

ATENÇÃO À CRISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: O ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

Crisis Management in the field of Mental Health: Hospitality as a Clinical Modality

Volnei Antonio Dassoler ¹

Analice de Lima Palombini ²

Artigo encaminhado: 02/04/2021

Artigo aceito para publicação: 31/03/2022

RESUMO: Neste artigo daremos protagonismo à crise em sua extensão clínica na atual política pública de saúde mental em nosso país. O estudo problematiza as práticas de cuidado com usuários sem história prévia de sofrimento mental grave e contínuo. De maneira geral, a natureza desta demanda associa-se a acontecimentos traumáticos, aos contextos do luto, do suicídio e das perdas e conflitos amorosos e profissionais. Pela regularidade dos casos no cotidiano dos serviços de saúde, a abordagem do tema é relevante tanto em seu valor clínico, quanto pela importância que ocupa nos rumos do projeto reformista. Situados no campo da psicanálise e da atenção psicossocial, a noção de crise é compreendida como um momento específico da existência expresso por um sofrimento agudo que condensa uma série de afetos e impasses próprios à heterogeneidade dos modos de viver na contemporaneidade. Do ponto de vista clínico e institucional, postulamos o acolhimento - em sua dimensão simbólica - como dispositivo privilegiado de tratamento à crise em pacientes sem transtorno grave e contínuo nos diferentes níveis de atenção em saúde.

Palavras-chave: Intervenção à crise. Saúde mental. Atenção psicossocial. Acolhimento.

ABSTRACT: In this article, we will give protagonism to the crisis in its clinical dimension concerning the current public mental health policy in Brazil. This study problematizes care practices with users with no prior history of severe and continuous mental illness. In general, the nature of this demand refers to traumatic events in the contexts of mourning, suicide and amorous and professional losses and conflicts. Due to the regularity of these cases in the routine of health services, the approach of the theme is relevant both in terms of its clinical value and the importance it has in the course of the reformist project.

¹ Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). dassoler@terra.com.br

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) analice.palombini@gmail.com

Considering the field of psychoanalysis and psychosocial attention, the notion of crisis is understood as a specific moment of existence, expressed by acute suffering, which condenses a variety of affections and impasses inherent to the heterogeneity of the ways of living in contemporaneity. From a clinical and institutional perspective, we postulate hospitality — in its symbolic dimension — as a privileged modality of treatment with patients without severe and continuous mental disorder at the different levels of health care.

Keywords: intervention on the crisis. Mental health. Psychosocial attention. Hospitality.

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como ponto de partida uma experiência clínica-institucional suscitada pelo acompanhamento psicossocial decorrente dos desdobramentos de um desastre de grande impacto social e individual, o acolhimento à crise. A presente investigação parte da premissa de que vivemos cada vez mais num tipo de organização civilizatória estruturada, em grande medida, pela proliferação de ideais de autossuficiência, com a consequente precarização dos laços interpessoais, pelo apelo ao bem-estar e satisfação imediata, pela associação entre técnica, ciência e capitalismo e pelo descrédito à eficácia narrativa em decorrência do esvaziamento do registro simbólico. Tais circunstâncias promovem e propagam um tipo de narrativa que incide sobre os modos de subjetivação e sobre o viver, inclusive em relação ao sofrimento, e como consequência, intervindo no próprio desenho das modalidades clínicas.

Introduzir as noções de *crise* e *urgência* como significantes que caracterizam nossa época, presume que o tema “atenção à crise” porta uma dimensão histórico-social em interface com os acontecimentos, discursos e espaços concretos e simbólicos do tempo em que vivemos. Assim, embora esta discussão extrapole o campo estrito da saúde, sabemos que o mesmo é um dos espaços privilegiados onde os efeitos psíquico-sociais desta demanda se apresentam. Razão pela qual a atualização dos modos de compreensão e de abordagem do sofrimento, em sua manifestação aguda, adquirem relevância.

Com esse horizonte em mente, destacamos algumas leituras sociológicas que aproximam a vivência individual do desamparo, que

caracteriza a crise das representações que o mal-estar³, pode assumir na cultura atual. Nesta conjuntura, destacamos algumas abordagens que convergem no que se convencionou chamar de pós-modernidade, linha de pensamento que propõe a hipótese de uma nova realidade e de um novo sujeito - novas subjetividades -, concebidos como consequências de profundas transformações que promoveram uma fratura com a modernidade. Lyotard (1998), no livro *A condição pós-moderna*, a caracteriza como uma nova dinâmica balizada pela saturação e desaparecimento progressivo das grandes narrativas de legitimação, de organização e funcionamento da vida em comum, em especial as narrativas religiosas e políticas.

Bauman (2001) foi outro pensador que participou da difusão da noção de pós-modernidade, antes de propor a metáfora “líquida” para descrever o ritmo particularmente incessante de suas mudanças. Na formulação proposta por Bauman (1998), a modernidade congregou um estilo de vida e de funcionamento social que emergiu privilegiadamente na Europa a partir do século XVII, cuja influência se expandiu em nível mundial nos séculos posteriores. Segundo o autor, a ordem moderna comportou um conjunto de mudanças sociais, materiais, políticas e intelectuais suscitadas pelo advento do Iluminismo, cujo ideal de felicidade e progresso propagava a esperança de que a raça humana dominaria a natureza por meio da ciência, caminhando em direção a um mundo mais justo. Nesta transição, orientada por um modo capitalista e urbano, definha a importância das narrativas tradicionais que organizavam o mundo e ofereciam alguma ordem e estabilidade. Em decorrência, a subjetividade vai se constituindo atravessada pela crença e pela ambição da liberdade em relação a qualquer alteridade mais radical.

Bauman (2007) deixa evidente sua crítica sobre o desmantelamento das defesas contra os temores existenciais dos mais vulneráveis, defesas construídas e mantidas pelo Estado devido às pressões do mercado. Segundo ele, a responsabilidade em solucionar os dilemas vividos é jogada sobre os ombros dos indivíduos, que se julgam inteiramente responsáveis pelos seus fracassos. Nesta linha de raciocínio, os laços inter-humanos que teciam uma

³ A noção de mal-estar aqui está referida ao campo psicanalítico. No artigo Mal-estar na cultura (1930/1996), Freud enuncia o mal-estar como marca constituinte e insuperável da subjetividade, consequência do acesso à cultura que exclui qualquer possibilidade de adequação do sujeito à natureza.

rede de proteção e segurança, para os quais era digno o investimento de tempo e esforço, transformaram-se em modos frágeis e temporários de cuidado em um ambiente de incertezas no espaço social. Assim como tantas outras coisas, a utopia foi privatizada e não diz mais sobre uma sociedade melhor, mas sobre indivíduos melhores ocupados em cuidar de si e dos seus. A vida se converteu, fundamentalmente, em um projeto individual orientado por escolhas cada vez mais distantes do interesse em participar e interferir na vida pública, frente à qual, seduzido pelo discurso da meritocracia, o sujeito se mostra indiferente (*ibid.*).

