos e orientações que tamponassem uma suposta falta, mas que acompanhasse e precipitasse a possibilidade de dizer. Na contramão de outras práticas e manuais que propõem respostas ali onde sequer a pergunta foi formulada. Eis a diferença da psicologia e da psicanálise, talvez, no tratamento da angústia.

Ainda que se admita e se utilize (como utilizamos) recursos da psicologia, através de seus instrumentos, protocolos, campanhas, parcerias, manuais, metodologias, dentro de uma variante absolutamente necessária ao tratamento padrão, como ferramentas imaginárias de acesso ao simbólico, advertidos disto, eis a diferença. Estar advertido é fazer a mesma coisa, utilizar os mesmos instrumentos, de um lugar completamente diferente.

8.6 “Hoje tem encontro”

Com o estabelecimento do projeto, foi possível observar algumas destinações para estas preocupações. As reuniões temáticas com a presença da SBPH, ofereceram diretrizes para atuação do psicólogo hospitalar, com a presença de convidados professores universitários e importantes nomes da Psicologia Hospitalar no Brasil, tiveram importante

função simbólica para o grupo. Os pontos de partida iniciais utilizados como referenciais teóricos e técnicos foram as Recomendações aos psicólogos hospitalares frente à pandemia do COVID-19 da SBPH (2020), as cartilhas elaboradas pela Fiocruz e publicadas no livro Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações às/aos psicólogas/os hospitalares por Schmidt *et al.* (2020) e o Ofício-Circular n. 40/2020/GTec/CG-CFP, contendo a Carta de Recomendações sobre coronavírus, realizado pelo CFP (2020). Esta primeira etapa desempenhou uma função técnica do projeto, oferecendo sustentação e estímulo para o reencontro com seus saberes e percursos sobre como abordar o sofrimento e produzir ou criar adaptações e estratégias na e a partir da experiência *compartilhada*.

Os encontros virtuais se configuraram como espaço para a palavra circular entre os participantes, que puderam contar seus projetos de cuidado desenvolvidos em cada instituição. O acesso à experiência dos colegas, mediado pelos coordenadores, levou à constatação de semelhanças tanto nas características institucionais, quanto nas angústias suscitadas pela pandemia, mobilizando a criação de estratégias coletivas de enfrentamento e o resgate de um saber-fazer da psicologia hospitalar.

Se, por um lado, este acesso apaziguou a angústia frente ao desconhecido, sem, contudo, visar a replicação das práticas, desconsiderando a história prévia de cada instituição, cada profissional e cada caso. Em oposição à tendência de generalização e adesão a protocolos rígidos, o projeto apostou na possibilidade de cada um *dizer* sobre sua experiência e inscrevê-la em sua história de maneira singular, ressaltando a atenção aos efeitos subjetivos do cada caso, para definir a direção de tratamento, reconhecimento e abordagem do sofrimento.

Passado o momento da resposta inicial à emergência, da instalação do não saber, abre-se espaço para construção de narrativas singulares a partir do que foi possível fazer, construir um saber a respeito. Há certa cronicidade, o que era urgente virou rotina. Os profissionais foram convocados, a partir da experiência, a colocarem algo de si para a criação de novos dispositivos de escuta ao sofrimento do sujeito, advindo nas equipes de saúde, familiares, pacientes e do próprio psicanalista.

Destaca-se neste momento, a função clínica do projeto, na medida que foi extraída deste movimento de suposição de um não saber, um recuo frente ao desconhecido e o restabelecimento de uma suposição de saber, para cada um, dentro do seu contexto. Em conformidade com o tempo lógico, a compreensão acontece a partir das noções de coletividade e reciprocidade, onde é preciso pensar a partir daquilo que se supõe no outro

sobre si, para que seja possível uma conclusão. Ter no grupo, a representatividade de instituições de localidades, tamanhos e características diferentes, ter ali o encontro entre equipes de histórias, tempos, quantidades e modos de trabalhar diversos, possibilitou algo de coletivo, compartilhado, sobre a experiência.

8.7 Visitas virtuais: a invenção da presença por outros meios

Com o passar do tempo, a crescente internação dos casos de adoecimento por COVID-19, impôs dificuldades em organizar e conciliar a assistência psicológica aos pacientes e familiares internados por outras formas de adoecimento. As alterações no formato de atendimento (presencial x online), os novos desafios impostos à comunicação entre equipe-família-paciente, o cuidado em relação ao fim de vida neste contexto, dentre outras particularidades, representava a preocupação do grupo em relação ao cuidado com os pacientes e seus familiares.

A imposição de um isolamento físico dentro do hospital teve consequências na experiência de adoecimento, gerando sentimentos de solidão e desamparo tanto dos pacientes, quanto de seus familiares, desde os que vivenciavam a gravidade e a terminalidade, quanto daqueles que viram a experiência de gestação e nascimento atravessada pela impossibilidade da presença física de familiares e amigos neste momento e, em alguns casos, provocando o isolamento temporário em relação ao próprio bebê.

O medo da contaminação atravessava todas estas questões, tanto em relação à segurança do atendimento presencial, com dúvidas relacionadas a utilização e disponibilização de equipamentos de segurança individual (EPIs), quanto a contaminação, adoecimento e possíveis perdas de colegas profissionais de saúde.

Um dos debates mais frequentes no projeto foi respeito da utilização de tecnologia para a realização de visitas, comunicações e despedidas, algo que se tornou muito presente, porém inicialmente com muita resistência de gestores, equipes e familiares. Desde a forma como realizar essa visita, termos de consentimento até a autorização e realização das mesmas. Esbarramos em algo, talvez, já superado nas rotinas hospitalares sobre a função do psicólogo hospitalar na avaliação e condução de visitas específicas. Foram necessárias muitas discussões e arranjos institucionais na montagem de fluxos e protocolos que viabilizassem as visitas, não de forma compulsória, mas em sua possibilidade e função ética.

Diante da complexidade ética dessas decisões, uma vez que envolviam muitas vezes pacientes inconscientes, intubados ou mesmo em relação a bebês, crianças e demais grupos

com condições legais específicas. O parecer nº 131.045/20 divulgado pelo Conselho Regional de Medicina (2021), de São Paulo em abril de 2021, não autorizava visitas virtuais a pacientes sem nível de consciência. Em alternativa a isso, muitas equipes recorreram a apresentação de áudios enviados por familiares, por exemplo, e outras formas pensadas em cada caso, de possibilitar a presença por outros meios.

A invenção de rotinas e estratégias que viabilizassem a presença, ainda que virtual, dos familiares durante a internação, comunicação com a equipe, momentos de despedida e rituais fúnebres, são modos de intervenção com o “trabalho em ato com o luto” (ALLOUCH, 2004), uma vez que recuperam ao luto seu estatuto de elaboração, produção de vida e de subjetivação.

Durante os encontros do projeto, tivemos discussões complexas, inclusive com colaboração de esclarecimentos jurídicos, sobre como inserir a prática das visitas virtuais, resguardando os preceitos éticos relativos à saúde e a segurança de dados. As reflexões sobre a participação do psicólogo nos protocolos e fluxos de comunicação foram atualizadas sob esta novidade, sendo necessárias discussões específicas e cuidadosas que incluíssem a realidade de cada serviço na proposição de cuidados aos pacientes e familiares.

Foi consenso que o boletim médico é responsabilidade do profissional formado em medicina, mas reafirmado a função do psicólogo nas discussões sobre comunicação dentro da instituição, bem como sua participação efetiva no momento da comunicação médica.

