

Sofrimento psíquico ou transtorno mental?: Impasses clínico-políticos entre demanda e acolhimento

Daniela Santos Bezerra¹

Maria Livia Tourinho Moretto²

Julia Kalinda de Oliveira Cardoso³

Karen Alves Paz⁴

Natalia Lucas Pereira⁵

Kaique Canalle Teixeira⁶

Luigi Alaburda Vetere⁷

Resumo

O presente artigo deriva da pesquisa de pós-doutorado realizada em cooperação entre instituição de ensino e Secretaria de Estado de Saúde entre os anos de 2021 e 2023, partindo da questão da “não adesão ao tratamento” em saúde mental. Com o objetivo de coletar elaborações das equipes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) quanto aos impasses clínico-políticos cotidianos em momento de ruptura da Reforma Psiquiátrica e de eclosão da pandemia da covid-19, o artigo tem como metodologia analisar questões emergidas nas discussões

1 Pós-doutorado pelo Laboratório de Pesquisa em Psicanálise (Labpsi), Saúde e Instituição do Instituto de Psicologia da USP-Ipusp. Profissional Técnica de Nível Superior de Serviços de Saúde do SUS da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES-MT (Mato Grosso, Brasil). Coordenadora da pesquisa que dá origem ao artigo e do Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Apoio de Estudantes de Graduação (PUB-USP) 2021-2022. Orcid: 0000-0002-6947-0321. E-mail de contato: danielabezer@gmail.com.

2 Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise (Labpsi) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP (Ipusp). Professora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Ipusp (São Paulo, Brasil). Supervisora da pesquisa que dá origem ao artigo. Orcid: 0000-0002-8446-4640. E-mail de contato: liviamoretto@usp.br.

3 Aluna estagiária bolsista do Programa Unificado de Bolsas da USP (São Paulo, Brasil). Psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP (Ipusp). Orcid: 0000-0001-5699-1083. E-mail de contato: juliakalinda2014@gmail.com.

4 Aluna estagiária bolsista do Programa Unificado de Bolsas da USP (São Paulo, Brasil). Graduanda do Instituto de Psicologia da USP (Ipusp). Orcid: 0000-0002-6903-970X. E-mail de contato: karen.alvespaz@usp.br.

5 Aluna estagiária voluntária da pesquisa (2021-2022). Graduanda do Instituto de Psicologia da USP – Ipusp (São Paulo, Brasil). Orcid: 0000-0002-7048-8967. E-mail de contato: natalialucas7@usp.br.

6 Aluno estagiário bolsista do Programa Unificado de Bolsas da USP (2021-2022). Psicólogo graduado pelo Instituto de Psicologia da USP – Ipusp (São Paulo, Brasil). Orcid: 0000-0002-8003-220X. E-mail de contato: kaisquer@usp.br.

7 Aluno estagiário voluntário da pesquisa (2021-2022). Graduando do Instituto de Psicologia da USP – Ipusp (São Paulo, Brasil). Orcid: 0000-0001-6224-6805. E-mail de contato: luigi.vetere@usp.br.

<https://doi.org/10.69751/arp.v14i27.5655>

de caso com os profissionais, sob os fundamentos da psicanálise de orientação lacaniana. A partir da indagação dos pesquisadores quanto a “casos difíceis” (tentativas de suicídio, automutilação, “autoboicote” e à “não adesão ao tratamento”), extrai-se, como resultado, a diferença entre o acolhimento/tratamento do sofrimento psíquico e a classificação/recolhimento/medicalização do transtorno mental. Consta-se que a impossibilidade da escuta e da construção interdisciplinar gera um “limbo assistencial”, substituído por ações de recolhimento em instituições filantrópicas, entre outras formas de intervenção que retroalimentam demandas no campo do sofrimento psíquico. O artigo aponta, como conclusão, a necessidade de qualificação das equipes que compõem a Raps com supervisão clínico-institucional/territorial, entre outras implementações. Traz, como contribuição para a Raps, os principais sustentáculos da clínica psicanalítica: a *transferência*, em sua face de resistência e a *pulsão de morte*.

Palavras-chave: Psicanálise e Raps, Sofrimento psíquico, Saúde mental.

Introdução

Para além de uma emergência sanitária, a pandemia da covid-19 foi considerada por estudiosos brasileiros em saúde coletiva um fenômeno social que revela, a um só tempo, as iniquidades sociais e a direção das políticas públicas vigentes no país. Nas palavras de Lima, Buss e Paes-Souza (2020), podemos compreender a extensão da problemática dessa emergência humanitária:

A pandemia magnifica as tensões dilacerantes da organização social do nosso tempo: globalizada nas trocas econômicas, mas enfraquecida como projeto político global, interconectada digitalmente, porém impregnada de desinformação, à beira de colapso ambiental, mas predominantemente não sustentável, carente de ideais políticos, mas tão avessa à política e a projetos comuns. A pandemia nos coloca diante do espelho, que nos revela um mundo atravessado por muitas crises e carente de mudanças (p. 1).

Em congruência com a saúde coletiva, afirmamos que a pandemia apenas colocou em evidência a maneira contemporânea da administração pública de ações em saúde. A política pública de saúde mental, em todo o Brasil, já vinha sofrendo, desde meados do ano de 2015, o desmonte das conquistas impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Bezerra, 2021). Em cada estado da federação, as dificuldades relacionadas à precarização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) já existentes, com a pandemia, agravaram-se a ponto de inviabilizar a clínica.

Contudo, como também se pôde observar durante e logo após as grandes guerras, a pandemia levou a sociedade a avançar ou inovar em tecnologias já existentes. Foi justamente por causa da impossibilidade do encontro presencial, diante da exigência de isolamento social, que os instrumentos tecnológicos, que eram usados nas instituições de saúde pública somente em exceções ou exclusivamente na modalidade de telessaúde, tornaram-se oficiais. Não é possível comemorar a devastação trazida pela pandemia da covid-19, mas é possível apontar que foi somente diante do Real (dimensão trazida pelo ensino lacaniano) ou do impossível que o modo de trabalho de web-reuniões passou a ser considerado oficialmente institucional nos

setores de administração pública de saúde. Por meio dessa nova forma de fazer-se presente, pudemos unir instituições diversas e pessoas geograficamente bastante distantes entre si, como o Laboratório de Pesquisa da instituição de ensino de um estado, a Área Técnica de Saúde Mental estadual e profissionais das Raps municipais desse outro estado.

No presente artigo, pretendemos trazer os resultados e a análise de uma das vertentes de nossa pesquisa de pós-doutorado, que partiu da proposta de investigar a problemática encontrada no âmbito das relações entre equipes de saúde e usuários dos serviços quanto à adesão aos cuidados e/ou tratamentos propostos pelas equipes, bem como quanto aos fenômenos de “autoboicote” e lesão autoprovocada pelos usuários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento como o conceito que diz respeito ao grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações ou prescrições da equipe de saúde, desde a ingestão de medicamentos até seguir dieta e mudanças nos hábitos de vida (World Health Organization [WHO], 2003).