Para estes autores, a modernidade é um processo histórico que requisita como premissas o desencanto com Deus, a tradição e a ênfase no indivíduo, e na liberdade deste em fazer escolhas para seu destino. Promove, paradoxalmente, dois efeitos que reconhecemos na vida atual: por um lado está na base da afirmação dos direitos humanos, da democracia e dos direitos das minorias; por outro, promove um ambiente de vulnerabilidade e desamparo discursivo ao desprover ou esvaziar a potência das ancoragens simbólicas transmitidas e compartilhadas.

Sob certa medida, esta conjuntura que tipifica o funcionamento das sociedades ocidentais também se reconhece no cenário brasileiro. Entretanto, tal perspectiva não pode ser tomada nem como universal nem como interpretativa da totalidade da nossa realidade, na medida em que a estrutura e o funcionamento do laço social em nosso país apresentam nuances específicas que precisam ser consideradas sempre que abordamos a saúde mental, inclusive na atenção básica. Para efeito de exemplificação, a coexistência de uma diversidade de referências culturais no mesmo território, as particularidades geográficas e demográficas que caracterizam nosso país, e a frequente diferença sociocultural entre os profissionais das equipes de saúde mental em relação aos usuários, não podem ser negligenciadas ou invisibilizadas pela imposição unilateral de uma visão de mundo.

No contexto brasileiro, a naturalização desta realidade assume, por vezes, a sua face necropolítica que, de acordo com Mbembe (2018), mostra-se indissociável da estrutura da racionalidade neoliberal. Como consequência, torna-se fundamental pensar e propor experimentações clínico-institucionais no âmbito psicossocial, que não estejam atreladas unicamente à epistemologia e

ontologia eurocêntrica, eixo principal da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A aposta na singularidade do tratamento deve necessariamente levar em conta os traços da nossa formação sócio-histórica em relação aos contextos sociais e políticos que se constituíram ao longo dos anos, seja em relação aos modos ampliados e diversificados de cuidar da loucura, compreendida como um modo peculiar de existência, mas também no que tange aos fenômenos que envolvem a igualdade racial e de gênero, sob pena de esvaziar o alcance do que se supõe como potência do projeto terapêutico singular.

2 EM BUSCA DE BORDAS: IMPASSES NO ACOLHIMENTO À CRISE NA RAPS

Com este pano de fundo, abordaremos o tema da crise na atualização necessária que as políticas públicas de saúde mental requerem. Destacamos, num primeiro momento, que este estudo se ocupa do contingente de pessoas que não apresentam histórico pregresso de sofrimento mental grave e contínuo e, por esta razão, encontram dificuldades para identificar, nos atuais equipamentos da RAPS, a quais serviços recorrer em comparação aos usuários cujo perfil está contemplado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De certa maneira, o itinerário pela busca de acolhimento e tratamento para esta população está submetido a impasses sobre a definição e distribuição da responsabilidade dos diferentes serviços que compõem a rede psicossocial que abrange tal população.

Em sua dimensão subjetiva, a vivência de crise aparece associada a acontecimentos com efeito disruptivo e potencialidade traumática, que se manifestam por ideações e tentativas de suicídio, pela angústia decorrente da exposição ao excesso que acompanha vivências de violência, pelo risco de ruptura com o laço social decorrente de múltiplas formas de perdas (amorosas, econômicas e profissionais) e por determinados tipos de luto. Tais situações têm em comum o fato de emergirem em um determinado momento da vida – muitas vezes de forma inesperada – e serem marcados pelo excesso ou pela perda de sentido, os quais se tornam capazes de instalar um contexto contínuo de incerteza, insegurança e angústia. Este cenário, de indiscutível sofrimento, resulta num tipo de demanda que chega aos serviços de saúde previda pela necessidade urgente de acolhimento. Segundo Sotelo (2015), os usuários,

congregando a casuística da crise e da urgência, são representantes do nosso tempo que identificam em si o fracasso na busca da felicidade e do bem-estar prometidos. Tomados por vazio, medo, sensação de insegurança e de perigo indeterminados, invadidos pela ansiedade ou pelo abatimento, estariam mais próximos do grito do que do chamado.

De acordo com Viganó (2012), os usuários do nosso tempo estão cada vez menos “doentes mentais”⁴ e cada vez mais são pessoas em crise. Segundo o autor, esta realidade traria novos desafios para o campo da saúde mental, tanto para a instituição psiquiátrica, erigida em torno da referência à doença mental, quanto para os demais atores que fazem parte do multifacetado campo da RAPS. Na leitura que propomos, este entendimento não se restringe apenas aos quadros considerados graves que concentraram a atenção inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conforme consta na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), mas incluiria o conjunto amplo da população. Deste ponto de vista, a crise é uma realidade clínica que se apresenta cada vez mais frequente no cotidiano dos serviços da rede de saúde mental de nosso país, entre usuários sem sofrimento grave prévio. Uma tal realidade requer a ampliação dos serviços e uma atenção mais criteriosa a esse segmento, exigindo uma posição ética – clínica e política – na defesa de que “coisas” ou “momentos difíceis” podem acontecer na vida de qualquer pessoa, gerando sofrimento intenso, sem que essa experiência seja imediatamente tomada como índice de transtorno psiquiátrico, como ocorre, por exemplo, numa vivência mais complexa de luto.

