

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

VICTORIA COUTINHO COUTO

**CRISE E URGÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE:  
CONTRIBUIÇÕES POSSÍVEIS DA PSICANÁLISE NO CAMPO PÚBLICO**

Volta Redonda  
2017

VICTORIA COUTINHO COUTO

**CRISE E URGÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE:  
CONTRIBUIÇÕES POSSÍVEIS DA PSICANÁLISE NO CAMPO PÚBLICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao curso de Bacharel em Psicologia, como  
requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paola Frare

Volta Redonda  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

A Jesus, por ser durante a minha jornada na vida, provedor, protetor e eterno consolador. Coração sempre grato por tudo que Ele tem feito.

Aos meus pais, minha irmã e minha vó, que me deram todo o suporte necessário para que essa graduação acontecesse e por ouvirem com tanto entusiasmo minhas experiências, principalmente no estágio.

À Lis, meu amor e minha melhor amiga, que tem sido meu porto seguro ao longo desses anos e que com muito orgulho compartilha esse momento de conquista. Gratidão por ouvir tanto sobre crise e por suportar as minhas. Os caminhos têm sido mais suportáveis ao seu lado.

À Bila, que tem sido há anos minha companheira nessas aventuras da graduação, dividindo alegrias e angústias, compartilhando cada vitória pessoal e acadêmica. Divido com você, em especial, a conclusão desse TCC e da faculdade. Tem sido um prazer vivenciar tudo isso e perceber os caminhos que temos construído.

À Ana Paola, orientadora, supervisora e amiga, que com tanta paixão e simplicidade transmite a psicanálise e compartilha suas experiências despertando em mim o desejo de seguir e construir um caminho na saúde mental. Muita gratidão por todas as conversas, grupo de estudo, supervisão e pela parceria de quase uma graduação inteira.

Aos meus amigos que de alguma forma marcaram essa caminhada, em especial ao Thalles que tem sido meu confidente e parceiro há alguns anos e à Cintia que mesmo longe tem sustentado comigo uma amizade construída nos tempos de estágio e supervisão. Gratidão por tantas conversas e abraços.

Por fim, e essencial para que esse TCC acontecesse, aos trabalhadores e usuários do CAPS Usina de Sonhos, que me permitiram e me deram o suporte necessário para experienciar a atenção à crise no CAPS.

Nada há de criado que não apareça na urgência,  
e nada na urgência que não gere sua superação na fala.

*Jacques Lacan*

## RESUMO

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira a atenção à crise é tomada como um eixo importante do cuidado. Alternativa à lógica manicomial que aprisionava a loucura sem oferecer cuidado singular, a atenção à crise se assenta dos diferentes dispositivos de base territorial, tornando necessário discorrer sobre a crise e o lugar que a mesma ocupa na nova política de saúde mental. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre a função do analista no manejo da crise, que orientado pela ética da psicanálise, preza pelo cuidado singular e auxilia o sujeito para que ele mesmo possa construir saídas visando à estabilização de sua estrutura. Implica-se nesse manejo a equipe e os serviços para que se possa fornecer ao indivíduo uma rede de cuidado capaz de acolhê-lo em momentos de urgência ao invés de optar por respostas padrões que apenas reproduzem a lógica manicomial.

**Palavras-chave:** Crise; Psicanálise; Urgência subjetiva; Saúde mental; Reforma psiquiátrica.

## RESUMEN

Con la reforma psiquiátrica brasileña la atención a la crisis es propuesta en el medio social como una alternativa a la lógica manicomial que aprisionaba la locura sin ofrecer cuidado singular. A partir de estas consideraciones, es posible discurrir sobre la crisis y el lugar que ella ocupa en la nueva política de salud mental. En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo discurrir sobre la función del analista en el manejo de la crisis, que orientado por la ética del psicoanálisis, preca por el cuidado singular y auxilia al sujeto para que él mismo pueda construir salidas buscando la estabilización de su estructura. Se implica en ese manejo el equipo y los servicios para que se pueda proporcionar al individuo una red de cuidado capaz de acogerlo en momentos de urgencia en vez de optar por respuestas patrones que apenas reproducen la lógica manicomial.