As questões se tornavam mais complexas na medida da gravidade dos casos, quando além da comunicação em si e do acompanhamento diário das repercussões do adoecimento no paciente e familiares, na maioria das vezes, realizados por meios de dispositivos tecnológicos, tínhamos a evolução para um prognóstico reservado e/ou ao óbito.

Estas situações dispararam discussões em torno da tomada de decisões difíceis em avaliar, a cada caso, as possibilidades de realização de visita presencial, com fins de despedida, reconhecimento do corpo e/ou suporte psicológico. Com o aumento dos óbitos, essa questão se impôs de modo dramático e angustiante, uma vez que inicialmente não havia uma organização para viabilizar o acolhimento adequado, independente do meio que se optasse.

Gradativamente as equipes formularam fluxos e protocolos que inseriam na rotina a realização das visitas virtuais, possibilitando que fossem realizadas cerimônia de despedida quando necessário e indicado. Em alguns serviços, a despedida limitou-se ao momento do reconhecimento, que dada as circunstâncias, passou a ocorrer no momento da retirada do corpo junto a funerária. Aqui novamente notamos uma variabilidade de protocolos, mas

ressaltamos a importância do psicólogo participar da construção destes protocolos, visando a garantia de espaços de representação e elaboração da experiência, conforme discutimos no capítulo 6.

Em uma reunião marcante, uma participante relatou que a angústia da família estava situada na impossibilidade de escolher a roupa para vestir o corpo de seu ente querido. Este caso possibilitou uma discussão fundamental sobre as diferentes formas, simbólicas, de propiciar a vestimenta do corpo-objeto perdido. Saídas concretas, onde o fundamental do teor simbólico da operação estava presente em sua execução.

8.8 O atendimento psicanalítico remoto no Hospital Geral

É importante fazer uma observação preliminar sobre a especificidade do momento no que diz respeito às mudanças necessárias realizadas no contexto do Hospital Geral. Uma doença infectocontagiosa exige um cuidado, já realizado de forma pontual aos pacientes dessa clínica, referente às medidas de proteção e isolamento. Diante do contexto específico de pandemia da COVID-19, ou seja, de um contágio generalizado, o hospital de forma geral teve que repensar os fluxos e rotinas de atendimento.

As equipes de psicologia assumiram mudanças importantes para auxiliar na construção de um dispositivo que fizesse frente às novas demandas, incluindo novas formas de rodízio interno, reformulação nos critérios de busca ativa e novas modalidades de atendimento. Ocorreu alguma articulação da categoria em algumas instituições, a fim de repensar os atendimentos aos pacientes e familiares, como forma protetiva aos profissionais psicólogos ao introduzir a nova modalidade de atendimentos remotos. Ou seja, a entrada no leito pelo psicólogo não se daria de forma imprescindível, como das equipes de enfermagem, de fisioterapia e equipes médicas, podendo ser transposta ao contato virtual.

Tais construções, que tem por intuito refletir não a pertinência dessas determinações, mas sim pensar os efeitos do trabalho a partir dessas mudanças. O que há de consenso também é que, diante do inédito dessa experiência, há um trabalho contínuo de analisar e construir o serviço a partir dos impasses decorrentes dessa realidade. O que podemos recolher é o efeito de uma aposta, sabendo que em cada estágio da experiência de trabalho na pandemia foi se desenhando a partir dos limites, mas também das possibilidades de intervenção.

Antes de nos atermos às questões do formato de atendimento, gostaríamos de incluir uma questão importante relativa aos efeitos dos casos de COVID-19 nas expectativas da instituição que configuram novas demandas dirigidas ao psicólogo. De maneira mais objetiva, essas demandas podem tomar uma forma protocolar de instituir ao psicólogo a função de atender todos os pacientes afetados pela doença, como, também, ser o responsável pelas visitas virtuais, que teriam como objetivo garantir o contato do paciente com seu familiar.

Outro efeito recolhido da incidência dos casos de COVID-19 no hospital geral se daria também, de que, para além de um fluxo determinado ao psicólogo, haveria a expectativa de um saber prévio sobre a atuação em emergências. A especificidade da clínica COVID-19 e a proporção de casos internados produzem uma posição de se enveredar mais em direção a um saber sobre a doença, do que o saber sobre o doente. Torna-se importante um apontamento, já considerado de antemão pelos psicanalistas que trabalham na área de saúde, a saber, que não há psicólogo especialista equiparado às clínicas médicas, tampouco para a clínica do COVID-19, há um saber-fazer com o que a especificidade dessa doença coloca de impasse para a atuação.

É importante considerar que há, nessa clínica, uma variável orgânica que incide diretamente na condição do paciente em se engajar na abordagem de atendimento psicológico. Um paciente internado na Unidade de Internação ou na Unidade de Terapia Intensiva é um paciente muitas vezes sintomático, o que pode incluir falta de ar, febre, vômitos, diarreia, dor de cabeça, dor no corpo. O paciente é atravessado por uma experiência de prostração e fadiga, sendo a experiência mais crítica a de insuficiência respiratória, que potencializa a angústia e, muitas vezes, restringe a capacidade do paciente se comunicar.

Nesse ponto é que as questões foram se construindo: é possível um atendimento remoto no hospital? Como construir um modelo de atendimento com paciente e familiar quando há privação de acompanhamento como protocolo de segurança? Questões que nos direcionaram cada vez mais ao cerne da ética psicanalítica, neste espaço que pôde nomear e avançar, pela via do laço social, questões inéditas aos psicólogos hospitalares.

Tivemos duas consequências mais radicais do contexto de coronavírus no hospital: um imperativo institucional de que o atendimento aos pacientes COVID-19, por serem emergentes na internação, são tomados como indicador suficiente para determinar um paratodos a serem atendidos e um novo modelo de atendimento, sendo este, o atendimento remoto.

Ora, sabemos que é preciso sempre se pôr a escutar as demandas para que algo do nosso trabalho possa ser construído, não pela via da resposta direta, mas pela instauração de uma via de contribuição ao trabalho que diz respeito à especificidade da nossa abordagem. O que determinava a escolha da modalidade de atendimento era o risco do contágio, logo, o psicólogo não ficaria só restrito à entrada no quarto do paciente, mas, também, restrito ao setor responsável pelo atendimento aos pacientes com diagnóstico de COVID-19. Esse setor reúne todos responsáveis pelo cuidado direto do paciente, e como sabemos, no hospital, todas as discussões que implicam em intervenções são realizadas *in loco* no setor. Tomando isso em consideração, ao decidir pelo atendimento remoto, o psicólogo não estaria só do lado de fora do leito do paciente, mas também, do setor e da relação contínua com a equipe multiprofissional.

Por mais extraterritorial que a psicanálise seja em relação à medicina, é importante precisar que o lugar êtimo do psicanalista na instituição não diz respeito ao fora, mas sim, de uma outra posição dentro desse contexto. É importante que, de alguma maneira, o analista possa ao mesmo tempo, de dentro, escutar e participar das conjecturas enunciadas pelo sujeito e, também, preservar uma distância, um vazio na relação com equipe que não visa trazer orientações ou respostas prontas de um contexto inédito, sustentando, portanto, um não-saber que possibilita que as invenções sejam construídas no trabalho entre vários profissionais.