De que forma isso comparece na abordagem à situação de crise? De certa maneira, é como se as coordenadas atuais, concebidas para a vida individual e social, contemplassem a impermanência, a instabilidade e a ruptura como constituintes do próprio estatuto da vida. Desde esse ponto de vista, a precariedade emerge como um elemento intrínseco à subjetivação e ao laço social, os quais, a qualquer momento, e por inúmeras determinações, podem ser desestabilizados por diferentes gradações de força e fatores, desde os

⁴ A noção “doentes mentais” se coloca como citação direta do autor e seu uso no texto se justifica porque respalda a ideia do artigo em que argumentamos o crescimento de um tipo de demanda/sofrimento marcado pela transitoriedade e que se distancia da marca de “cronicidade” que estaria relacionada à noção de doença. Ressaltamos que a concepção deste artigo e do trabalho clínico institucional que o fundamenta é crítico da representação de crise compreendida a partir de parâmetros médico-biológicos, em sua vertente de transtorno psiquiátrico.

mais banais, como uma desavença com um vizinho, um conflito no ambiente de trabalho ou um rompimento amoroso, até eventos de maior escala, como acidentes, desastres, traumas e epidemias.

3 UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO À CRISE

Fartamente documentado, o cenário brasileiro na assistência em saúde mental era desumanizante até a década de 1970, organizado em torno de grandes instituições manicomiais de cunho asilar. Impulsionada pelo caráter militante de profissionais, usuários e familiares, reunidos em torno das críticas ao caráter científico e segregador da loucura como objeto de estudo, a reforma psiquiátrica no Brasil se revelou mais ambiciosa e revolucionária do que na maioria dos outros países (AMARANTE, 1998). Seu projeto se concentrou na proposição de uma rede de atenção a partir de modelos institucionais substitutivos, comprometidos com a crítica às capturas discursivas a que a loucura esteve submetida a partir da modernidade.

Nessa direção, a saúde mental é um conceito incorporado à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como um marco da mudança paradigmática da assistência e da ética, síntese do processo de transformação da loucura e da captura do louco e do seu lugar social pela medicina em torno da doença mental. Neste recém constituído universo psicossocial, as ações iniciais foram dirigidas, prioritariamente, aos usuários com longa história de institucionalização, que sofriam no corpo e na alma as consequências nefastas do seu lugar social. A partir dos anos 2000, a ênfase é dirigida à população com uso problemático de álcool e outras drogas e, na década seguinte, o debate incluiu questões relativas à infância e à medicalização da mesma (*ibid.*).

Essa breve linha histórica descreve uma trajetória de redirecionamento do modelo de cuidado com a consequente ampliação e inclusão de segmentos da população, num movimento amparado por um conjunto de portarias e documentos que legitimam o redirecionamento da política, ao mesmo tempo que viabilizam e delineiam as mudanças clínicas e o funcionamento institucional. A implementação destas mudanças, entretanto, não é linear, e sua operacionalização nos faz ver inúmeros cenários que desvelam saídas criativas, mas também a permanência de algumas dificuldades. Sobre esse

último ponto, mencionamos a centralidade da figura médica e da sua função prescritiva; a instabilidade e subfinanciamento dos serviços; a ausência de apoio na qualificação das equipes; a invisibilidade da questão étnico-racial (DAVID; VICENTIN, 2020) ; as desigualdades de acesso e de incentivo ao ordenamento dos serviços em termos de geolocalização; e a publicação e implementação de novas notas técnicas a partir de 2019 (GUIMARÃES; ROSA, 2019); fatores que remetem a retrocessos ético e clínico na política nacional de saúde mental. (OLIVEIRA; SZAPIRO, 2020).

Mais recentemente, de forma direta e insistente, o tema da crise tem emergido no cotidiano dos serviços de saúde, fato que justifica sua importância nas reflexões e na proposição de dispositivos afinados com os princípios do SUS e da RPB. Este artigo teve como ponto de partida a experiência desenvolvida no Acolhe Saúde⁵– serviço de atenção psicossocial criado como resposta para o acolhimento das pessoas afetadas pelo incêndio na Boate Kiss em Santa Maria (RS), no ano de 2013. Constituído por equipe multiprofissional, atuando tanto no atendimento direto com usuários quanto no apoio matricial, essa iniciativa, de natureza pública – Sistema Único de Saúde –, converteu-se num campo de experimentação clínica e institucional para a abordagem à crise e à urgência, apostando na suspensão da conversão imediata do sofrimento associado ao contexto traumático em transtorno e sua inclusão nos modelos convencionais de tratamento. Um serviço de atenção psicossocial criado por força de um acontecimento traumático, tende ao desaparecimento ou à sua transformação, pelo caráter extraordinário do fato que o gerou. Nesta iniciativa, em particular, a decisão pela transformação do serviço foi determinada pela constatação de um fluxo progressivo e contínuo de encaminhamentos, por parte dos serviços de saúde, de demandas sem relação direta com o acontecimento original. Entre este e as demais situações havia um traço em comum: a vinculação a episódios de violência, na forma de ameaça de ruptura com o laço social; de luto; de suicídio; e de eventos potencialmente traumáticos.

⁵ A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões. Mafacioli, Gilson *et al* (Orgs.) Editora. CRV, 2016. A publicação reúne um conjunto de capítulos que registram na forma de conhecimento e de memória, diferentes intervenções a partir de uma ética de cuidado operada em rede.

Sem que houvesse uma previsão inicial, o fato é que, gradativamente, esta demanda foi incorporada ao serviço, tornando-o referência no acolhimento de usuários que, marcados pelo desamparo, pelo excesso, pela apatia e pela dificuldade de elaboração, encontravam-se em risco quanto à sua integridade física e psíquica. Com efeito, usuários sem vínculo prévio com os CAPS ou sem critérios de inclusão aos mesmos eram referenciados pelas unidades de urgência e emergência como Pronto Atendimento (PA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pela rede básica de saúde (Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família) ou vinham espontaneamente. Aos poucos, aquilo que estava configurado como resposta circunstancial e emergencial afirmou-se frente à gestão, aos trabalhadores e aos usuários, como um novo serviço inserido na rede de saúde e dentro das políticas públicas de saúde mental. Seguem abaixo dois fragmentos clínicos – reconstruídos a partir dos registros dos prontuários e da escuta clínica - que exemplificam minimamente do que tratamos até aqui:

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

Mulher, 37 anos, chega acompanhada de uma amiga às 11h30, perto do intervalo de almoço da equipe. Encaminhada pelo PA com tentativas

recentes de suicídio, automutilação e ideias persistentes de morte. Professora da rede pública, teve um aluno que se suicidou no ano anterior e atribui a este acontecimento um dos fatores desencadeantes da crise. Culpa-se por não ter percebido a situação, já que era considerada como referência para a turma. Costuma frequentar centro espírita e desde então faz uso de medicação, embora interrompa sempre que se sente um pouco melhor. Durante o acolhimento, ao lembrar do fato, chora muito e comenta que não sente mais vontade de voltar à sala de aula, acha que perdeu o interesse pela profissão. Traz algumas lembranças do aluno e de como a escola reagiu, não havendo, em nenhum momento, qualquer cobrança de responsabilidade diante do ocorrido. Após alguns atendimentos com a psicóloga, em que começa a falar sobre a sua rotina na escola, sobre outras perdas e problemas amorosos, solicita a finalização do atendimento e comunica a interrupção da medicação. Diz que se sente melhor e que, se precisar, voltará a buscar o serviço.