Já a partir da psicanálise, que introduz uma nova *démarche* na relação do sujeito e o próprio corpo, procuramos trazer outra dimensão dessa relação. O conceito de gozo, elaborado por Jacques Lacan, é inexistente nas ciências da saúde, posto que não se inscreve no campo da necessidade ou daquilo que é mais saudável para o organismo, além de dizer respeito à singularidade. Entendamos a referência ao gozo como conceito que Lacan tomou a partir das ciências jurídicas, cuja etimologia corresponde à concepção filosófica de Santo Agostinho de *uti frui*, ou usufruto de algum bem. Lacan (1966/2001), em *O lugar da psicanálise na medicina*, afirma que “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo” (p. 11), dito de outro modo, a relação do sujeito com o próprio corpo passa longe de ser uma relação na qual a direção é a busca do que faz bem ao organismo.

Nosso intuito neste artigo é contribuir, com base na psicanálise de orientação lacaniana, para a possibilidade de elaborar aquilo que se passa nos impasses do cotidiano da clínica no contexto da Raps, incluindo os atores desse contexto. Intuito que dificulta o aprofundamento em conceitos importantes, ainda que indispensáveis, como o conceito de gozo no ensino lacaniano. Contudo, nessa interlocução transdisciplinar, é possível conceber que tal conceito introduza, no campo da clínica, um avanço no conceito de *pulsão* cunhado por Sigmund Freud (1915/2004), rompendo com a dicotomia cartesiana entre *res cogitans* e *res extensa*. Em outras palavras, é com a psicanálise que se verifica que o corpo não é regido apenas pelas leis da física e da química, como pretende delimitar as ciências naturais e seu método experimental. A psicanálise inaugura na cultura ocidental a ideia de que o comportamento humano tampouco pode ser reduzido à intencionalidade consciente, já que as descobertas clínicas de Freud apontaram para a incidência da linguagem sobre o corpo.

Tais elaborações serão retomadas adiante, ao tratarmos da noção de pulsão de morte. O gozo, como noção lacaniana, serve-nos para tentar evidenciar que a direção da vida do ser falante não coincide com as prescrições disciplinares ao organismo preconizadas pela medicina. Assim, se o sujeito goza de seu corpo, além de ser afetado pelas incidências sociopolíticas de seu tempo, é preciso incluir na discussão da saúde mental pública o que está além da busca do bem-estar.

Metodologia

Seguindo o postulado freudiano de que “uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (Freud, 1912/1976, p. 152), partimos de questões emergidas na clínica como principal metodologia investigativa. Diante de um cenário de incertezas instaurado pela pandemia, nossa proposta foi a de, paralelamente à revisão bibliográfica, ouvir as reflexões trazidas por profissionais chamados “da ponta” a respeito de sua experiência clínica na Raps. Contamos com a plataforma Google Meet oficial do governo do estado e implementamos a pesquisa como uma ação da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde no período entre fevereiro e dezembro de 2021, tendo sido prorrogado durante o período de março a agosto de 2022.

Como delimitador da população participante da pesquisa, foram eleitas as equipes da Atenção Psicossocial Estratégica: os Caps e os ambulatórios, como dois dos sete pontos de atenção em saúde mental delineada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria de Consolidação n. 03/2017, anexo V. Em alguns municípios pequenos, há psicólogos e assistentes sociais vinculados diretamente às Secretarias Municipais de Saúde, trabalhando em modalidade ambulatorial com demanda livre ou encaminhada pelos serviços de Atenção Primária à Saúde; tais profissionais também foram incluídos. Outros profissionais incluídos foram os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde (SES) nos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) responsáveis pela saúde mental em sua região.

O trabalho de discussões nas web-reuniões contou também com a participação de três alunos de graduação bolsistas vinculados a um programa de apoio a estudantes universitários, além de mais dois alunos que participaram voluntariamente, vinculados à instituição de ensino responsável pela pesquisa.

Estabelecemos um cronograma de web-reuniões mensais contemplando a participação das seis macrorregiões de saúde do estado. Cada macrorregião é composta por um ou mais ERS, que respondem pelas políticas estaduais de um determinado conjunto de municípios. Ao longo do ano de 2021 e no primeiro semestre de 2022, uma média de 20 profissionais de cada macrorregião participou de 12 a 13 web-reuniões, totalizando uma média de 120 profissionais, ao todo. A cada web-reunião, uma ou duas das equipes municipais traziam um caso escolhido previamente pela própria equipe. O critério de escolha dos casos clínicos a serem discutidos foi o de casos considerados “difíceis”, ou seja, casos que colocavam em xeque os modos de intervenção empreendidos, até então, por essa equipe. As demais equipes participantes da mesma web-reunião tinham a palavra livre para que juntos pudessemos construir alguma elaboração sobre o caso, de forma paradigmática ao exercício das diretrizes da política de saúde mental, possibilitando a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a coleta de questões referentes aos impasses das equipes.

Resultados e discussão

A proposta de um novo dispositivo de trabalho revela impasses clínico-políticos

Para além da dificuldade metodológica relacionada ao fato de o trabalho ocorrer com profissionais de saúde espalhados pelos 141 municípios do estado, com regiões de características muito diferentes entre si, encontramos grande dificuldade quanto à participação deles nas web-reuniões, as quais tinham duração de 2h30min por mês para cada macrorregião.

Atribuímos, a princípio, duas razões que podem apoiar a análise clínico-política das questões que emergiram no cenário atual da Raps. A primeira delas se refere à ausência (anterior à pesquisa) de inclusão de uma atividade de reflexão sobre a prática clínica, oficializada pela gestão municipal, conhecida no cerne da Reforma Psiquiátrica Brasileira como *supervisão clínico-institucional*. Além do fato de que a formação das graduações, de modo geral, não prepara profissionais para o trabalho interdisciplinar.

É importante pontuar que, até o mês de abril de 2022, nenhum Caps do estado no qual se desenvolveu a pesquisa contava com supervisão clínico-institucional. Algumas equipes conseguiram, por iniciativa própria, lançar mão de um supervisor ligado a uma das universidades locais, como convênio de parceria técnico-institucional. Um município, apenas, iniciou a contratação pela Secretaria Municipal de Saúde de um supervisor para cada Caps. Alguns profissionais deixaram claro que o ato de reservar um horário e um espaço no cotidiano para discutir os casos, junto com os demais profissionais, refletindo sobre a própria prática, não seria considerado como uma atividade de trabalho. Várias equipes alegaram não conseguir organizar a rotina incluindo a web-reunião mensal com todos os profissionais, ora por ter que atender a muitas demandas contando com poucos colegas profissionais, ora porque não havia “autorização do gestor”.

Nossa hipótese é de que tal alegação não ocorreria se houvesse supervisão clínico-institucional obrigatória e cotidiana da equipe multidisciplinar, como ocorre nos mesmos tipos de serviços em outros estados do Brasil. Em alguns municípios participantes da pesquisa, o profissional médico recebe por produtividade, ou seja, recebe rendimentos de acordo com o número de atendimentos realizados. Esse paradigma quantitativo não atende à dinâmica cotidiana da clínica em saúde mental, interferindo diretamente na possibilidade de participação desse profissional em qualquer outra atividade do serviço. Quando um usuário entra em crise, por exemplo, é necessário que haja disponibilidade de vários profissionais em conjunto na atenção do mesmo caso, por tempo não determinado.

Assim, como em outras ações multidisciplinares, é preciso que haja participação de todos os profissionais envolvidos, administrando o tempo de maneira singular e não burocrática. Durante a realização da pesquisa, tornou-se evidente que muitas das equipes jamais se reuniram para fazer estudo de caso e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo que, para institucionalizar essa ação no serviço, não necessariamente é obrigatório um(a) supervisora(a). A lacuna ocasionada pela ausência de discussões de caso contradiz, inclusive, o que deveria ser previsto por todos os gestores municipais como o único indicador da Política Nacional de Saúde Mental: o indicador n. 21, que diz respeito às

ações de *matriciamento*. Se uma equipe não se reúne internamente para a construção do PTS, dificilmente irá se reunir com outra equipe (principal método do *matriciamento*).