**Palabras clave:** Crisis; Psicoanálisis; Urgência subjetiva; Salud mental; Reforma psiquiátrica.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	11
2.1 O MAL-ESTAR NA ATUALIDADE .....	11
2.2 URGÊNCIA E REDE PÚBLICA.....	12
<b>3 URGÊNCIA SUBJETIVA</b> .....	19
3.1 O TEMPO EM LACAN .....	23
3.2 A ÉTICA DO BEM-DIZER E A SUA ARTICULAÇÃO COM A TRANSFERÊNCIA.....	25
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o fim da década de 70 o Brasil vem passando por profundas mudanças no campo da saúde mental. O movimento pela Reforma Psiquiátrica, fundado durante a crise do modelo de assistência centrado no hospital e na expansão dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, fez fortes críticas e denúncias a cerca da ineficácia do modelo hospitalocêntrico e de seu caráter excludente, desmistificando sua base ideológica.

A lei da reforma, porém, é promulgada apenas em 2001, depois de décadas de luta e reivindicação pelos direitos dos ditos loucos. A partir daí, tem-se uma nova Política Pública voltada para a saúde mental e desde então o modelo hospitalocêntrico vem sendo substituído por uma rede de atenção pautada na reinserção dos indivíduos na sociedade e na articulação do território com outros setores da sociedade. A lei da Reforma e as portarias que vieram logo após estabelecem serviços que possam não só sustentar o tratamento dos egressos dos manicômios, mas também ampliar a política de assistência e modificar o modo de se atender a loucura. A loucura deixa de estar confinada, para se viver em sociedade, reivindicando a cidadania do louco.

Em meio a essa mudança de paradigmas na saúde mental, o questionamento que se estabelece é: qual é o lugar da crise? A quem recorrer quando o insuportável aparece e com ele questões para além do indivíduo? Romper com a lógica manicomial no momento da crise é uma questão que cabe aos trabalhadores que compõem a rede de cuidados estabelecida pelo *sujeito*<sup>1</sup>. A atenção à crise é um analisador da reforma psiquiátrica e através dela, podemos considerar se de fato, a lógica manicomial foi superada após a reforma ou se ela continua a se perpetuar pelos serviços substitutivos.

Deste modo, fica claro como é importante que se permita que o sujeito crie redes e relações, que não poderiam ser construídas em um atendimento protocolado sem atenção ao singular do caso.

---

<sup>1</sup>Ao longo desse trabalho, o termo *sujeito* será utilizado quando estiver relacionado à sua conceitualização a partir da psicanálise. Sujeito, portanto, é inconsciente, assujeitado pela linguagem e que só pode ser conhecido pelos seus efeitos. (ELIA, 2007) Outros termos como indivíduo, paciente e usuário são utilizados de forma contextualizada dentro do texto.



Tendo por orientação a psicanálise e a sua ética da clínica do sujeito, podemos perceber aqui a aproximação da psicanálise com o campo da saúde mental no Brasil, que, ao propor um atendimento pautado na singularidade, seus laços e território, convoca o psicanalista a um campo de atuação fora do setting *standard*. Partindo dessa aproximação, é possível discutir sobre a urgência e o seu lugar, implicando o usuário – e a equipe – na construção de um cuidado único.

Quanto a isso, podemos citar o que Figueiredo, Guerra e Diogo (2006) dizem sobre a psicanálise:

A psicanálise é um dispositivo clínico importante nesse campo, pois trabalha fundamentalmente a partir de uma determinada concepção de sujeito e de sua palavra, oferecendo novas possibilidades de intervenção e uma abordagem que vai além de intervenções pedagógicas adaptativas ou terapêuticas paliativas. (p. 2)

Embora exista alta relevância do tema para ampliação do cuidado há pouco estudo a ele destinado, visto o grande abalo que há quando um usuário “entra em crise”, seja por falta de formação teórica, seja por preconceito, pela convocação subjetiva do trabalhador que opera com a crise ou até mesmo por tomar a crise a partir do senso comum. É preciso que ocorra um deslocamento: onde antes a crise era vista como barreira para o tratamento é imprescindível que a mesma seja acolhida com uma oportunidade.