Tantos os exemplos acima quanto o cotidiano nos revelam que o desenho clínico do projeto terapêutico singular (PTS) - conjuntos de prática e condutas definidas em comum acordo entre os segmentos envolvidos - têm assumido um viés de customização cada vez mais frequente. Para além do que é pressuposto em termos da singularização do tratamento como uma solução única e não massificada, destacamos o sincretismo desta combinação. O caráter de sincretismo que se soma ao PTS sinaliza uma composição híbrida e provisória que inclui elementos fora das combinações realizadas com a equipe. Nessa direção, o sujeito assume uma dimensão de autonomia importante, que o desobriga de fidelidade a qualquer filiação epistemológica, lançando mão daquilo que lhe pareça como proteção ao desamparo. Esta decisão carrega um saber que é do próprio sujeito, aprendido nas escolhas, perdas, dificuldades e êxitos que teve, demonstrando um protagonismo necessário e intransferível.

Esta composição singular, de resultado variado, que se nutre do que está à disposição na cultura de cada usuário, é o que definimos como sincretismo terapêutico e tem se tornado uma marca dos atuais tratamentos em saúde mental que incluem, mas vão além das fronteiras e prescrições formais da atenção psicossocial. Dessa forma, configuramos que o acolhimento à crise também pressupõe que a equipe esteja atenta e porosa à diversidade social, cultural, racial e étnica que marca a realidade brasileira.

Como referido anteriormente, a proposta instituída pela política nacional de saúde mental reformista no Brasil alcançou um patamar em que, em tese - apesar do contra-ataque conservador dos últimos anos - não se observam grandes lacunas para o tratamento dos usuários com sofrimento grave e contínuo, cujo acompanhamento é previsto nos diferentes equipamentos de saúde e assistência no território da RAPS, instituída em 2011. Em contrapartida, o mesmo não se pode dizer das categorias de sofrimento moderado e de cuidado à crise desta população, que se mostram secundarizadas em termos de políticas públicas e no ideário reformista.

A Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, fez adendos à RAPS, alterando os modos de financiamento para leitos hospitalares (tornando mais vantajosa financeiramente a internação de longa duração), além de alterar o princípio orientador do redirecionamento de cuidado, que deixa de ser substitutivo e passa a ser alternativo. Em meio a tal retrocesso, essa mesma portaria incluiu o financiamento para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT). Nesse sentido, o atendimento ambulatorial reaparece como serviço e passa a receber incentivo de custeio. Esta mudança, sob certo ponto de vista, poderia representar um avanço ao prever uma modalidade de cuidado que não estava adequadamente contemplada na versão anterior da RAPS, e que não se percebia acolhida, nem na atenção básica nem nos CAPS. Contudo, a inclusão de uma equipe multiprofissional especializada não garante, *a priori*, nenhuma mudança significativa no modo de cuidado, podendo reintroduzir o modelo privado de atenção, que desemboca nos mesmos problemas que forçaram o seu fechamento: consultas burocratizadas, filas de espera, incremento da prescrição medicamentosa e provável tendência de cronificação do usuário pela identificação e submissão às novas formas de captura do sujeito, referido aos códigos diagnósticos de transtornos.

Neste ponto, fica nítido que o agenciamento e a produção de novas respostas destinadas às situações de crise precisam contar com a participação ativa da rede de assistência à saúde, sem a qual pouco se conseguirá avançar na direção de mudanças paradigmáticas.

Atualmente, a RAPS sustenta que os componentes do seu sistema podem abordar a crise dentro dos limites operacionais previstos para cada

nível de complexidade. Entretanto, parte significativa da população que foi acolhida pelo serviço numa situação de crise e sofrimento agudo não corresponde a uma demanda excedente que os atuais equipamentos de saúde – básicos ou especializados - não conseguem atender. Consideramos que se trata de uma demanda que não encontra lugar, justamente, porque este ainda não está suficientemente contemplada, a despeito da existência de importantes estratégias, como o apoio matricial à atenção básica, as ações de prevenção e promoção de saúde mental e a qualificação de equipes especializadas.

Nessa direção, regularmente, usuários relatam serem submetidos a uma espécie de peregrinação por unidades de saúde nas quais recebem a informação de que seu “problema” não é de responsabilidade daquele serviço. Muitas vezes, tais situações ficam no “limbo” da rede de saúde, ao serem incluídas no modelo de regulação de atendimentos psicológicos individuais que costuma estar saturado e não prevê nenhum tipo de resposta objetiva ao usuário ou familiar. Outra circunstância comum é o encaminhamento para os Pronto Atendimentos, que tendem à sua recusa por não considerarem a situação suficientemente urgente, ou procedem à avaliação inicial e reenviam o usuário para os mesmos destinos já percorridos.

Evidentemente, esta argumentação não desqualifica as estruturas institucionais existentes, tampouco se coloca em sobreposição ou concorrência no atendimento à população. A problematização se justifica pela admissão de uma especificidade desta demanda que leva em conta a premência do atendimento, distanciando-se de qualquer semelhança com o antigo modelo ambulatorial e da hegemonia do discurso médico-psiquiátrico. Kimati Dias, Ferigato & Fernandes (2020) apresentam uma discussão sobre as diversas possibilidades de definição e interpretação do termo crise. Os autores tomam a atenção à crise e procedem a uma análise sobre as diferentes e possíveis interpretações que recaem sobre a noção de crise. Na pesquisa em questão, confirma-se concepções antagônicas convivendo em diferentes graus de aproximação e distanciamento no âmbito da saúde mental brasileira, num cenário que desvela disputas teóricas e práticas que fundamentam os modelos de abordagem à crise.