É nesse ponto que podemos reconhecer que não se trata dos limites da modalidade do atendimento remoto, em si, mas sim, da condição de instituímos uma prática que preserve a relação do psicanalista nas construções e intervenções junto à equipe de saúde. O efeito do trabalho do analista no hospital não é exclusivamente na relação do paciente, e sim, se estende às possíveis mudanças nas formas em que a equipe entende o cuidado. Isso quer dizer que o efeito do trabalho ocorre a partir da possibilidade de recolocar a subjetividade na discussão diária entre profissionais implicados.

Aqui é importante marcar que, se há um psicanalista que assume a função de psicólogo na instituição, essas determinações podem sofrer certos tensionamentos. O que (re)torna como questão é “qual o lugar do psicanalista do hospital?”, questão que mobiliza falarmos sobre a ética da psicanálise e os diferentes discursos que compõem a instituição de saúde, bem como discutirmos conceitos psicanalíticos que fundamentam a prática.

Entendemos que frente a um contexto que apontou, em um primeiro momento, para um desmonte da estrutura do trabalho - clínico-institucional - do psicanalista no hospital, por outro lado, reforçou o fundamento básico para o trabalho na área da saúde. A partir disso,

apostamos, não sem criatividade, nas possibilidades de seguir operando nas intervenções que contemplem paciente, família e equipe. Há barreiras, mas não intransponíveis.

A presença, a disponibilidade, o olhar e a escuta dos detalhes marcam a possibilidade de trabalho em um contexto tão extremo de urgências do paciente e, também, da equipe. Se há uma operação compartilhada e necessária, para a intervenção no corpo, pela equipe de saúde, há também um olhar atento e uma escuta dos detalhes, da cena, do não-dito, ou até do que se encontra impossibilitado de ser dito e os efeitos disso pro paciente e pra equipe. O analista não poderia trabalhar apenas por uma via.

E foi pela via de apostar que "*Achar Palavra*" era modo de fazer questão, quando pouco se podia dizer, debruçando-nos nas vivências de um e de outro, que uma experiência compartilhada diante da pandemia pôde acontecer.

E foi no *momento de concluir*, em que se coloca em ato, radicalmente singular, a invenção de um saber-fazer diante desse fato inédito de nossa história, concretizado por meio das conversações clínicas, como uma convocação à uma produção escrita de transmissão daquilo que se deu na prática em articulação com a teoria, portanto, a passagem do compartilhar para a possibilidade de um *dizer*.

Neste sentido, reconhece-se que o projeto teve também uma função científica, articulada às demais, que se deu tanto pela via de um conhecimento que pôde ser compartilhado, quanto pela proposição de um saber sobre o trabalho realizado de cada um durante a pandemia e também, daquilo que se produz de saber sobre as narrativas de sofrimento que se apresentaram neste momento e as saídas encontradas por cada profissional e equipe em uma dimensão ética do cuidado.

O livro sobre nada

*É mais fácil fazer da tolice um regalo do que da sensatez.
Tudo que não invento é falso.
Há muitas maneiras sérias de não dizer nada, mas só a poesia é verdadeira.
Tem mais presença em mim o que me falta.
Melhor jeito que achei pra me conhecer foi fazendo o contrário.
Sou muito preparado de conflitos.
Não pode haver ausência de boca nas palavras: nenhuma fique desamparada do ser que a
revelou.
O meu amanhecer vai ser de noite.
Melhor que nomear é aludir. Verso não precisa dar noção.
O que sustenta a encantação de um verso (além do ritmo) é o ilogismo.
Meu avesso é mais visível do que um poste.
Sábio é o que adivinha.
Para ter mais certezas tenho que me saber de imperfeições.
A inércia é meu ato principal.
Não saio de dentro de mim nem pra pescar.
Sabedoria pode ser que seja estar uma árvore.
Estilo é um modelo anormal de expressão: é estigma.
Peixe não tem honras nem horizontes.
Sempre que desejo contar alguma coisa, não faço nada; mas quando não desejo contar nada,
faço poesia.
Eu queria ser lido pelas pedras.
As palavras me escondem sem cuidado.
Aonde eu não estou as palavras me acham.
Há histórias tão verdadeiras que às vezes parece que são inventadas.
Uma palavra abriu o roupão pra mim. Ela deseja que eu a seja.
A terapia literária consiste em desarrumar a linguagem a ponto que ela expresse nossos mais
fundos desejos.
Quero a palavra que sirva na boca dos passarinhos.
Esta tarefa de cessar é que puxa minhas frases para antes de mim.
Ateu é uma pessoa capaz de provar cientificamente que não é nada. Só se compara aos
santos. Os santos querem ser os vermes de Deus.
Melhor para chegar a nada é descobrir a verdade.
O artista é erro da natureza. Beethoven foi um erro perfeito.
Por pudor sou impuro.
O branco me corrompe.
Não gosto de palavra acostumada.
A minha diferença é sempre menos.
Palavra poética tem que chegar ao grau de brinquedo para ser séria.
Não preciso do fim para chegar.
Do lugar onde estou já fui embora.
(BARROS, [1996], p. 66)*

9. Considerações Finais

Se iniciamos esta pesquisa com interrogações cruciais sobre os desafios para o exercício da psicanálise em urgências, emergências e desastres, vamos encerrá-la com uma proposição em relação a esses desafios: *Achar Palavra*, na justa medida entre aquilo que escrevemos e o que se inscreveu de um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres. Trataremos de explicitá-la a partir do caminho que percorremos para afirmá-la e apontando os caminhos que nos seriam necessários, ainda, incluir.

Que fiquem claros os campos desta pesquisa: urgências, emergências e desastres. Chegamos a uma definição que compreende que a urgência e a emergência são processos em um continuum entre a ausência total de risco de vida e o risco máximo de vida, ponto que só se define pela gradação de três fatores: tempo, necessidade de agir e gravidade. Pudemos concluir que quanto mais curto é o tempo, maior é a urgência, e que em uma emergência o tempo é o mais curto, porque temos uma gravidade tal que a necessidade de agir se torna imediata.

Definimos desastre como a combinação de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos que ultrapasse a capacidade de gerenciamento local, cujas consequências impactam o bem-estar físico, social, psíquico, econômico e ambiental, uma vez que alteram o funcionamento habitual de um sistema, podendo provocar desorganização social, acarretar destruição estrutural e/ou material significativa e perturbar a geografia humana. Sendo assim, a clínica psicanalítica que se atualiza nas urgências, emergências e desastres traz consigo pelo menos dois desafios: o acontecimento-morte e o tempo.

Foi necessária uma revisão histórica e conceitual para que pudéssemos nos autorizar sobre nossas conclusões. A etapa metodológica que permitiu entrar em contato com a história da Psicanálise em emergências e desastres. Tanto no que diz respeito à produção teórica atrelada a essa clínica, quanto à elucidação de seus fundamentos, passando pela descrição das práticas encontradas na literatura; essas descrições, ainda que escassas, participaram da sustentação da formalização deste trabalho.

Destacamos os fundamentos metapsicológicos a respeito do traumático, considerando as movimentações conceituais provocadas pela Primeira Guerra, em especial o lugar dado à contingência em sua configuração, mas principalmente pela noção de *a posteriori*. Apenas em uma segunda cena – que se liga retroativamente à primeira, antes inacessível porém fundamental na formação do trauma – é que o traumático se apresenta como tal. É, pois, sabendo que se trata de uma clínica que necessariamente estará às voltas com a discussão do

traumático, principalmente no ponto em que ele impõe dificuldade de articulação simbólica, que propomos que a escuta que supõe um sujeito e o busca; eis aí a contribuição da psicanálise ao campo das urgências, emergências e desastres.