Encontramos no *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (Ministério da Saúde, 2011) a definição de *matriciamento* como um “modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p. 13). Desse modo, a partir das diretrizes contidas no *Guia prático*, o *matriciamento* não se define pelo diálogo entre dois coordenadores ou responsáveis técnicos de serviços diferentes sobre algum caso, mas sim como uma estratégia de discussão ou estudo de caso entre a maior parte (se não todos) dos membros de duas ou mais equipes, com o objetivo de traçar um PTS para cada caso. Espera-se que o *matriciamento* seja realizado entre uma equipe especializada com as equipes de Atenção Primária em Saúde (APS), mas pode também envolver equipes ou representantes de outros equipamentos e áreas, como a educação, os Centros de Referência em Assistência Social (Cras), o judiciário, entre outros.

Destarte, ações de *matriciamento* na saúde mental são condição primordial para que a lógica de rede seja efetivada, sendo que é somente por meio da quantidade de ações de *matriciamento* em saúde mental de uma determinada região que o Ministério da Saúde pode fazer o monitoramento da Raps. Portanto, não é possível banalizar a fala de uma profissional da medicina, por exemplo, quando não considera as reuniões interdisciplinares e/ou reuniões de *matriciamento* e construção de PTS como parte de seu trabalho. Chama também nossa atenção o fato de que alguns gestores municipais impossibilitem que a equipe possa parar o atendimento ao público para discutir seus casos, planejar PTS, discutir suas dificuldades, entre outras condutas. A primeira consequência da ausência de discussão de casos é uma equipe que trabalha apenas seguindo protocolos ou seguindo parâmetros teóricos com pouca aplicabilidade na realidade da população atendida. A demanda crescerá proporcionalmente à dificuldade das equipes em acolhê-la e trabalhá-la em rede.

A segunda dificuldade decorre da primeira: a ausência de momentos ou reuniões de discussão de casos na cultura institucional como forma de autorreflexão quanto à clínica (com ou sem supervisão clínico-institucional/territorial) torna as equipes resistentes à valorização das singularidades e tendentes a protocolos hegemônicos. Nossa hipótese é de que essa lacuna se deva, em grande parte, ao desconhecimento, por parte dos gestores, da importância da supervisão para o funcionamento dos serviços, enquanto enfatizam a quantidade de procedimentos realizados. Apoiamo-nos nas elaborações do psicanalista italiano Viganò (2010) e Fagundes (2022) sobre a construção do caso clínico em diferentes contextos. Na análise de Viganò (2010), a gestão da saúde mental pública e seus instrumentos de avaliação referentes à eficácia não levam em conta a relação (e suas vicissitudes) estabelecida entre profissionais e pacientes. Tal rechaço à relação clínica, imprescindível ao tratamento e à “adesão” a este, não ocorre, portanto, somente no Brasil, assim como não se trata de um fenômeno recente. Em psicanálise, como veremos adiante, tomamos a relação clínica a partir do conceito fundamental da *transferência*. Segundo Viganò (2010), a negação da necessidade de reflexão sobre a *transferência* serve bem ao neoliberalismo e à “corrente da política contemporânea totalmente centrada na redução de custos” (p. 3).

Assim, a introdução de um novo modo de trabalho na Raps, pela via da pesquisa de pós-doutorado, revelou impasses intocados anteriormente em todas as macrorregiões. Impasses de cada profissional e sua instrumentalização técnica, de cada equipe e sua coesão (ou a falta dela) na condução dos casos e no acolhimento (ou rechaço) às demandas, da relação das equipes com seus gestores e autoridades judiciais locais. Apesar das dificuldades na implementação da metodologia, em alguns municípios houve intensa e profícua participação, o que possibilitou a aproximação das equipes da Raps na Área Técnica de Saúde Mental, além de reflexões clínico-políticas cruciais que analisaremos a seguir.

No que tange ao que emergiu a partir dessa metodologia (o convite à fala partindo da apresentação de um “caso difícil” sobre fenômenos clínicos já citados), não houve, em nenhum momento, discussões restritas somente à clínica. Grande parte das questões discutidas esteve atrelada às dificuldades de ordem político-administrativa ou de gestão, por exemplo, a falta de profissionais na equipe, a estrutura física sucateada ou insuficiente, os vínculos empregatícios frágeis, a falta de articulação de rede pactuada no município, o equívoco quanto à função do Caps no território, as demandas judiciais arbitrárias contrárias à Lei n. 10.216/2001, entre outras questões que perpassam inevitavelmente a clínica e, por vezes, acabam por impedi-la.

O impedimento de uma clínica psicossocial potente, cuja equipe e o gestor municipal tenham convicção quanto à sua função no território, gera uma avalanche de dificuldades, entre elas a compreensão do que vem a ser um diagnóstico psicossocial. A partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, concebemos como potência de uma equipe multidisciplinar de atenção psicossocial não sua assertividade no diagnóstico psiquiátrico ou psicopatológico, seguida de técnicas terapêuticas reconhecidamente eficazes, mas principalmente a capacidade de estabelecer rede para traçar PTS a partir de um diagnóstico psicossocial e a disponibilidade de cada membro da equipe para tomar como trabalho as relações que se produzem em cada caso. Isso significa se dispor a refletir, com os pares, sobre os impasses e os pontos fortes da relação instaurada na clínica, fator preponderante na almejada “adesão ao tratamento”. É por esse viés clínico-político que analisamos impasses no acolhimento e na condução das demandas que chegam às equipes e das demandas que emanam dos próprios profissionais.

A fundamentação teórica da psicanálise de orientação lacaniana que sustenta nossa escuta e discussão considerou, como uma das possibilidades de contribuição para a clínica na Raps, o conceito de *transferência* como aquilo de que se refere ao manejo na clínica, no qual nos deteremos a seguir. Tal contribuição não é propriamente uma novidade, como encontramos em trabalhos anteriores (Bezerra, 2009; Costa-Rosa, 2013), porém se reedita diante de novas configurações clínico-políticas. Considerado por Lacan (1964/1988) como um dos “quatro conceitos fundamentais da Psicanálise” (p. 24), esse conceito foi cunhado por Freud (1895/1976) com base nos impasses apresentados na relação com seus pacientes, exigindo que ele elaborasse um modo específico de manejar o tratamento. Em vez de desistir dos pacientes ou tentar forçá-los a uma técnica, Freud aprendeu com a neurose histérica e concluiu que os afetos que impediam a livre associação de reminiscências eram os mesmos afetos que impulsionavam a análise.