4 CONTORNOS CLÍNICOS DO ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO À CRISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

4.1 A dupla face da dimensão subjetiva da experiência de crise

A crise é uma experiência subjetiva inexoravelmente ligada ao laço social que gira numa plataforma polissêmica de matrizes teóricas e com uma pluralidade de fenômenos. Na atenção psicossocial, a relação de crise com as noções de urgência e emergência não é direta, e a passagem de um estado para outro considera, dentre outros fatores, as condições psíquicas, os recursos simbólicos que o sujeito tem disponível, a efetividade de uma rede de apoio e o acesso e a organização da rede de saúde. De modo geral, a crise nomeia uma experiência desestabilizadora vivida pelo sujeito em relação a si mesmo, com o semelhante ou com o laço social. Essa vivência deixa entrever que, nesse momento específico, os recursos que lhe são disponíveis mostram-se insuficientes e sem efetividade diante do que extravasa e excede a capacidade de representação do psiquismo que sustenta a trama simbólica que articula para o sujeito um sentido sobre sua existência e lhe oferece um lugar no mundo (KNOBLOCH, 1998, LOBOSQUE, 2001).

Aqui, aparece o componente “negativo” da crise, cujo protagonismo é indiscutível tanto na conceituação da noção de crise quanto na experiência subjetiva propriamente dita. É o aspecto negativo que move inicialmente o sujeito, familiar ou alguém de proximidade afetiva a buscar auxílio, é o que impulsiona a busca de um “suporte”. Sem subestimar ou supervalorizar, tal fato deve ser considerado. Contudo, destacamos que esta face “negativa” não é a única. Nesse intuito, a crise “passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e para seu cotidiano” (RECHTAND; LEAL, 2000, p. 112). Com efeito, a crise, ou a urgência, no dizer de Baroni e Kahhle (2011, p. 68), “pode ser tomada como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, fazendo com que lide com elas de forma inédita e diferente da anterior, ou seja, a proximidade com a morte incita a ressignificar a vida”. Entretanto, de maneira geral, aquilo que se mostrará, *a posteriori*, como um efeito “positivo”, só ocorre como consequência de um tempo inicial onde a angústia pôde ser acolhida. Aqui, destacamos e, em especial, situações indesejadas de rupturas amorosas que, com o tempo, se

convertem em novas possibilidades de enlace. Por extensão, conclui-se que o conceito de crise comporta a qualidade de risco e perigo e, paradoxalmente, surge como uma oportunidade que se coloca ao sujeito, com potência de transformação.

No atual modelo nacional da política de saúde mental, reconhecemos a convivência de dois paradigmas: médico-psiquiátrico e psicossocial. Estes dois planos compartilham espaços e práticas a partir de coordenadas distintas. A compreensão biomédica traduz o sofrimento subjetivo em doença/transtorno, favorecendo a inscrição do registro psiquiátrico como marca identificatória à crise, assim separada do conjunto da vida do sujeito. Uma das consequências é que a retomada da produção narrativa pela palavra, e pelo conjunto de elementos da cultura como recursos terapêuticos, resultam pouco valorizados, tanto pelos sujeitos em sofrimento, quanto por familiares e profissionais. Tal fato incorre na redução da complexidade desta vivência à perspectiva de perigo, perda de controle e evidência aguda de uma psicopatologia (COSTA, 2007). Esta visão segue presente na formação acadêmica do conjunto de profissionais que atuam na atenção psicossocial e na Atenção Primária à Saúde (APS).

Resultado do movimento reformista, o paradigma psiquiátrico, que durante décadas se constituiu como dominante, já não ocupa mais o protagonismo isolado na saúde mental. O processo de medicalização do social, sustentado na proliferação de normas oriundas da biologia e da natureza (BIRMAN, 2014), segue sendo alvo de inúmeras críticas, a despeito de terem força e espaço em determinados extratos do pensamento, da estrutura de formação acadêmica e da vida social. A promessa da eficácia bioquímica acarreta perda de espaço e significado da história do sujeito na participação da causalidade dos fenômenos psíquicos, que são interpretados como desarranjos químicos.

Miguel (2014) afirma que, na versão atualizada, a psiquiatria teria se tornado hoje a “maior ideologia de nossa contemporaneidade” (p. 100), a qual, através da minuciosa descrição de condutas, processa a normalização, distribuição e classificação das mesmas em normais ou patológicas como base para a criação de protocolos. Além disso, por meio de detalhamentos pormenorizados e estatísticas, realiza recortes semiológicos que acabam se

reificando e ontologizando (“sou bipolar”). Para o autor, haveria uma comunhão de interesses entre a psiquiatria biológica e a psiquiatria pós-moderna, que se acomodam confortavelmente e acriticamente nos padrões da cientificidade, ratificando o saber do especialista como ato suficiente para resolução de qualquer problema sobre a verdade. Esta vertente faz eco no campo da saúde mental, inclusive no âmbito das intervenções à crise, na medida em que muitas das ações terapêuticas propostas pelos serviços de urgência podem simplesmente estar reproduzindo a lógica do discurso capitalista, que ambiciona um ritmo acelerado de recuperação para retomar os embates do cotidiano (LEITE, 2015).

Ora, a perspectiva psicossocial se coloca como contraponto à idealização da psiquiatria biológica e oferece tanto uma leitura distinta à concepção de crise quanto da sua abordagem. Nessa lógica, o **significante crise** reconhece um viés subjetivo vinculado ao seu desencadeamento, ao padecimento que a acompanha e aos possíveis desfechos. Dessa forma, a direção clínica das intervenções e do modelo institucional precisa contemplar lugares e temporalidades múltiplas, abertas à diversidade de dispositivos que fomentem saídas singulares como solução ao vivido como precário em distinção a condutas massificadas. Assim, a perspectiva psicossocial, apregoa uma terapêutica em composição interdisciplinar promovida pelo entrelaçamento de responsabilidades compartilhadas entre os atores envolvidos, compreendendo que cada sintoma e cada experiência de sofrimento trazem em si a potência de uma solução singular. Do ponto de vista da resposta à crise, esta tarefa é ainda maior, pois a expressão costuma convocar imediatamente o recurso farmacológico, minando as pretensões simbólicas como artífices e partícipes fundamentais nesse processo.