Outrossim, vimos como a criação das clínicas públicas e a inserção da psicanálise nos espaços comunitários após a Primeira Guerra foi uma consequência da convocação freudiana aos psicanalistas a partir do acontecimento-guerra. Tomamos como base essa convocação ao insistir que a inserção da psicanálise nesse campo deve se dar de modo articulado ao contexto histórico e cultural, e pautar-se em estratégias sustentáveis na lógica de cada território, isto é, a partir da presença efetiva do psicanalista nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial e nas estratégias de gestão integrada de riscos e desastres, em uma direção ética e política de suas intervenções. Lacan deixa clara a posição do psicanalista, presente em Freud, articulada à noção de coletividade e ao princípio da ética, que nos autoriza, em tom convocatório, a fazer do impasse a força viva da invenção.

Ainda que tenham sido encontradas poucas publicações especificamente sobre a atuação de psicanalistas nesse campo, organizamos o material presente na literatura, articulado à nossa experiência, em um ensaio sobre a clínica psicanalítica em emergências e desastres, em torno de alguns eixos: Sobre o processo de exame de realidade; Notícias, informações e comunicação; A questão da coletividade para a possibilidade de elaboração e a dimensão sociopolítica do cuidado; A amplitude do cuidado; A dimensão multiprofissional e multifatorial da intervenção; A diversidade dos atendidos.

A aposta metodológica de análise desta tese foi a transmissão da clínica psicanalítica pelo que dela se escreve. O Real, ou o singular da clínica, que o clínico necessariamente desconhece, só pode ser abordado depois de ter sido transposto para outro sistema de registro antes de ser localizado, antes de tornar-se legível. Aquilo que escrevemos sobre os casos e situações institucionais comparece sempre como uma releitura, como o que é possível recuperar do Real. A análise da experiência clínica e institucional, a descrição e análise do ato desencadeado pela tese, convergiram para o objetivo inicial de elencar, analisar e apresentar os elementos que consideramos fundamentais na formação de psicanalistas que pretendem atuar nesse campo, definindo como crucial a discussão sobre a transferência, o tempo lógico e o ato psicanalítico.

A cena de angústia do caso que inaugura esta tese apresenta alguns elementos que fizeram borda ao transbordamento causado pelo trágico encontro com a morte do filho: a presença, o olhar que escuta, atos. A convicção de que esses elementos tinham uma função que, só depois, em articulação com o caso seguinte, pudemos delimitar, estariam relacionados

ao ponto de partida do tratamento psicanalítico: a transferência e sua direção: o ato. Casos paradigmáticos que, em conjunto com uma extensiva revisão de literatura, apresentam os desafios da clínica psicanalítica nesse campo.

Podemos afirmar, agora, porque o fizemos na construção da tese, que o acontecimento-morte e o tempo cronológico não são impeditivos para a operação psicanalítica. A psicanálise é viável ali onde o sujeito fala. Lacan (1964) retoma o conceito de inconsciente para precisar que é desse material que trata uma psicanálise, uma vez que “o inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos significantes” (p. 126), sendo função da análise dar condições a seu acesso.

Do que se trata na operação psicanalítica? Vimos que, desde Freud (2010b), a transferência comparece como conceito fundamental, e que “necessariamente a transferência se desencadeia durante um tratamento analítico” (p. 107). Em ambos, a entrada do sujeito em análise é indissociável da transferência; o saber tomado como efeito constituinte da transferência dá acesso à dimensão subjetiva. Há tratamento psicanalítico em urgências, emergências e desastres e, portanto, há também, e necessariamente, o estabelecimento da transferência nesses contextos.

Na emergência e nos desastres, um desafio se impõe à transferência, na medida em que seu estabelecimento está atravessado pelo lugar que ocupa na instituição ou cenário em que o psicanalista atua. O princípio se mantém: a transferência se estabelece a partir da suposição de um saber no psicanalista. Essa suposição de saber engendra um lugar para o analista na instituição e na equipe – a partir do qual ele será chamado a atuar nos casos –, e o modo como ele responde vai instaurar a possibilidade de sua inserção (MORETTO, 2008).

A temporalidade da transferência, portanto, não depende do tempo cronológico, embora seja atravessada por ele, mas se organiza a partir de uma lógica, que, paradoxalmente, a viabiliza. Moretto e Prizskulnik (2014) nos fazem compreender que a possibilidade de inserção do psicanalista na equipe de saúde tem a ver com um posicionamento simbólico, em seu ato, que o localiza subjetivamente, e que o “insere” no campo das decisões interdisciplinares, como parte da equipe, além de convocá-lo a uma sustentação ética do lugar que ocupa. De novo, fica evidente que se trata de uma postura que incide na transferência-inserção.

Não há uma adaptação da psicanálise, ou uma psicanálise simplificada, ou – ainda pior – uma outra psicanálise modificada para a aplicação em contextos críticos. Há a psicanálise que se orienta por uma ética, sem, contudo, estabelecer um padrão. A práxis no

território exige que atentemos à estratégia, à transferência, e a uma sustentação ética em toda tática que porventura decidamos utilizar.

O trabalho no tempo do trágico tonaliza a transferência de modo radical e impactante. A instituição pode ser tomada não só como o lugar onde a tragédia se dá, mas como a tragédia em sua literalidade. Nesses casos estamos expostos, junto à instituição, à possibilidade de ocupar simbolicamente o lugar que porta todo o desespero, a angústia ou, por outro lado, a esperança. Ora, sabemos que não portamos nada disso. Não ofertamos garantia de qualquer que seja a suposição de saber a que somos convocados. Entretanto, operamos a partir disso. No trágico, a operação se dá, predominantemente pela via do ato, como concluiremos a seguir.

Vamos nos dedicar a falar primeiro sobre o tempo. Pudemos percorrer nesta tese o desafio do tempo em diferentes frentes. Quanto ao que está posto em relação ao tempo cronológico implicado na urgência médica, ele demanda de todos os profissionais, incluindo o psicanalista que atua nesse cenário, a gestão do tempo cronológico no planejamento de seu trabalho. Com a ameaça à vida, presente na emergência médica, a urgência cronológica é tensionada, colocando-nos o desafio de pensar em termos de dias, horas, minutos.

Mostramos como o tempo cronológico participa do raciocínio clínico da psicanálise em urgências, emergências e desastres, e não impede o tratamento psicanalítico: um argumento sustentado e apresentado pela experiência clínica propriamente dita e pela explanação sobre o paradigma lógico do tempo, em um de seus elementos fundamentais: a pressa. De forma que, tomando a urgência cronológica como paradigmática da pressa em seu valor lógico, temos condições de operar com esse elemento na direção de uma conclusão.

Foi importante retomar que essa direção do tratamento inclui, necessariamente, os três momentos do tempo lógico: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir; considerando a importância das escansões ou moções suspensivas e a pressa, para a viabilidade da conclusão.

O que desafia a conclusão, entretanto, é a angústia, a perda do outro como Outro, o que precipitaria uma certeza sem a possibilidade de uma simbolização a partir do tempo de compreender, congelando o paciente no instante de ver. Ocorre que não podemos chamar de momento de concluir aquilo que ocorre sem articulação simbólica. Seguimos, junto com os autores que fazem proposições semelhantes, buscando compreender o que acontece no tempo lógico quando atravessado pela angústia. O que diferencia o ato presente na passagem ao ato do ato de concluir que encerra o sofisma é a articulação significativa.