Desse modo, caberia ao analista saber lidar com esses impasses, na medida em que está incluído neles (Freud, 1912/1976). Eis aí a diferença fundamental entre o que nas ciências da

saúde é chamado de “vínculo terapêutico” e a noção psicanalítica de transferência: esta se constitui como uma resistência ao tratamento, sendo, ao mesmo tempo, mola propulsora e obstáculo à relação analítica e às intervenções. Direção clínica que nos auxilia a apostar que os afetos que ligam os usuários e familiares às equipes da Raps não estará sempre em conformidade com a burocracia delineada pelo cotidiano dos serviços, podendo se caracterizar como fazer o contrário do que a equipe propõe. Contudo, sem o estabelecimento da transferência, como efeito do inconsciente, dificilmente um tratamento seguirá um percurso consistente, tamanha é sua importância (Freud, 1912/1976). Esse percurso não se delinea somente por sentimentos amistosos, por obediência, simpatia, adesão, gratidão ou qualquer tipo de “retribuição” que a equipe acabe demandando tacitamente ao paciente. A transferência, portanto, se consolida com a inclusão desse novo campo de relação com a equipe na realidade psíquica do sujeito que procura tratamento. Realidade na qual a chamada “psicoeducação” não será necessariamente determinante, mas sim apenas um dos elementos, entre outros, que compõem o modo como verdadeiramente se constitui a relação transferencial.

Como toda relação, a transferência não consiste em um fenômeno dual, mas porta, em seu âmago, o social. Logo no início de seu ensino, Lacan (1958/1998) toma a transferência como uma estratégia metodológica, um campo no qual estão inseridos analista e analisante. Dessa forma, a transferência deixa de ser entendida como um dos dois lados de uma relação dual intersubjetiva, cuja correspondência do outro lado seria a contratransferência. No campo transferencial, que inclui o social, operam as insígnias da linguagem e os valores sociais que perpassam a clínica.

Assim sendo, não é possível refletirmos sobre a “não adesão ao tratamento” e, nem mesmo, sobre a demanda que chega ao serviço, como fenômenos individuais intrasubjetivos, sem levarmos em conta o modo como essa demanda é acolhida e escutada pela equipe. A clínica reafirma que quando um usuário ou uma família se dirige a um serviço de atenção psicossocial leva consigo suposições e até mesmo convicções acerca do que esse serviço pode fazer (Moretto, 2019). Trata-se do que Lacan (1961-1962/2003) concebeu como o “sujeito-suposto-saber”, fundamental à transferência. Portanto, o acolhimento dessa suposição de saber trazida pelo demandante, momento de encontro entre o que se demanda e o que se oferece como resposta, é imprescindível à nossa pesquisa como fator analisável quanto à efetividade de uma determinada condução terapêutica.

Porém, como apontou Viganò (2010), é comum a exclusão da relação transferencial como parâmetro de monitoramento e avaliação clínico-políticas, já que, para o gestor, valeria mais a *quantidade* de procedimentos mensais do que a *qualidade* de intervenção no território. Cabe, então, questionarmos qual a relação entre essa negação contemporânea da importância da relação transferencial na clínica, aliada ao foco reducionista do tratamento ao organismo, ao capacitismo ou “funcionalidade” do paciente, e o crescente número de tentativas de suicídios (Ministério da Saúde, 2021b). É o que pretendemos problematizar mais adiante.

Para além das dificuldades relativas à abertura e disponibilidade para a reflexão, consideramos que houve, no período da pesquisa de campo, um fator bastante favorável que provocou maior mobilização e participação dos profissionais “da ponta” e gestores municipais nas web-reuniões para a discussão de casos difíceis: a deflagração, por parte do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. De acordo com o instrutivo da 5ª Conferência (Ministério da Saúde, 2021a), as três etapas de debates e levantamento de problemas e propostas sobre saúde mental constituíram

[...] momentos ímpares de mobilização, reflexão e debate para a análise, avaliação e formulação de políticas públicas, de modo que, no contexto atual, são ainda mais relevantes, por se configurarem como uma das práticas coletivas concretas de consolidação da democracia e da efetiva participação cidadã na construção de uma sociedade democrática, justa, diversa e solidária (p.1).

Assim, ao serem convocados para organizar, com os conselheiros municipais de saúde, as etapas municipais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, os profissionais se engajaram ainda mais em participar das web-reuniões de nossa pesquisa, usando o espaço de discussão como forma de apropriação de um saber produzido no coletivo e de troca de experiências. Com a possibilidade de tomar a palavra da maneira mais livre possível, garantindo sempre o caráter ético e íntimo de uma discussão de caso, os encontros acabaram solucionando questões que estavam instaladas muitas vezes de forma cômoda. Torná-las incômodas foi um dos efeitos que pretendemos discutir a seguir.

A demanda cai na rede: “é peixe”?

Apesar dos golpes sofridos pela Política Nacional de Saúde Mental, a diretriz ministerial de rede se mantém desde o ano de 2011 com a Portaria n. 3.088/2011, que capilarizou ainda mais a atenção psicossocial dos Caps para a APS. O modelo de rede, mantido na Portaria de Consolidação n. 03/2017, ainda vigente, trouxe qualificações à dinâmica anterior de articulação entre os serviços feita por encaminhamentos (referência e contrarreferência). Na rede, o mesmo usuário está ligado simultaneamente a vários pontos de atenção para a assistência integral e com níveis de especialidades e funções diferentes, não mais deve ser apenas encaminhado. Nesse modo de funcionamento da saúde mental, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ter primazia quanto às diretrizes e, mesmo as equipes recebendo pouca ou nenhuma qualificação prévia, passaram a ser responsáveis por detectar e acolher a maior parte das demandas relativas ao sofrimento psíquico, encaminhando ou não os usuários atendidos para os serviços especializados.

No momento da implementação da Raps em 2011, contava-se com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) como ponto de equipe especializada com a função de realizar matriciamento com as equipes das Estratégias Saúde da Família (ESFs). No início do ano de 2020, o Ministério da Saúde cancelou o credenciamento de novos Nasfs, assim como revogou o sistema de financiamento dos Nasfs existentes. Desde a promulgação da Emenda Constitucional n. 95/2016, que estabeleceu o teto dos gastos públicos em saúde a partir de 2018, houve perda progressiva na dotação orçamentária das políticas públicas de saúde. Em todo o país, o SUS deixou de receber 9 bilhões de reais em investimento em 2019, por exemplo, e mesmo em 2020, com a pandemia, não houve investimento suficiente nas políticas públicas de rede. A Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, desde 2015, perdeu o caráter de implementar diretrizes da Reforma Psiquiátrica

Brasileira, reincluindo, em 2017, os hospitais psiquiátricos e os ambulatórios na Raps (Bezerra, 2021).

Diante da precarização em todos os níveis de atenção e da desarticulação da rede, efeitos do desmonte da Reforma Psiquiátrica e da Emenda Constitucional n. 95/2016, que estabeleceu o teto dos gastos públicos em saúde a partir de 2018, a lógica de rede na saúde mental apenas pode ser sustentada pela criatividade e pelo desejo dos profissionais que nela trabalham. Se a maioria dos profissionais não consegue se situar quanto à função de um serviço público da Raps no território, se não apreendem a importância da lógica de rede preconizada em portaria ministerial, se eles não podem incorporar o papel institucional condizente com o esperado em uma Política Nacional de Saúde Mental, inferimos que seja justamente porque não foram qualificados para tal função. Sem os atores da rede em funcionamento, a Política Nacional de Saúde Mental implementada pela Portaria de Consolidação n. 03/2017 não saiu do papel. Concluímos que se a criatividade e o desejo dos profissionais não estão guiados por uma política pública sólida, a atenção psicossocial fica à mercê da forma individual como cada profissional decide realizar seu trabalho, da lógica da iniciativa privada e daquilo que cada conselho de classe orienta para sua categoria. Não se contempla, dessa forma, um trabalho multidisciplinar, nem em rede. Assim, as discussões das web-reuniões revelaram a primazia da demanda da equipe sobre a da população.