4.2 Lugares e modos de acolhimento à crise

Até o presente momento, avançamos expondo argumentos que dão conta de que vivemos num tempo e numa estrutura social que desqualifica a eficácia simbólica das manifestações culturais e a produção narrativa como recursos de tratamento. Tal contexto mostra-se propício ao desamparo pela intromissão da violência como desorganizadores da ficção que cada um constrói como sendo a sua vida. Nessa conjuntura, é fundamental qualificar,

ampliar e diversificar formas, espaços, protagonistas e soluções que respondam ao que está em espera em termos de intervenção clínica.

No contexto psicossocial, o acolhimento é um dispositivo privilegiado que condensa a necessidade administrativa, o viés político da afirmação da cidadania e do direito à saúde e, ainda, baliza a produção de vínculo, abrindo as condições de intervenção clínica, em especial no acompanhamento de casos de crise. (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, CARDOSO, 2020).

O acolhimento requer que quem acolhe reconheça, neste momento inicial, que sua própria participação já é um ato clínico de interação na dinâmica do tratamento. Muitos serviços e muitos profissionais compreendem, ou fazem do acolhimento, uma tarefa menor, estruturada como coleta de informações marcada pela dinâmica de pergunta e resposta, que reserva ao paciente uma posição passiva de relato dos sintomas. Nessa configuração, o atendimento demarca lugares em que alguém (usuário) oferece informações que serão traduzidas (pelo profissional) num código restrito, cuja solução será apresentada por este sobre a forma de uma prescrição a ser cumprida. Esta posição de sustentação do saber sobre o sofrimento unicamente no profissional (transferência imaginária), pode se manter inabalável do início ao fim do tratamento (paradigma biomédico), ou pode se deslocar de tal maneira que o desejo de saber e de “melhorar” coloque em movimento o próprio sujeito, em companhia do profissional/equipe/serviço, em busca de saídas singulares. Este deslocamento precisa ser reconhecido pelo próprio profissional, algo que nem sempre acontece.

Entendemos que o acolhimento à crise, compreendido como o primeiro contato do sujeito com o serviço, é um dos momentos mais cruciais no âmbito da clínica psicossocial, pois é de que lugar é do que se escuta que se define a configuração e a direção daquele tratamento. Sem assumir uma posição fatalista, salientamos que este primeiro contato – que normalmente não é com a figura médica – tem a capacidade de abrir novos horizontes ao cuidado, inscrevendo e balizando fundamentos para o paradigma psicossocial na elaboração do projeto terapêutico.

Esta posição é fundamental porque, de certa forma, a quase totalidade de usuários que buscam acolhimento motivados por uma situação de crise, chegam com uso de algum tipo de medicamento, normalmente recém prescrita

pela rápida passagem pela consulta médica na atenção básica ou no pronto atendimento. Cientes disso, a abordagem inicial deve fundamentalmente interessar-se por outros aspectos que não aqueles atrelados à narrativa médica e sintomatológica. Este desvio estratégico pressupõe a existência e incidência de outros componentes na experiência da crise, e também a criação de um lugar clínico e discursivo distinto da posição médica.

Dito de outra maneira, é fundamental que esse encontro, mediado pela angústia e pela presumível precariedade subjetiva, abra outras vias narrativas e terapêuticas. Esta tarefa impõe o desafio de fazer emergir elementos que não estão reconhecidos na composição discursiva apresentada, de tal maneira que possam interrogar teorias prévias e fechadas em si e, simultaneamente, incidir na produção mínima de questões que, abrindo uma brecha na angústia, permitam ao sujeito se sentir protagonista do que está lhe acontecendo, interferindo na posição de objeto com o qual o sujeito está identificado neste momento do acolhimento. Assim, será necessário introduzir, deslocar e intervir no ritmo da urgência, pela presença implicada do profissional, por uma pergunta ou por um tipo de intervenção que situe o profissional e o serviço como um significante capaz de ser incluído na própria configuração do sofrimento, onde antes havia uma suspensão temporária das condições de subjetivação.

Para tanto, é preciso contar com a disponibilidade do serviço, do profissional e de uma apropriação mínima do que seria uma experiência de crise a partir de outros fundamentos que não aqueles vinculados à dimensão convencional de transtorno, do risco iminente e da periculosidade. Esse ponto é essencial para nossas pretensões, pois só avançamos e mudamos efetivamente o processo de acolhimento se houver um entendimento adequado do que acontece nesses encontros. Partimos, primeiramente, da necessária afirmação da dignidade do sofrimento a ser acolhido e respeitado. O segundo passo nos faz ver que o acolhimento não é uma escuta ocupada com informações mais do que com o sujeito à sua frente, quer dizer, é uma escuta que atribui valor ao que está sendo dito.

Com efeito, entre as mudanças importantes suscitadas pela reforma psiquiátrica, uma delas trata da inserção da escuta como dispositivo propício às composições institucionais, transformada em instrumento *princeps* da clínica

psicossocial. Recurso privilegiado, a escuta surge como substituta à ênfase do suporte farmacológico nas demandas e ações desenvolvidas, como uma forma de atribuir especificidade ao campo psicossocial e afirmar a introdução da subjetividade como elemento indissociável e indispensável.

A definição da escuta como meio de acesso ao sujeito, sua história e modo de tratamento indica a influência da psicanálise em seus fundamentos. Com Freud (1856-1939), sabemos que o tratamento não se faz orientado por um saber previamente instituído, mas que, por sermos seres de linguagem, falamos e, como falantes, estamos em relação com o que nos constitui para além daquilo de que nos apropriamos racionalmente. Nesse sentido, o trabalho com a escuta desencadeia dois movimentos subjetivos e clínicos: aquele que versa sobre escutar a palavra do outro e o que busca produzir palavras que venham ao encontro da demanda de ajuda (MACEDO; FALCÃO, 2005, p.66).

Nestas circunstâncias clínicas, o acolhimento exige assumir prerrogativas próprias em função da especificidade que o quadro de crise apresenta, ou seja, é uma intervenção que exigirá o alargamento criativo dos enquadres clínicos e institucionais. Desde este ponto de vista, sua oferta poderá considerar, por exemplo, a ampliação de horário e o uso de recursos eletrônicos como estratégias de materialização da posição de alteridade, como suporte da função simbólica e imaginária, frente aos fenômenos inscritos sob a marca da crise.