Temos como proposta de direção do tratamento tirar o sujeito dessa suspensão ocasionada pela angústia, a partir da instauração do tempo de compreender, que permite a introdução de uma possibilidade simbólica ao aparecimento do sujeito, à abertura desse tempo entre o instante de ver e o momento de concluir, de modo que o sujeito possa dar uma resposta a partir da condição de sujeito. O tempo de ver, podemos resumir, seria um tempo zero, no qual o sujeito em questão é impessoal. O tempo para compreender introduz a dimensão imaginária do outro, no qual o sujeito se reconhece, passando a ser pareado, indefinido e recíproco. No momento de concluir, o sujeito do enunciado, ao coincidir com o sujeito da enunciação, se declara o que é, momento que marca a constituição do sujeito.

Revisitar a experiência como psicóloga em dois hospitais públicos, em diferentes setores e situações de urgência e emergência médica, e as tantas cenas, impasses e manejos que realizei a partir desse lugar, foi fundamental para estabelecer as balizas para a inserção quando tal trabalho ocorre no hospital. Construimos, portanto, um saber sobre os efeitos da presença do psicanalista nesse campo, cientes das implicações e marcas que a passagem pelos setores de urgência e emergência deixam nos pacientes e seus familiares, afetando a compreensão sobre a doença, o cuidado e a perda, que por sua vez incidem no trabalho de luto, na elaboração e na inscrição desse momento na biografia dessas pessoas.

Durante o desenvolvimento desta tese, a partir do início de 2020, vivemos no mundo uma pandemia que colocou em tensão várias proposições deste trabalho, de maneira que se tornou imprescindível incluir a pandemia, seus efeitos e consequências, na discussão que construimos. Mais que isso; a pesquisa teve um desdobramento em ato, causado pelas afetações do percurso teórico que estavam em andamento, resultando na proposição de um projeto de intervenção na resposta à emergência sanitária da pandemia de COVID-19.

Os anos de atuação em equipes multiprofissionais, na gestão do serviço de psicologia e na assistência clínica a pacientes e familiares, deram condição de antecipar alguns impactos que a pandemia traria ao trabalho do psicólogo hospitalar. A reciprocidade das experiências se fez de modo marcante: ter sido psicóloga hospitalar foi determinante em minha atuação na Clínica de Cuidado, e ter sido psicanalista em uma intervenção pós desastre foi determinante para a idealização da intervenção da resposta à emergência sanitária da pandemia de COVID-19 junto a psicólogos hospitalares de todo o Brasil.

Como atividade do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição, apresentamos o projeto *Achar Palavra*, que foi estruturado para acompanhar a experiência dos psicólogos hospitalares durante a pandemia COVID-19, criando um espaço de diálogo, suporte teórico e instrumental, favorecendo, com isso, trocas de experiências entre os participantes.

Acompanhar a experiência de profissionais de todas as regiões do país, em uma troca contínua em grupos de rede social específico para esse fim, e encontros online, com temáticas alinhadas a cada momento da emergência sanitária, trouxe um acréscimo de material e conteúdo para pensar a atuação e a função da Psicanálise em urgências, emergências e desastres, inclusive pela via do próprio projeto, que desde o início se ofereceu como espaço de representação dessa experiência.

A expressão *Achar Palavra* porta a ideia de que a operação analítica teria a ver com o processo que se dá no encontro entre esses dois termos “achar” e “palavra”. Achar do procurar/encontrar, achar do supor, sem certeza. Acrescido de palavra, em uma dimensão significativa, como o elemento que “dá nome”, coloca no simbólico, independente das palavras, significados ou significações, itens lexicais utilizados para tal. Essa combinação “Achar palavra”, buscou dar ênfase não às palavras com as quais cada um pôde/poderia inscrever a experiência, mas ao ato de achá-las.

Lacan (1954) trabalhava no seminário 1 em torno da noção de ordem da palavra, a lição 19 – A função criativa da palavra, apresenta a dimensão significativa da palavra, o que vimos posteriormente articulado ao tempo lógico, e é essencialmente aquilo por meio de que opera o reconhecimento. A dimensão de reconhecimento da palavra não é algo que se transmite; institui-se como tal na estrutura do mundo semântico que é o da linguagem.

Assim como vimos que a transferência não se produz por intenção, mas no encontro, o ato psicanalítico não pode ser programado, antecipado; dele só se sabe a posteriori, através de seus efeitos. Para que o ato psicanalítico possa ocorrer, é preciso que o psicanalista se coloque em posição de por ele se orientar. Lacan (1967) explica que “o discurso analítico, por sua vez, suspende o fazer para que os significantes possam agir, algo que age, isto é, na dimensão de ato, o ato depende da cadeia significativa, mas já está ali” (p. 120), essa noção de a posteriori é fato crucial sobre o ato psicanalítico.

Por fim, importante dizer que há efeitos e consequências para o psicanalista em trabalhar com casos trágicos. Efeitos estes que incidem em sua relação com a vida. Testemunho e dou testemunho no impacto de vitalidade que essa clínica exerce em quem a vivencia diariamente.

Quanta morte suporta um psicanalista? Me perguntei certa vez. Nenhuma, respondi a mim mesma, convicta. A morte, isso que porta o horror máximo em sua dimensão última do Real, isso que não se representa, não se enumera, da qual só nos aproximamos pela via do que dela é possível dizer. Suportamos, portanto, embora esse não seja

o verbo adequado para o que fazemos, o dito sobre a morte que está contido na vida. É com a vida que trabalhamos, a cada vez.

(Layla Gomes, postagem no Instagram, Agosto de 2021)

“Tudo que está vivo é absurdo”³¹. Compreendemos, com Lacan (1967), que o trabalho do psicanalista em urgências, emergências e desastres se situa entre o horror da morte e o absurdo da vida. Partimos do saber de que a existência é permeada por um impossível, não só da morte em si, mas de tudo aquilo que representa que há o Real. A contingência que se apresenta na ameaça à vida ou na perda de familiares e territórios é da ordem do Real. Na medida em que partimos da noção de impossível contida no acontecimento, reolocamos a impossibilidade em uma perspectiva que convoca uma ética, a saber, a de que o sujeito possa dizer algo sobre isso.

Tal como Freud (2010c) nos antecipou, a constatação da morte escancara nossas defesas, na mesma medida em que nos convoca ao trabalho. Me interessa, particularmente, a hipótese de valorização do belo por efeito de transitoriedade, em sua dimensão exata colocada por Freud, ali onde o efeito de raridade frente à escassez do tempo, precipita o encanto.

Layla, como é trabalhar com a morte? Pesado. Me perdoem os românticos da morte, mas morrer é feio. É frio. É absolutamente doloroso. Leiam Tolstói³², e escutem a narrativa da morte. O revirar dos ossos quando a gente chega perto dessa dor, na posição de escutá-la. Morrer consome quem morre e quem sobrevive. Testemunhar a morte toma a gente por inteiro. E o que se faz, Layla? Olha nos olhos. Ouvindo a palavra do olhar quando as letras não se juntam em sílabas faladas. Faz passagem para a dor com algum cuidado prático, com algum contorno do ambiente, com a sensibilidade de algo que seja singular daquela morte. Segura na mão. E sinta as palavras que não se organizam em frases. Saiba ouvir sobre a vida, sobre o que foi de vida naquela morte. Fale pouco, muito pouco. Esteja com corpo e se cuide muito. O luto é outra história, que depois eu conto. Mas que tem muito a ver com como se vive e com como se morre e com como se sobrevive. E quando a palavra se acha nesse encontro com seu impossível, às vezes, coisas muito bonitas acontecem.