Retomemos, aqui, a noção psicanalítica de transferência como campo no qual estão juntos os que buscam e aqueles que oferecem tratamento. Trata-se de uma relação que deve ter direção única, o sofrimento psíquico a ser trabalhado é o daquele que veio em busca de tratamento, ou seja, não deve ser uma relação baseada em reciprocidade (Lacan, 1958/1998). Porém, não há garantias de que quem oferece tratamento não acabe colocando em cena seu próprio sofrimento ou que deixe claro aquilo que espera de um paciente. Em uma das web-reuniões, por exemplo, uma profissional tomou a palavra para comentar sobre o caso discutido, contribuindo para debater o modo como o paciente lida com sua psicopatologia e o que consegue produzir em sua vida, dizendo “o que esse paciente tem a nos oferecer é...”. Frase paradigmática que denota a demanda por parte dos profissionais quanto à “adesão ao tratamento” como contrapartida ou retribuição à oferta da equipe, cuja origem remonta à formação acadêmica nas graduações em saúde com suas disciplinas que visam ao higienismo e ao bem-estar.

Resgatamos aqui a preciosa recomendação freudiana de “abstinência” por parte daquele que sustenta e oferta um tratamento (Freud, 1912/1976). É preciso retirar da cena clínica os anseios, crenças, demais questões relativas ao Eu, o que não significa ser indiferente ou alheio aos afetos em jogo. Mesmo não se tratando de uma clínica estritamente psicanalítica, encontramos na psicanálise a sustentação teórico-clínica para contribuir para o manejo daquilo que do lado do profissional comparece na clínica, impedindo a clareza da condução do tratamento.

Quando Lacan (1958/1998) situa a falta-a-ser como política determinante para que sejam possíveis as intervenções, atrelamos aí a abstinência recomendada por Freud (1914/1976). Na relação transferencial, o analista “tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser” (Lacan, 1958/1998, p. 593).

Nessa mesma época do ensino lacaniano, ele deixa claro que, no campo transferencial, “a resistência é sempre do lado do analista” (p. 601). A partir disso, nossa hipótese quanto à “não adesão ao tratamento” na Raps foi analisada associada à condição e desejo de escuta, de intervenção e de articulação por parte das equipes. Analisador que se diferencia, em sua complexidade, da simples correspondência entre uma proposta terapêutica e aceitação por parte do paciente. Se a equipe não está em condição de escutar, retirando suas demandas da cena clínica, não poderá haver aposta no estabelecimento da transferência, como campo no qual se manifestam, inclusive, os impasses acerca de manter-se em uma relação de tratamento. Em outras palavras, a expectativa da equipe de docilidade e gratidão dos usuários é impeditiva às intervenções que possam surtir efeito.

Em outra web-reunião, o conceito de “adesão ao tratamento” foi questionado pontuando sua pertinência no campo da saúde mental. Questão crucial, dados os interesses da indústria farmacêutica na venda de psicotrópicos (Bezerra, 2021) e dada a dificuldade das equipes em realizar diagnóstico e condução do tratamento de modo psicossocial, e não de modo reduzido à psicopatologia. Ou seja, de que tipo de tratamento falamos quando analisamos a adesão ou a não adesão?

Sofrimento psíquico ou transtorno mental?

Desde a criação dos Caps, ocorre a ambiguidade de função desse serviço. Consoante a Portaria n. 336/2002, a função dos Caps é funcionar como serviço aberto multidisciplinar para o tratamento de transtornos mentais graves ou persistentes; que foi mantida na Portaria de Consolidação n. 03/2017, anexo V. Há, inclusive, uma lista de diagnósticos neuropsiquiátricos que devem constar em registros do serviço para a administração e o faturamento das ações realizadas. Essa predeterminação burocrática não elimina a decisão técnica das equipes de definir que tipo de clientela é absorvida ou não, pois é ela quem realiza o diagnóstico psicossocial. Aí encontramos inúmeros entraves na capacidade de escuta e acolhimento do sofrimento psíquico. Independentemente de portarias governamentais, o sofrimento psíquico da população continua sendo endereçado tanto à APS quanto aos serviços da atenção psicossocial estratégica (Caps e ambulatórios). Endereçamento demandado pela própria população ou encaminhado por instituições do poder judiciário, da assistência social ou da educação.

No cerne dos relatos das equipes, encontramos uma diversidade de demandas envolvendo intenso sofrimento psíquico que não equivale, necessariamente, a um diagnóstico psiquiátrico, por exemplo: perdas vividas durante a pandemia, violência sexual, violência doméstica sistematizada, violências interpessoais (racismo, misoginia, transfobia, entre outras), adolescentes em situação de abandono parental e envolvimento com o tráfico, automutilação ou lesão autoprovocada com ou sem tentativa de suicídio e, propriamente, tentativas de suicídio, entre outras. Observamos ainda, com as discussões, que essas formas de sofrimento psíquico acabam sendo, na maioria das vezes, não absorvidas pelos serviços especializados, deixando o usuário e os demais setores do território naquilo que chamamos de “limbo assistencial”. O agravante para a falta de acolhimento e resolutividade a essas

formas de sofrimento psíquico é que, segundo os últimos Boletins Epidemiológicos de Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Ministério da Saúde, 2021b), a violência interpessoal e a vulnerabilidade social têm relação estreita com a violência autoprovocada e com a mortalidade por suicídio.

Durante o governo federal de 2018 a 2021, foram implantadas “Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental” (Ament), previstas também em 2017 pela Portaria n. 3.588/2017, para atender ao que foi chamado de “transtornos mentais moderados”, classificados como “complexidade intermediária”, ou seja, entre a APS (complexidade básica) e os Caps (atenção especializada). Tal medida pareceu tentar dar conta da demanda não absorvida. Porém, questionamos se a dificuldade de acolhimento, de construção de PTS e de condução do tratamento por parte dos profissionais seria sanada acrescentando um tipo de serviço para cada tipo de demanda apresentada, já que a multiplicação de diagnósticos parece infinita.

Outra questão trazida pelos profissionais durante as web-reuniões foi a proliferação de comunidades terapêuticas e de serviços privados no estado, cada qual de forma acrítica e imediata, como resposta a essas demandas. Nossa hipótese é que não será possível criar serviços específicos para acolher e tratar especificidades na saúde mental pública, justamente, haja vista que a forma de apresentação do sofrimento psíquico não ocorre sem os atravessamentos das questões sociais que afetam os sujeitos de forma singular.

Assim, sabemos que não se trata de um fenômeno social específico do estado pesquisado, mas é da própria dinâmica da sociedade que haja ondas de novos diagnósticos e de formas de apresentação do mal-estar, endossadas pela submissão da ciência a injunções extracientíficas (Darriba, 2013). Os próprios profissionais se questionam acerca dos fenômenos de automutilação e tentativas de suicídio que parecem ser “contagiosos”. Em relação a esse “contágio”, trazemos a contribuição de Freud (1921/1976) com o texto *Psicologia das Massas e análise do eu*, que aborda a forma como se aglutinam os grupos humanos. O autor retoma o processo de definição da constituição do Eu ou da alteridade e apresenta, nesse processo, entre o Eu e o outro, o terceiro tipo de *identificação*: a identificação pelo sintoma. A identificação e a formação grupal são mecanismos civilizatórios inconscientes, cujo empuxo é o de espelhar-se e procurar igualar-se no intuito de sentir-se amado, incluído, desejado. Dunker (2004, p. 97) chama a atenção para o fato de que a apresentação discursiva é parte constitutiva do sofrimento, ao que acrescentamos que ela é também parte de toda a possibilidade de ligação e relação no coletivo.