Se, no enquadre médico-psiquiátrico, a pressa opera como eixo orientador da condução clínica frente à crise e à urgência, no enquadre psicossocial orientada pela psicanálise, a intervenção irá se guiar pela introdução de uma pausa onde se fazia pressa. Sem menosprezar a gravidade que, precisa de reconhecimento – justamente porque a crise afeta o laço social e implica possibilidades de rupturas –, esta estratégia de pausa visa abrir condições de fala para que algo da história de vida, dos afetos e dos sentidos possa fazer surgir e destacar o sujeito da experiência de crise, numa ação que visa recolocar e reposicionar o sujeito ao Outro (LEGUIL, 1990). Nessa direção, tratar o sujeito em crise significa ofertar um tipo de acolhimento que proceda um corte de natureza simbólica (dispositivo de fala e escuta), que intervenha na condição de insuportabilidade vivida pelo sujeito, de tal maneira que possa funcionar como um anteparo que se coloca no instante anterior à precipitação

da crise em urgência (SOUZA, 2008).

Para Azevedo (2018), em lugar do encurtamento do tempo que se identifica no desdobramento da crise para a urgência, é fundamental introduzir um outro tempo, uma pausa na pressa, para que o sujeito possa compreender algo relativo ao seu sofrimento e ao seu mal-estar. Ansermet (2015), por sua vez, afirma que toda a crise coloca em jogo a relação com o tempo e o espaço. Nesse sentido, para tratar a crise é preciso reestabelecer o tempo. O tratamento da crise é o tratamento do tempo que se procede por um corte na pressa, que pode se dar pela oferta e possibilidade de que o sujeito fale, circunstância que qualifica o acolhimento como dispositivo clínico.

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

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

Obviamente, a implantação e sustentação deste prisma não se desenvolve facilmente. Isso acontece por motivos diversos, que vão desde a descrença na eficácia simbólica até a dificuldade de suportar a intensidade da

angústia, a possibilidade da ocorrência de um ato de violência, a valorização do saber médico e o apelo farmacológico. A consequência prática é que os usuários que chegam com dificuldades para nomear a vivência do sofrimento, que os situa numa posição de objeto, projetam uma demanda transferencial⁶ maciça a uma autoridade plena. Porque acreditam que, de alguma forma, naquele espaço alguém será capaz de promover algum tipo de alívio. Em contrapartida, é necessário, por parte da equipe, supor um saber ao sujeito (usuário) que se encontra à espera de condições para pôr em palavras e em cena os significantes privilegiados da sua vida. Pode-se dizer, então, que se a equipe se tomar apenas na exigência de promover uma resposta pelo alívio, o tratamento da crise ficará marcado pela referência médica psiquiátrica. Todavia, se o profissional que faz o acolhimento incluir a dimensão de subjetividade como componente do sofrimento e da demanda de tratamento, torna-se possível que o recurso simbólico opere nesse encontro, tanto para nomear o que está no fenômeno da angústia quanto para incluir aquilo que faz furo no simbólico. Dessa forma, não hesitamos em dizer que a estrutura e a compreensão do processo de acolhimento é crucial na composição e validação de um ou de outro paradigma de tratamento.

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

⁶ Transferência é um dos conceitos fundamentais da obra freudiana que marca a especificidade da clínica psicanalítica. O registro da palavra *Übertragung* (transferência) aparece em 1895, no artigo *Psicoterapia da histeria*, para descrever um fenômeno de falsa conexão com a figura do médico. Mais adiante, esta noção ganha outro registro em *A interpretação dos sonhos*, para nomear o processo de deslocamento do desejo inconsciente, o qual fará uso de restos diurnos para se expressar. Aos poucos adquire maior importância com escritos como *A dinâmica da transferência* (1912) e *Observações sobre o amor de transferência* (1915), nos quais observamos o deslocamento do eixo crucial do tratamento - conforme havia desenvolvido em artigos como *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise* (1912) e em *Sobre o Início do Tratamento* (1913) - para a particularidade da relação que se estabelece entre a posição simbólica assumida pelo analista em relação ao paciente.

psíquica como borda ao que está mais além da representação e que se mostra na urgência.

Assim, as práticas sustentadas pela ética psicanalítica no campo psicossocial acolhem e implicam o sujeito nas consequências daquilo que lhe sucede, sabendo ou não do porquê de as coisas estarem ou serem assim. Nessa direção, a modalidade de escuta que se faz durante o acolhimento é decisiva para “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente” (TENÓRIO, 2000, p. 82), como forma de se contrapor à captura discursiva que a associa ao risco e ao perigo. Nesse sentido, a função da fala é fundamental, porque demonstra as condições estruturais da posição do sujeito no enlace ao campo do Outro, campo da diferença, daquilo que não se fecha em identidade.

Na trilha desta experiência e desta escrita, buscamos atribuir uma lógica teórica e clínica que respalde o acolhimento do usuário em crise como uma prática de caráter ampliado, que pode acontecer em diferentes espaços de cuidado e de níveis de especialidade, inclusive nas unidades básicas de saúde, desde que suas equipes se sintam amparadas, compreendidas e orientadas em suas apreensões e hesitações. Nesse sentido, paralelamente às abordagens tradicionais, que tendem a separar a crise do conjunto da vida do sujeito, priorizando medidas clínicas de contenção medicamentosa, versão contemporânea do poder psiquiátrico em associação à vertente capitalista neoliberal, sustentamos uma lógica que propõe a retomada da palavra e da produção narrativa como instrumentos eficazes de acolhimento e manejo à crise, valorizando os dispositivos regidos pela escuta através do resgate do registro simbólico por meio da palavra.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos que aportamos neste debate, estão contextualizados na realidade brasileira da atenção psicossocial e endossam pressupostos incontornáveis que forjam o campo da saúde mental, e que passam pelo alinhamento às políticas públicas, pela defesa dos direitos humanos; crítica qualificada à medicalização do social; valorização e inclusão da atenção primária como território de cuidado à crise; afirmação de que, em alguns casos, a prática especializada é requerida; garantia de uma direção de tratamento que promova o acolhimento no tempo do sujeito; uma organização de fluxos que

sinalize de que não é possível haver lista de espera; incorporação do apoio matricial como recurso clínico fundamental na APS.