(Layla Gomes, postagem no Instagram, Julho de 2020)

³¹ Citação do livro Crocodilo de Javier Arancibia Contreras.

³² A Morte de Ivan Ilitch/ Leon Nikolaievitch Tostói; tradução Vera Karam. – Porto Alegre, RS: L&PM, 2011

10. REFERÊNCIAS

ALLOUCH, J. **A erótica do luto: no tempo da morte seca**. Tradução: P. Abreu. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud, 2004.

ALMEIDA, T. P. N. C.; FIGUEIREDO, F. C. de; VIDAL, R. M. B. Transitividade verbal: uma análise funcional do verbo achar no português brasileiro. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 168-178, 2022. DOI <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5546>. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5546>. Acesso em: 20 set. 2023.

ANDRADE, C. D. **A palavra mágica: poesia**. 22. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005. 136 p.

AZEVEDO, E. **Da pressa à urgência do sujeito: psicanálise e urgência subjetiva no hospital geral**. Curitiba: Appris, 2019. 135 p.

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

BARROS, M. **Livro sobre o nada**. São Paulo: Record, [1996]. 85 p.

BARROS, R. A urgência subjetiva: o sujeito tem urgência? *In*: Barros, R. (ed.). **Urgência sem emergência?** 2. ed. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. p. 65-88.

BERTA, S. L. **Escrever o trauma, de Freud a Lacan**. São Paulo: Annablume, 2015. 292 p.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. de C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bzWqL4GBZhk74wJn637bbjB/#>. Acesso em: 20 set. 2023.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], n. 19, p. 20-28, 2002. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?lang=pt#>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nºs 12.340, de 1º de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2012. Acesso em: 20 set. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112608.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações às (os) psicólogas(os) hospitalares**. [Brasília, DF]: Fiocruz, [2020]. 22 p. Disponível em: https://efg.brasilia.fiocruz.br/ava/pluginfile.php/73446/mod_resource/content/7/cartilha_psicologos_hospitalares.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coronavírus**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>. Acesso em: 20 set. 2023.

BROIDE, J. Prefácio. *In*: Danto, E. A. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938**. Tradução: Margarida Goldszajn. São Paulo: Perspectiva, 2019. 464 p.

BRUM, E. **Banzeiro òkòtó**: uma viagem à Amazônia centro do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021. 394 p.

BRUNNER, J. Posfácio *In*: FREUD, S. *et al.* **Psicanálise das neuroses de guerra**. Tradução, notas e apresentação: Bruno Carvalho. São Paulo: Quina Editora, 2023. p. 171-194.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 245-256, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/wdKLXK4hCZrxGYwXbmdTghC/#>. Acesso em: 22 nov. 2014.

CALAZANS, R.; AZEVEDO, E. C. "Não há tempo... A perder": questões sobre a atuação do psicanalista no hospital geral. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-64, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2023.

CÂMARA, L.; HERZOG, R. A realidade da perda: considerações sobre o luto e o exame de realidade. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 561-578, 2018. DOI <http://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A08>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000300009&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 13 jul. 2023.

CARVALHO, B. Apresentação à edição brasileira. *In*: FREUD, S. *et al.* **Psicanálise das neuroses de guerra**. Tradução, notas e apresentação: Bruno Carvalho. São Paulo: Quina Editora, 2023. p. 11-28.

CLASSIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO BRASILEIRA DE DESASTRES. **Anuário brasileiro de desastres naturais**: 2011. [Rio de Janeiro: Defesa Civil, 2011]. Disponível em: <http://www.defesacivil.rj.gov.br/images/formularios/COBRADE.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

COMITÊ PERMANENTE INTERAGÊNCIAS. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Tradução: Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhpps_guidelines_portuguese.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.451**, de 17 março de 1995. Brasília, DF: CFM, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota técnica sobre atuação da psicologia na gestão integral de riscos e de desastres, relacionadas com a política de proteção e defesa civil**. Brasília, DF: CFP, 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-T%C3%A9cnica-Psicologia-Gestao-de-Riscos-Versao-para-pdf-13-12.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Ofício-Circular n. 40/2020/GTec/CG-CFP. **Carta de Recomendações sobre coronavírus**. Brasília, DF: CFP, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/SEI_CFP-0214041-Of%C3%ADcio-Circular_.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres**. Brasília, DF: CFP, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Parecer n. 131.045**. Realização de videochamada aos pacientes internados e/ou sedados em substituição à visita presencial, enquanto durar a pandemia de Covid-19. São Paulo: CREMESP, 2021.

CONTRERAS, J. A. **Crocodilo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 182 p.

COSTA, A. M. da; PACHECO, M. L. L.; PERRONE, C. M. Intervenções na emergência: a escuta psicanalítica pós-desastre da Boate Kiss. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 155-165. DOI <http://doi.org/10.5020/23590777.16.1.155-165>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2023.

DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938**. Tradução: Margarida Goldsztajn. São Paulo: Perspectiva, 2019. 464 p.

DIAS, R. C.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. A clínica como testemunho de corporeidade diante do traumático da experiência. **Percursos**, São Paulo, v. 44, p. 91-104, 2010. DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011. 660 p.

DUNKER, C. I. L. Ontologia negativa em psicanálise: entre ética e epistemologia. **Discurso**, [São Paulo], n. 36, p. 217-242, 2007. DOI <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38078>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/discurso/article/view/38078>. Acesso em: 20 set. 2023.

DUNKER, C. I. L.; FRAGELLI, I. K. Z. **A clínica do cuidado: intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte**. Latesfip, 2018. Disponível em: <https://www.latesfip.com.br/>. Acesso em: 26 set. 2023.

DUNKER, C. I. L.; PAULON, C. P.; MILAN-RAMOS, J. G. **Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas**. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016. 320 p.

EFRAIME JÚNIOR, B. Caminhos moçambicanos para a construção da democracia em Moçambique: notas de uma leitura psicanalítica. In: BRITO, Luís de. (org.). **Desafios para Moçambique**. Maputo: IESE, 2014. p. 249-280.

EFRAIME JÚNIOR, B. Trauma e migração: os traumas psíquicos das crianças soldado. **Diversitas**, [São Paulo], v. 1, n. 1, p. 111-130, 2013. DOI <https://doi.org/10.11606/diversitas.v0i1.58378>. Disponível em: <https://diversitas.fflch.usp.br/sites/diversitas.fflch.usp.br/files/inline-files/Revista%20Diversitas%201.%20Dossie%20Fronteiras%20em%20Movimento.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 4a reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. (Coleção Passo-a-Passo).

ESTRATÉGIA INTERNACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A REDUÇÃO DE DESASTRES. **Redução de Desastres das Nações Unidas**. [S. l.]: UNISDR, 2012.

EU+1: uma jornada de saúde mental na Amazônia. Direção: Eliane Brum. [Belo Monte]: [os autores], 2017. (102 min), son., color. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=IG_DdW4znCE.

FIGUEIREDO, L. C. Prefácio. *In*: MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019. p. 9-13.

FRANCO, M. H. P. (org.) **A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática**. São Paulo: Summus, 2015. 253 p.

FRASCAROLI, A. Q. **Os tipos de achar e parecer na fala mineira**. 2008. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

FREITAS, R. A. A psicanálise possível frente à tragédia. **Opção Lacaniana Online**, n. 2, p. 1-4, 2011. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_5/A_psican%C3%A1lise_poss%C3%ADvel_frente_%C3%A0_trag%C3%A9dia.pdf. Acesso em 25 set. 2023.