Se o coletivo é afetado por novos nomes, descrições diagnósticas, que remodelam a apresentação mesma do sofrimento psíquico, a recíproca também é verdadeira. Diagnósticos nosológicos também caem em desuso ou nascem e “contagiam” a população a partir da resignificação social de constituição subjetiva. Um exemplo disso, em nossa pesquisa, foi a discussão do caso de um adolescente transgênero que, no momento da web-reunião na qual a equipe apresentava o caso, já havia decidido pela troca de nome (que antes era feminino) e os pais já haviam aceitado a nova “identidade de gênero” do filho. Porém, o caso foi trazido à discussão com o diagnóstico psicopatológico de “disforia de gênero”, e não como “tentativa de suicídio” com intenso sofrimento psíquico, motivo pelo qual o adolescente e sua família

recorrerem ao serviço. A equipe se questionava sobre gravidade e a situação de crise que esse adolescente chegou ao serviço, além da precocidade de uma transição de gênero. A equipe estava sendo bem-sucedida no acolhimento, na elaboração do PTS e nas intervenções possíveis com essa família, que já estava lidando bem com a nova “identidade de gênero”. No entanto, a própria equipe estava angustiada, questionando sua função social diante do preconceito e possibilidade de transfobia a ser sofrida por esse usuário, patologizando uma questão social.

Destacamos, portanto, ser imprescindível que a Raps não funcione balizada somente a partir de diagnósticos psiquiátricos, e sim a partir do tratamento do sofrimento psíquico, independentemente de sua forma ou apresentação. Podemos dizer que o profissional de saúde brasileiro é um “pseudo-escutador”, antecipador de sentido, o que o distancia da experiência. Para escutar é preciso recuar do exercício de poder de ter a resposta pronta como saber prévio, já que a escuta do interlocutor qualificado precisa se diferenciar do outro. A resposta pronta cala o sujeito, portanto é preciso saber se está ou não em condição de escutar, pois abrir os ouvidos é se lançar com sua própria vulnerabilidade. Moretto (2019) contribui para essa discussão distinguindo as noções de *experiência* e *acontecimento*, sendo esse último universal e generalizável. Já a ideia de experiência, que é singular, designa a dimensão subjetiva que nos remete à noção lacaniana de gozo, pois inclui o modo singular como o sujeito experimenta a vida e seu corpo. É somente na relação com o outro que transformamos acontecimentos, potencialmente traumáticos, em experiências singulares, por meio da fala de quem vive a experiência. Para Moretto (2019), se calarmos o sujeito nos espaços de saúde, a chance de que o acontecimento se torne fonte de sofrimento psíquico estará potencializada.

A tendência a fazer equivalência entre sofrimento psíquico e sintoma psicopatológico nos impede de verdadeiramente ouvir e trabalhar com uma demanda. O próprio sofrimento psíquico já se caracteriza como um trabalho psíquico no qual o sujeito tenta conceituar os acontecimentos, portando em si mesmo uma demanda de reconhecimento dirigida ao outro. A operação de transformação do acontecimento em sofrimento psíquico depende do desejo de trabalhadores que possam acolher e transformá-lo em experiência, fazendo uma aposta em cada caso de que é possível a produção de um saber singular (Bezerra, 2009). Tal transformação somente ocorre em uma relação: um usuário fala para alguém qualificado, que, por sua vez, pode acolher e trabalhar essa fala.

Pulsão de morte e suas vicissitudes

A questão clínica que mais vem intrigando profissionais da Raps é o número crescente de demandas descritas como automutilação e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens. Apesar da implementação de ações da “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020” (Ministério da Saúde, 2017), o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde com dados sobre a mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Ministério da Saúde, 2021b) revelou dados alarmantes principalmente entre adolescentes e adultos jovens.

Segundo a OMS (WHO, 2021, p. 1) o suicídio está entre as três primeiras causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 35 anos em todo o mundo, essa estatística vale também para o Brasil e nosso estado (Mato Grosso, 2021). No Plano de Ação em Saúde Mental da OMS para 2013-2020, o Brasil foi um dos países que se comprometeram com a meta de redução de 10% da taxa global de suicídio. Tal meta não somente não foi alcançada, como o Brasil continua com uma média de 10 mil mortes por suicídio por ano, com valores estáveis, mas crescentes ao longo dos últimos anos, pouco alterado no período mais intenso da pandemia (Ministério da Saúde, 2021b). De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, entre 2010 e 2019, houve um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Em nosso estado, observou-se uma variação da taxa de mortalidade entre 2015 e 2021, tendo ocorrido um aumento de 58,3%, entretanto essa variação entre o número de óbito foi de 73,0% (Mato Grosso, 2021). É imprescindível, portanto, que interroguemos qual o impacto ou efetividade da campanha “Setembro Amarelo”, originada nos Estados Unidos, e o que ela tem alcançado como possível política pública.

A “violência autoprovocada” (que inclui tanto a tentativa de suicídio quanto a automutilação) surpreende as equipes de saúde, mas é um fenômeno que diz respeito ao modo como singularmente se lida com o corpo. Quando têm visibilidade na Raps, esses fenômenos da clínica se apresentam como uma demanda de tratamento, cabendo interrogar, então, qual sua forma de sofrimento psíquico e em qual contexto ela se inicia. A suposição de um sofrimento não deve servir para buscar um diagnóstico psiquiátrico, mas sim para abrir lugar discursivo para que essa demanda seja colocada em trabalho. Tais fenômenos têm significação singular, muitas vezes desconhecida pelo próprio sujeito que a pratica.

Para analisar a violência autoprovocada, trazemos o conceito psicanalítico de *pulsão*. Conceito cunhado por Freud que superou a dicotomia cartesiana de pensamento versus matéria. Caracterizada como “medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo” (Freud, 1915/2004, p. 148), tomamo-la como aquilo que vem no lugar da ausência de recursos autônomos de sobrevivência ou instinto. A pulsão, conforme releitura lacaniana, ganha estatuto de efeito de linguagem. A pulsão e seus destinos movem o sujeito com o seu encontro com o Outro da linguagem, em determinado lugar e época. Pode-se concluir, assim, que não é possível conceber o sujeito fora da sociedade, visto que mesmo antes de nascer o bebê humano “é falado” ou tomado discursivamente e, ao nascer, dependerá de alguém que interprete e proveja suas necessidades. Logo, a constituição do sujeito não é individual.

Quanto à qualidade da pulsão, foi em *Além do princípio do prazer* que Freud (1920/2006) constatou que seus pacientes repetiam experiências que eram marcadas por intenso desprazer, dando exemplo de inúmeras situações provocadas pelo próprio sujeito, mesmo trazendo intenso sofrimento ou reeditando situações traumáticas. Ele descreveu essa pressão exercida para ser satisfeita, mesmo que seja na dor, como uma “força demoníaca” (p. 146), já que não cedia às intervenções pela decifração. Com essa descoberta, Freud modifica o dualismo das pulsões, que era o de *pulsão de vida* (ou de conservação) versus *pulsão sexual*, para *pulsão de vida* (que inclui a sexualidade) e *pulsão de morte*. Temos aqui um fato estrutural: o de que o ser

falante não é movido somente pelo prazer e o apaziguamento, ou seja, a satisfação também inclui o desprazer e o excesso.