Tendo isso como pano de fundo, entendemos que a discussão, atualização e proposição de novos dispositivos clínicos é uma necessidade inexorável na passagem do tempo, afetados que somos pelas mudanças sociais, pela produção de novos ideais e pela recomposição dos modos de viver e de sofrer. Trata-se, com esta proposta, de uma transgressão ao instituído que concerne ao vasto e variado campo psicossocial, visando, na mesma medida, o delineamento de eixos teóricos e clínicos que possam ser apropriados pelo conjunto de profissionais das equipes interdisciplinares que atuam na RAPS.

O dia a dia do trabalho vinculado à saúde mental nos mostra que a formulação das respostas às demandas está na dependência do ou dos paradigmas vigentes nesse contexto. Assim, as concepções de sujeito, sintoma, tratamento e cura respondem à filiação na qual o serviço, seus profissionais e o próprio usuário se reconhecem, com maior ou menor adesão e crítica. Estas respostas também se encontram atreladas à qualidade da formação, do tipo de convivência com a pluralidade de campos de conhecimento e práticas, com o grau de implicação da equipe, com a capacidade estrutural da unidade e com o tipo de articulação que os equipamentos da rede de saúde mantêm entre si e com a comunidade como um todo.

A problematização da intervenção à crise em saúde mental não é uma tarefa fácil de ser assumida. Por um lado, essa dificuldade se dá pelo fato de que muitos serviços e usuários se sentem intimidados para interrogar o discurso médico-psiquiátrico que oferece uma resposta objetiva pelo efeito da medicação; por outro lado, pela dificuldade de assumir e de apostar na diversidade teórica e prática que advém dos diferentes campos profissionais e de outras perspectivas de sofrimento e tratamento. A proposição de outra(s) ética(s) e de outra(s) prática(s) clínica(s), distintas das coordenadas do domínio biomédico, presume ter à disposição outro código reconhecido e compartilhado, intenção a que este estudo se oferece.

O acolhimento do usuário em crise como uma prática de caráter ampliado pode acontecer em diferentes espaços de cuidado e de níveis de

especialidade, inclusive nas unidades básicas de saúde, desde que suas equipes se sintam amparadas e compreendidas em suas apreensões e hesitações. Nesse sentido, paralelamente às abordagens tradicionais, que tendem a separar a crise do conjunto da vida do sujeito, priorizando medidas clínicas de contenção medicamentosa, versão contemporânea do poder psiquiátrico, sustentamos uma lógica que propõe a retomada da palavra e da produção narrativa como instrumentos eficazes de acolhimento e manejo à crise, valorizando os dispositivos regidos pela escuta.

O que é incontornável nesta tarefa é o entendimento de que se trata de *um por um*, ou seja, trata-se de recusar a generalização e a padronização. Nesta dimensão, a intervenção que se faz pela palavra é um convite à subjetividade e, por conta disso, promove-se alguma modalidade de pausa na urgência compartilhando da premissa de que o sofrimento é uma experiência que comporta a subjetividade na sua expressão e é, portanto, da ordem da paixão.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ANSERMET, François. La crisis, entre el corte y el tempo. 2015. Acesso em: 26 ago. 2020.

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

BARONI, Cláudia.; KAHHALE, Edna. 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.

BAUMAN, Zigmunt. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Zigmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Zigmunt. Tempos Líquidos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BAUMAN, Zigmunt. Vida Líquida. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

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

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

CARDOSO, Priscila dos Santos. O acolhimento na rede de atenção psicossocial: conceito e importância. Revista Arquivos Científicos, v. 4, n. 1, p. 47-53, 2020.

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

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

DAVID, Emiliano Camargo; VICENTIN, Maria Cristina. Nem crioulo doido nem nega maluca: por aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Saúde em Debate, v. 44, p. 264-277, 2020.

KIMATI DIAS, Marcelo; FERIGATO, Sabrina; FERNANDES, Amanda. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Ciênc. saúde coletiva 25 (2) 03 Fev. 2020.

GUIMARÃES, Thais de Andrade; ROSA, Lucia Cristina. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão, n 44, p. 111-138, 2019.

KNOBLOCH, Felícia. O tempo do traumático. São Paulo: Educ., 1998.

LEGUIL, Francois. Reflexiones sobre la urgencia. In: BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal. La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria. p. 23-28. Buenos Aires: Ricardo Vergara, 1990.

LEITE, Sonia. Emergência psiquiátrica e psicanálise: o que se aprende e o que se trata. In: BARROS, R.; DARRIBA, V. (orgs.). Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 135-150, 2015.

LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LYOTARD, Jean François. A condição pós-moderna. 5ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

MACEDO, Monica.; FALCÃO, Carolina. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. Psychê, v. 9, n. 15, p. 65-76, São Paulo, jan./jun., 2005.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 Ed., 2018.

MIGUELEZ, Oscar. Medicina, psiquiatria e psicanálise. *In*: ARMANDO, G.G.; MENEZES, L.S.; VIEIRA, P. Medicação ou medicalização. São Paulo: Primavera Editorial, 2014.

OLIVEIRA, Edmar; SZAPIRO, Ana Maria. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde em Debate*, v. 44, p.15-20, 2020.

PROCHNO, Caio Cesar.; BESSA, Wellington. Os efeitos da contemporaneidade nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Subjetividades*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 21-33, dez. 2016.

RECHTAND, Mauro; LEAL, Erotildes. Notas sobre a emergência psiquiátrica. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 17, 2000.

SELDES, Ricardo. Pausa: uma porta para a subjetividade hoje. *In*: INSTITUTO DE CLÍNICA PSICANALÍTICA DO RIO DE JANEIRO. Urgência sem emergência? Rio de Janeiro: Subversos, 2008.

SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de psicopatologia Fundamental*, v. 22, n.1, p. 130-140, 2009.

SOUZA, Polibio José. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. NILO, K. *et al.* (Org.). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, p. 111-127, 2008.

SOTELO, Ines. O que um psicanalista faz em uma emergência? SOTELO, *Perspectivas da clínica de emergência*. Buenos Aires: Grama, p. 23-30, 2009.

SOTELO, Ines. DATUS: Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas. Buenos aires: Grama, 2015.

TENÓRIO, Fernando. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: A especialidade da clínica da recepção. *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria. *Cadernos IPUB*, vol. 17, p. 80-9, 2000.

VIGANÓ, Carlo. *Novas Conferências*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.