FREUD, S. Sobre a dinâmica da transferência. *In*: FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020b. p. 107-120. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, S. Os instintos e seus destinos. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p. 51-81. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. A transitoriedade. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010g. p. 247-252. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *In*: FREUD, S. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010j. p. 161-239. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. Análise terminável e interminável. *In*: FREUD, S. **Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. p. 364-380. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 19).

FREUD, S. **As pulsões e seus destinos**. 8a ed. Tradução: Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2021a. 161 p.

FREUD, S. Caminhos da terapia psicanalítica. *In*: FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020c. p. 191-204. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, S. **Cartas aos filhos**. (Organização: Michael Schröter; tradução: Georg Otte e Blima Otte. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021b. 644 p.

FREUD, S. Considerações sobre a guerra e a morte. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010e. p. 209-246. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. *et al.* **Psicanálise das neuroses de guerra**. Tradução, notas e apresentação: Bruno Carvalho. São Paulo: Quina Editora, 2023. 240 p.

FREUD, S. Fixação no trauma, o inconsciente. *In*: FREUD, S. **Conferências Introdutórias à psicanálise**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010j. p. 364-380. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 13)

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia. *In*: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010k. p. 13-123. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 17).

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010m. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 20).

FREUD, S. Introdução à psicanálise das neuroses de guerra. *In*: FREUD, S. **História de uma neurose infantil**: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010i. p. 382-387. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 312 p.13-50.

FREUD, S. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 17).

FREUD, S. Luto e melancolia. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010h. p. 170-194. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. Luto e melancolia. *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 170-194. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. **O mal-estar da civilização, novas conferências introdutórias e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010n. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 18).

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência: 1915. *In*: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia**: (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010d. p. 210-228. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 10).

FREUD, S. Por que a guerra? *In*: Freud, S. **Cultura, sociedade, religião: o mal-estar na cultura e outros escritos**. Tradução: Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. 496 p. (Coleção Obras incompletas de Sigmund Freud).

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do Eu**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010l. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 15.)

FREUD, S. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalista. *In*: FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020a. p. 93-106. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, S. **Reflexões para os tempos de guerra e morte** (1915). São Paulo: Companhia das Letras, 2010f. (Obras completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. **Sobre a transitoriedade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 182-185. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14).)

GALETTI JÚNIOR, C. A. Modelos de atendimento às urgências/emergências. **Piloto Policial**, [S. l.]: Piloto Policial, 2010. Disponível em: <http://www.pilotopolicial.com.br>. Acesso em: 28 set. 2012.

GALLEGO, P. B.; GOMES, L. R. S.; PERES, R. S. Meanings attributed by hospital psychologists to the relations between health professionals in the communication of bad news. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e42911225688, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25688>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25688>. Acesso em: 6 ago. 2023.

GALVÃO, V. C. C. **O achar no português do Brasil**: um caso de gramaticalização. 1999. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

GEGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. *In: Urgências e emergências em saúde*: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 15-26. (Coleção antropologia e saúde).

GIBELLO, J.; NETTO, M. V. R. F.; MORETTO, M. L. T. Entre os ponteiros do relógio e o tempo do sujeito: articulações entre emergência médica e urgência subjetiva. *In: BATISTA, J. dos S.; GUIDUGLI, S. N. (org.). Psicologia da saúde e clínica*: conexões necessárias. Curitiba: Appris, 2019. p. 253-264.

GLEICH, F. T. Do silêncio ao testemunho: história de um ribeirão. **Intercambio Psicoanalítico**. Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 206-210, 2019.

GOLDBERG, L. **O inconsciente e o real na clínica lacaniana**. São Paulo: Edições 70, 2023. 154 p.

GOMES, L. R. S. **O traumático na clínica de família**: uma investigação sobre vínculos violentos. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco**: como implementar o sistema Manchester de classificação de risco. [S. l.]: GBCR, 20202010.

GUARRESCHI, L. Peut-on s'esquiver? **Revue Tupeuxsavoir** [S. l.], 29 nov 2019. Disponível em: <https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/peut-on-sesquiver-da-para-tirar-o-corpo-fora/>. Acesso em: 20 set. 2023.

HOLGADO, M.; PIPKIN, M. **Clínica de las emergencias**: intervenciones en catástrofes sociales y urgencias subjetivas. Buenos Aires: Letra Viva, 2013.

IANNINI, G. Epistemologia da pulsão: fantasia, ciência, mito. *In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (org.). Freud, S. As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 91-135.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. **IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings**. Geneva: WHO, 2008. 40 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789953026275>. Acesso em: 17 mar 2020.

KALLAS, M. B. L. de M. Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 42, n. 80, p. 55-62, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952020000200007. Acesso em: 01 jul. 2023.

KATZ I.; DUNKER, C. **Dois anos, dois dias**. São Paulo: Latesfip, 2016. Disponível em: https://www.latesfip.com.br/files/ugd/91f056_d2945a0318294a8f8a7225b3567b5038.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

KAUFMANNER, H. Inconsciente e tempo. **Psicologia em Revista**, [Belo Horizonte], v. 9, n. 13, 2003.

KUPERMANN, D. Sobre a produção psicanalítica e os cenários da universidade. **Psico**, [Porto Alegre], v. 40, n. 3, p. 300-307, 2009.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p. 591-652.

LACAN, J. A psiquiatria inglesa e a guerra. *In*: LACAN, J. **Outros escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 106-126.

LACAN, J. **El seminário**: el acto psicanalítico. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1995. Lv. 15.

LACAN, J. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada: un nuevo sofisma.

In: **Escritos**. México, DF: Siglo Veinteuno, 2003, p. 187-203.

LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998d.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 238-324.

LACAN, J. **Le séminaire**. Paris: Éditions du Seuil, 1985. Lv. 15.

LACAN, J. Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. **Écrits**. Paris: Éditions du Seuil, 1966. p. 197-213.

LACAN, J. **O seminário**: a angústia. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. Lv. 10.

LACAN, J. **O seminário**: a ética da psicanálise. Tradução: Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. Lv. 7.

Lacan, J. **O seminário**: a transferência. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. Lv. 8.

LACAN, J. **O seminário**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1955). Tradução: Marie Christine Laznik Penot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. Lv. 2.

LACAN, J. **O seminário**: os escritos técnicos de Freud. Tradução: Betty Milan. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. Lv. 1.

LACAN, J. **O seminário**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução: M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. Lv. 11

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a?. p. 197-213.

LACAN, J. Onde está a fala? onde está a linguagem?. *In*: LACAN, J. **O seminário**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1955). Tradução: Marie Christine Laznik Penot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. Lv. 2.

LACAN, J. Variantes do tratamento-padrão. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 325-364.