Portanto, quando alguém inflige dor e escoriação na própria pele, não necessariamente podemos concluir que seja uma tentativa de suicídio, nem mesmo que seja sinônimo de sofrimento. Contudo, se alguém solicita tratamento, escuta e acolhimento, é preciso colocar essa demanda em trabalho para que o próprio sujeito possa significar o que lhe ocorre, produzindo um saber singular. Lidar com a *pulsão de morte*, que contraria a suposta busca pelo bem-estar e sobrevivência, como intrínseca à constituição do ser falante é fundamental para que a equipe não haja como distribuidora de medicamentos ou como educadora que infantiliza o usuário. É no singular ou no modo como cada qual goza de seu corpo que pode haver uma maior possibilidade de ressignificação da vida.

O que Freud nos ensina é que não há sofrimento que se repita insistentemente que não traga, em si, um ganho secundário que dificulta àquele que sofre livrar-se daquilo que se queixa (Moretto, 2019). Eis a indicação preciosa que se atualiza como desafio aos profissionais de saúde.

Considerações finais

Partir da questão da “não adesão ao tratamento” com os profissionais da Raps levou-nos a encontrar a reflexão sobre, principalmente, o modo como se acolhe o sofrimento psíquico. A proposta inicial da pesquisa tinha como ponto de partida conclusões de nossa pesquisa de doutorado (Bezerra, 2021) a respeito da função psíquica do Supereu acerca do autoboicote por parte dos usuários dos serviços da Raps. Porém, diante do que emergiu no Real das discussões de casos, deparamo-nos com questões clínico-políticas graves que limitaram o desenvolvimento da articulação teórica anteriormente pretendida.

Nossa primeira conclusão é que não é possível, portanto, referirmo-nos à “não adesão ao tratamento” no âmbito da saúde mental, visto que a própria origem do sofrimento psíquico porta o rompimento com as possibilidades padronizadas de laço social. É preciso reinventar um novo laço para cada caso a fim de que, independentemente de tratar-se ou não de uma psicopatologia, a demanda de tratamento seja trabalhada na direção de um possível e singular destino.

Retomando a reflexão sobre as questões levantadas, se consideramos que a apresentação discursiva é parte constitutiva do sofrimento psíquico, é possível inferir que campanhas com diagnóstico psiquiátrico e patologização do mal-estar estejam relacionadas ao aumento da demanda de atendimento por automutilação e tentativa de suicídio. No fim do século XX, vivenciamos a massificação dos antidepressivos (Freitas & Amarante, 2017), passando, já no século XXI, pela massificação dos ansiolíticos, estabilizadores de humor e, recentemente, dos estimulantes do sistema nervoso central, como o metilfenidato ou os antipsicóticos (Freitas & Amarante, 2017, p. 95).

O aumento do uso de psicotrópicos (Castanhola & Papa, 2021), campo extremamente lucrativo, só é possível com a aliança entre a psiquiatria contemporânea e a indústria farmacêutica, já que não há prescrição e venda de tais medicamentos sem o diagnóstico médico

cientificamente reconhecido. Por sua vez, se os profissionais de saúde mental estiverem preparados para lidar somente com tipificações nosológicas previamente esperadas, há um empuxo em fazer caber um sofrimento psíquico em uma dessas tipificações para que o sofrimento seja reconhecido e acolhido. Se considerarmos que as equipes têm dificuldade de trabalhar com a demanda que não denote um diagnóstico psiquiátrico, o que se passa é o atendimento sem questionamento à demanda, calando o sujeito. A retroalimentação entre demanda e oferta é o paradoxo para o qual devemos estar atentos, pois temas complexos não poderão ser solucionados com respostas simples.

O período da pesquisa foi de recuo da gestão federal em investimento nas políticas públicas em saúde de implementação da Raps territorializada e diversificada, fato que incentivou a proliferação de oferta e procura por locais de recolhimento, terapêuticas iatrogênicas, inflando instituições que têm fundamentação religiosa. Jogos de interesse e forças políticas mantêm um conjunto de práticas ideológicas, intelectuais e culturais que sustentam a conjunção entre ciência e capitalismo na tentativa de suturar o sujeito e de considerar a saúde uma mercadoria. São imensos obstáculos à concretização de uma clínica efetiva.

Consideramos crucial dar corpo a essa discussão nos serviços de saúde, colocando o fenômeno clínico em seu lugar para que seja tratado com bases fundamentadas cientificamente. Propostas higienistas, moralistas, preconceituosas ou homogeneizadoras já vêm se alastrando pelo país, com investimento do erário público, mostrando que há uma demanda não tratada, há um buraco de intervenções possíveis que precisa receber tratamento científico. A ausência do dizer e da escuta que produz espaços de cisão preenchidos por medidas segregatórias em nome de “atender à demanda”. Sugerimos a substituição da busca por “atender” à demanda, como sinônimo de recolher, classificar, calar e medicar, por “acolher e tratar” a demanda, como sinônimo de bem ouvir, dar lugar discursivo, trabalhar as possibilidades de condução em rede, construir novos laços infinitamente. O sofrimento psíquico (independentemente de ser qualificado como “transtorno mental”) que não é realmente tratado, retorna de maneira muito mais devastadora.

Podemos tomar o ensinamento dos ambientalistas sobre o que descartamos como resíduo ou lixo, na ilusão de que isso desaparece de nossas vidas. Porém, esse lixo permanece em algum lugar do planeta e se transforma, muitas vezes, em algo pior para a manutenção da humanidade. Assim como não existe o “fora do planeta Terra”, no que se refere à matéria que descartamos, não existe o “fora da sociedade” para a humanidade. As consequências de ações que excluem, segregam ou tratam humanos como dejetos sociais retornam para a própria sociedade que os descartou.

O maior instrumento de trabalho em saúde mental é a relação constituída por atores com seus desejos e fragilidades. Assim sendo, mais efetivo e urgente ao gestor que criar especialismos na Raps, a partir de diagnósticos de transtornos mentais, é a necessidade de qualificar as equipes com supervisão clínico-institucional, com a possibilidade de que cada profissional sustente sua própria condição de escutar o sofrimento psíquico ou não. Nossa aposta é a de que no coletivo das equipes de saúde possa haver condições de trabalho para intervir no modo como os atos disruptivos dos pacientes se engendram, dando lugar discursivo ao sofrimento psíquico quando este cai na rede.

Referências

- Bezerra, D. S. (2009). A articulação MOEBIANA entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Psicologia Hospitalar*, 7(2), 55-74. Recuperado em 15/04/2024 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000200005&lng=pt&tlng=pt>.
- Bezerra, D. S. (2021). *Sem a droga, a compulsão: A clínica psicanalítica no contexto de guerra às drogas*. São Paulo: Benjamin Editorial.
- Castanhola, M. E., & Papa, L. P. (2021). Uso abusivo de medicamentos psicotrópicos e suas consequências. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(1), 16. Recuperado em 15/04/2024 em: <<https://doi.org/10.51161/rem/s/1028>>.
- Costa-Rosa, A. (Org.). (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica aos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Editora Unesp.
- Darriba, V. A. (2013). As injunções extracientíficas da divulgação científica. *Opção Lacaniana Online Nova Série*, 4(10), 1-12. Recuperado em 15/04/2024 em: <http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_10/As_injuncoes_extracientificas.pdf>.
- Dunker, C. I. L. (2004). Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(1), 94-111. Recuperado em 15/04/2024 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000100005>.
- Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016 (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Recuperado em 15/04/2024 em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.
- Fagundes, M. V. R. N. (2022). *Psicanálise e cuidados paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 14/05/2024 em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-124724/publico/netto_corrigida.pdf>.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Freud, S. (1976). A psicoterapia da histeria. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 251-294). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1976). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 147-162). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (1976). Observações sobre o amor transferencial. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 207-221). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1976). Psicologia das massas e análise do Eu. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 89-182). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1921).

- Freud, S. (2004). Pulsão e destinos da pulsão. In Freud, S. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 133-174, L. A. Hanns, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In Freud, S. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2, pp. 123-198). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).
- Lacan, J. (1988). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In Lacan, J. *Escritos* (pp. 591-652, V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1958).
- Lacan, J. (2003). *O Seminário, livro 9: A identificação*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Obra original publicada em 1961-1962).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14. (Obra original publicada em 1966).
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 15/04/2024 em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.
- Lima, N. T., Buss, P. M., & Paes-Souza, R. (2020). A pandemia de covid-19: uma emergência sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), 1-4. Recuperado em 14/04/2024 em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00177020>>.
- Mato Grosso. Secretaria Adjunta de Vigilância e Atenção à Saúde de Mato Grosso. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica (2021). *Boletim Epidemiológico Óbitos por Suicídios: Epidemiologia e Prevenção*.
- Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Recuperado em 15/04/2024 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). *Agenda de ações estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Recuperado em 14/05/2024 em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view>>.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2021a). *Documento orientador da 5ª conferência nacional de saúde mental (5ª CNSM)*. Recuperado em 15/04/2024 em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/publicacoes/documento-orientador-5a-cnsm/view>>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021b). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 52(33). Recuperado em 14/05/2024 em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf>.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento psíquico nas instituições*. São Paulo: Zagodoni.

- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002)*. Estabelece as diretrizes para organização dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Recuperado em 15/04/2024 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html>.
- Portaria n. 3.088/2011, de 23 de dezembro de 2011 (2011)*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 15/04/2024 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.
- Portaria de Consolidação n. 03, de 28 de setembro de 2017, anexo V (2017)*. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 15/04/2024 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco003_03_10_2017.html>.
- Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (2017)*. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado em 15/04/2024 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online, nova série*, 1(1), 1-9. Recuperado em 15/04/2024 em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf>.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Recuperado em 15/04/2024 em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>>.
- World Health Organization (2021). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Recuperado em 15/11/2024 em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>>.

**Psychic suffering or mental disorder?: Clinical-political
impasses between demand and reception**

Abstract

This article is derived from the post-doctoral research conducted in cooperation between educational institution and the State Secretariat of Health between 2021 and 2023, starting from the issue of “non-adherence to treatment” in mental health. With the objective of collecting elaborations from the teams of the Psychosocial Care Network (RAPS) regarding the daily clinical-political impasses at the moment of rupture of the Psychiatric Reform and the outbreak of the COVID-pandemic¹⁹, the article has as methodology to analyze issues that emerged in case discussions with professionals, under the foundations of Lacanian-oriented psychoanalysis. From the researchers’ inquiry regarding “difficult cases” (suicide attempts, self-mutilation, “self-boycott” and “non-adherence to treatment”), it is extracted, as a result, the difference between the reception/treatment of mental distress and the classification/withdrawal/medicalization of mental disorder. The impossibility of listening and interdisciplinary construction generates a “care vacuum”, replaced by actions of recollection in philanthropic institutions, among other forms of intervention that feedback demands in the field of mental suffering. The article points out, as a conclusion, the need for qualification of the teams that make up the RAPS with clinical-institutional/territorial supervision, among other implementations. It brings, as a contribution to RAPS, the main supports of the psychoanalytic clinic: the *transfer*, in its face of resistance and the *drive of death*.

Keywords: Psychoanalysis and RAPS, Psychic suffering, Mental health.

**Souffrance psychique ou trouble mental?: Impasses
politique-cliniques entre demande et accueil**

Resumé

Le présent article est issu de la recherche post-doctorale réalisée en coopération entre l'établissement d'enseignement et le Secrétariat d'État à la santé entre 2021 et 2023, en partant de la question de la “non-adhésion au traitement” en santé mentale. Dans le but de recueillir des travaux des équipes du Réseau de Soins Psychosociaux (Raps) sur les impasses politico-cliniques quotidiennes au moment de la rupture de la réforme psychiatrique et de l'écllosion de la pandémie de Covid-19, l'article a comme méthodologie d'analyser les questions qui émergent dans les discussions de cas avec les professionnels, sous les fondements de la psychanalyse d'orientation lacanienne. À partir de l'enquête des chercheurs sur les “cas difficiles” (tentatives de suicide, auto-mutilation, “auto-boycott” et “non-adhésion au traitement”), on extrait, en conséquence, la différence entre l'accueil/le traitement de la souffrance psychique

et la classification/recueillement/la médicalisation du trouble mental. Il est constaté que l'impossibilité de l'écoute et de la construction interdisciplinaire génère un "vide de soins", remplacé par des actions de recueillement dans les institutions philanthropiques, parmi d'autres formes d'intervention qui alimentent les demandes dans le champ de la souffrance psychique. L'article indique, comme conclusion, la nécessité de qualification des équipes qui composent le Raps avec une supervision clinique-institutionnelle/territoriale, entre autres implémentations. Apporte, comme contribution à la Raps, les principaux soutiens de la clinique psychanalytique : le *transfert*, sur son visage de résistance et le *pulsion de mort*.

Mots-clés : Psychanalyse et Raps, Souffrance psychique, Santé mentale.

¿Sufrimiento psíquico o trastorno mental?: Impasses clínico-políticos entre demanda y recepción

Resumen

El presente artículo deriva de la investigación de postdoctorado realizada en cooperación entre una institución educativa y una Secretaría Estatal de Salud entre los años 2021 y 2023, partiendo de la cuestión de la "no-adhesión al tratamiento" en salud mental. Con el objetivo de recolectar elaboraciones de los equipos de la Red de Atención Psicosocial (Raps) a respecto de los impasses clínico-políticos cotidianos en el momento de ruptura de la Reforma Psiquiátrica y de estallido de la pandemia del Covid-19, el artículo tiene como metodología analizar cuestiones surgidas en las discusiones de caso con los profesionales, bajo los fundamentos del psicoanálisis de orientación lacaniana. De la indagación de los investigadores acerca de "casos difíciles" (intentos de suicidio, automutilación, "auto boicot" y "no adhesión al tratamiento"), se extrae, como resultado, la diferencia entre la recepción/tratamiento del sufrimiento psíquico y la clasificación/retiro/medicalización del trastorno mental. Se constata que la imposibilidad de escuchar y de construir interdisciplinariamente genera un "vacuo asistencial", sustituido por acciones de recogimiento en instituciones filantrópicas, entre otras formas de intervención que retroalimentan demandas en el campo del sufrimiento psíquico. El artículo señala, como conclusión, la necesidad de cualificación de los equipos que componen la Raps con supervisión clínica-institucional/territorial, entre otras implementaciones. Trae, como contribución a la Raps, los principales sostenimientos de la clínica psicoanalítica: la *transferencia*, en su cara de resistencia y el *pulsión de muerte*.

Palabras clave: Psicoanálisis y Raps, Sufrimiento psíquico, Salud mental.

Recebido em: 25/01/2025

Revisado em: 12/05/2025

Aceito em: 12/05/2025