- LO BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. Covid-19, luto e morte e a sustentação do laço social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 40, e244103, 1-11, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/d9mBr3GZfndZsRN6wtL7D9q/#>. Acesso em: 20 set. 2023.
- MANDIL, R. Tempo e ato analítico. **Ornicar? Digital**, n. 157, 2001. Disponível em: <http://wapol.org/ornicar/articles/157man.htm>. Acesso em: 22 de maio 2015.
- MARTINS, K. P. H.; RABÊLO, F. C. A escrita da história e do luto nas catástrofes coletivas. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 11, n. 3, supl. 1, p. 28-44, 2020. DOI: <http://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3suplp28>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2236-64072020000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jun. 2023.
- MAUSS, M. L'expression obligatoire des sentiments. In: MAUSS, M. **Cohésion sociale et division de la sociologie** (p. 269-278, v. 3). Paris: Les Éditions de Minuit, 1969.
- MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL. **Entenda a diferença entre os tipos de desastres naturais e tecnológicos registrados no Brasil**. Brasília, DF: MDR, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/ultimas-noticias/entenda-a-diferenca-entre-os-tipos-de-desastres-naturais-e-tecnologicos-registrados-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2023.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus: covid-19**. Brasília, DF: MS, 2021.
- MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019. 162 p.
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 217 p.
- MORETTO, M. L. T. **Psicanálise, saúde e instituição: contribuições mútuas**. 2018. Tese (Livre-docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, 2014.
- MOURA, M. D. (org.). **Oncologia clínica de limites terapêuticos?: psicanálise e medicina**. Belo Horizonte: Artesã, 2013. 426 p.
- MUCILLO, A. **A tragédia de Freud em uma pandemia, que mudou sua teoria**. Tradução: Marly Terra Verdi. São José do Rio Preto: GEP, 2020. Disponível em: <https://www.gepriopretoeregiao.com.br/textos/publicacao/a-tragedia-de-freud-em-uma-pandemia-que-mudou-sua-teoria>. Acesso em: 20 set. 2023.
- MUSSO, C. M.; SARMIENTO, A. E. El encuadre psicoanalítico en la situación de catastrofe. **Revista Electrónica de Psicología Política**, Córdoba, n.3, p. 1-7, 2003. Disponível em: <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/pdf/N6h.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.
- NESTROVSKI, A.; SELIGMANN-SILVA, M. (org.). **Catástrofe e representação**. São Paulo: Escuta, 2000. 264 p.
- NETTO, M. V. R. F. **Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação**. Dissertação. 2014. (Mestrado em Pesquisa clínica em psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- NOAL, D. **Atenção psicossocial e saúde mental: analisando diretrizes e ações para uma gestão integral de riscos e de desastres**. 2018. Dissertação (Doutorado em Processos de

desenvolvimento humano e saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/32630>. Acesso em: 20 set. 2023.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, 2004, v. 15, n. 1/2, p. 83-106, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/nMGDnFmKgySBkGkdshtfzPg/#>. Acesso em: 20 set. 2023.

NUNES, M. A policlínica de Berlim: utopia freudiana? *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, Rio de Janeiro, v. 12, n. spe., p. 50-56, 2020.

OLIVEIRA, L. E. P. **Anos loucos**: histórias da psicanálise às margens dos anos 1920: seguido do diário de Sophie Halberstadt-Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. 232 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Desastres naturais foram responsáveis por 45% de todas as mortes nos últimos 50 anos, mostra OMM**. Brasília, DF: ONU Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/142679-desastres-naturais-foram-respons%C3%A1veis-por-45-de-todas-mortes-nos-%C3%BAltimos-50-anos-mostra-omm>. Acesso em 01 set. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual periodístico para la cobertura ética de las emergencias y los desastres**: auxílio para las noticias. [San José]: OPS, 2011. 60 p.

PRADO, A. **Bagagem**. 31. ed. [Rio de Janeiro]: Record, [201-]. [138 p.]

PINTO, M. J. Prefácio. In: MOURA, M. D. (org.). **Oncologia clínica de limites terapêuticos?**: psicanálise e medicina. Belo Horizonte: Artesã, 2013. p. 11-21.

PORGE, E. **Psicanálise e tempo**: o tempo lógico de Lacan. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Campo Matemático, 1994. 212 p.

QUINET, A. As 4+1 condições da análise. São Paulo: Zahar, 1991. 120 p.

RANGEL, C. B.; LOURES, J. M. Por uma erótica do fim: luto no contexto da pandemia de COVID-19. **Trivium: Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 49-61, 2021. DOI <http://doi.org/10.18379/2176-4891.2021v2p.49>. Disponível em http://pepsic.bvsa.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912021000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2023.

RATTI, F. C.; ESTEVÃO, I. R. Violência, acidente e trauma: a clínica psicanalítica frente ao real da urgência e emergência. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 605-619, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/SRJGjV6mM7PtMkTp9c6QGNQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

ROMANO, R. A crise dos paradigmas e a emergência da reflexão ética, hoje. **Educação e Sociedade**, v. 19, n. 65, p. 65-100, 1998. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-73301998000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/XqCyNVZb4NsdYmV76Tgh4Hg/?lang=pt#>. Acesso em: 20 set. 2023.

ROMERA, M. L. C. Método Psicanalítico: o verso e o reverso da ocupação de um lugar. In: HERMANN F.; LOWENKRON, T. (org.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (p. 254-280).

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 2, 2004.

SANTOS, I. F.; KANTHACK, G. S. Deslizamentos funcionais do verbo achar: gramaticalização em evidência. **A Cor das Letras**, Feira de Santana, v. 21, n. 1, 2020, 273–284. DOI <http://doi.org/10.13102/cl.v21i1.5213>. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/acordasleytras/article/view/5213>. Acesso em: 20 set. 2023.

SANTOS, J. **A polidez indiciando a multifuncionalidade do verbo achar**. 2010. Dissertação (Mestrado em estudos linguísticos) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

SARAIVA, L. A.; NUNES, M. L. T. A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 12, n. 3, p. 259-268, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/KJYBZXWC4gghpk7V8P7jWXx/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

SCHMIDT, B. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações às/aos psicólogas/os hospitalares**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 22 p. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_psicologos_hospitalares.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

SELDES, R. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. *In*: BELAGA, G. (org.). **La urgência generalizada**. Buenos Aires: Grama, 2006, p. 31-43.

SILVA, J. F.; BLEICHER, T. Trauma na epidemia brasileira de covid-19: contribuições a partir de Lacan, Ferenczi e Kai Erikson. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 95-106, 2020.

SIMÕES, C. L. F. **A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SOARES, J. B. S.; RODRIGUES, P. M. A exigência psíquica dos rituais de despedida diante da morte em uma UTI da Covid-19 (Sars-CoV-2). **aSEPHallus**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 29, p. 103-117, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR. **Recomendações aos psicólogos hospitalares frente à pandemia do COVID-19**. [Belo Horizonte]: SBPH. Disponível em: <https://sbph.org.br/sbph-recomendacoes-aos-psicologos-hospitalares-frente-a-pandemia-do-covid-19/>. Acesso em: 21 mar. 2020.

SOLER, C. De um trauma ao outro. Tradução: Cícero Alberto de Andrade Oliveira. São Paulo: Blucher, 2021. 120 p.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-6, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 20 set. 2023.

SOUZA, P. M. A psicanálise, o novo coronavírus e as urgências. **Correio APPOA**, Porto Alegre, n. 297, 2020. Disponível em: https://www.appoa.org.br/correio/edicao/297/a_psicanalise_o_novo_coronavirus_e_as_urgencias/831. Acesso em: 2 agosto 2023.

TOSTÓI, L. N. **A morte de Ivan Ilitch**. Tradução: Vera Karam. Porto Alegre: L&PM, 2011.

VASCONCELOS, F. P.; FERREIRA, R. W. G. O sujeito diante da tragédia. o tagarelar e o mutismo. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 25, n. 1, p. 23-45, 2021.

VIEIRA, M. A. Para concluir. *In*: Barros, R. (ed.). Urgência sem emergência? Rio de Janeiro: Editora Subversos, 2008. p. 136-143.

VORCARO, A. M. R. **Criança na psicanálise**: clínica, instituição, laço social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005. p. 208.

VORCARO, A. M. R. Sob a clínica: escritas do caso. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 90-113, 2003.