A crise de um modo mais generalista pode ser entendida como o momento em que a experiência subjetiva se caracteriza como tal que se torna incompatível com o contexto social em que o sujeito está inserido (ELIA, 2013). É o momento de ruptura do arranjo em que o sujeito se coloca frente às questões da vida. Nestes momentos é preciso que os dispositivos disponíveis estejam dispostos a proporcionar ao usuário em crise, condição para construir uma nova forma de articulação com o social. De modo panorâmico, podemos dizer que não há um único ‘tipo’ de crise. Podemos tomar a “primeira crise”, desencadeadora, a crise que irrompe durante o tratamento, as crises que constituem a biografia de cada um, mas que não demandam dispositivos de cuidado prementes. Para fins desse estudo, vamos fazer um recorte no conceito de crise, tomando-a como analisador e articulando com a convocação do analista diante desse cenário. De qualquer modo,

o balizador do cuidado não pode estar calcado na urgência ou responsabilidade única do operador do cuidado. Nesses termos, as respostas vão de encontro mais a uma 'solução para urgência' que gera protocolos do que modos de cuidado orientados a dar contorno subjetivo àquilo que transborda do sujeito.

Em tempos de 'pressa de resolver' e eficiência computada pelo maior número de atendimentos, temos visto cada vez mais respostas protocoladas para o atendimento à crise, removendo do sujeito a oportunidade de se colocar perante a sua crise numa tentativa de encontrar caminhos para uma saída que faça emergir algo novo.

Nesse sentido, a presença do analista no serviço tem importante função política e clínica, baseando-se na ética da psicanálise, para o manejo da crise e na transmissão em ato.

## 2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### 2.1 O MAL-ESTAR NA ATUALIDADE

Ao longo da história, podemos perceber que as constantes mudanças nas maneiras de viver as dimensões do passado, presente e futuro, têm como principal sintoma, a urgência (RÊGO BARROS, 2008). Freud, em seu tempo, analisando a sociedade moderna, já nos mostrava como havia um mal-estar causado pela cultura nos indivíduos. Em seu texto *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), já nos dava um caminho sobre a indissociabilidade entre o estatuto do indivíduo e o estatuto da sociedade: para Freud, são inseparáveis e estão conjugados. Em texto posterior, ao escrever sobre o mal-estar na sociedade, Freud nos mostra os efeitos desses mal-estares nas perturbações psíquicas, violência e criminalidade, que ele denomina de patologias do social.

Na época em que Freud desenvolve sua teoria, a questão presente na sociedade europeia era o conflito entre os impulsos e os interditos, que semeavam o solo onde a histeria surgia como fenômeno contemporâneo. O que podemos constatar na atualidade é que há uma mudança de paradigma, que modificou o modo de se viver e de se adequar ao social. Birman (2009) nos diz que a passagem para um mundo globalizado produziu uma descontinuidade histórica, onde se perde a referência a-política, já que a globalização tem como proposta a redução do Estado soberano e a pungência da lógica do capital. Essa decomposição do Estado de bem-estar traz um deslocamento da figura e das insígnias paternas, presente na modernidade. De acordo com o autor, estamos em um momento em que não há a 'proteção do pai', lançados no mundo para uma experiência nomeada de "*essencialmente traumática*". Faltaria nesse momento uma instância mediadora das relações sociais, resultado, pelo menos estético, dessa mudança na figura do pai que tem como consequência a falta de referência, a perda de uma autoridade.

A modernidade marcada pelos interditos é superada pela contemporaneidade marcada pela sensação de liberdade individual plena, porém carente de referenciais sociais (ideais) norteadores. Nessa lógica, Tavares (2010) argumenta que a contemporaneidade sujeita aos indivíduos a uma liberdade que traz consigo o

sentimento generalizado de insegurança, nesse viés, a atualização do mal-estar se daria pela liberdade fluida e não mais pela repressão e opressão da modernidade.

Diante disso, o que se delinea é uma constante vivência em desamparo. O sujeito contemporâneo carece de referenciais que imputem limites simbólicos e busca a todo custo a satisfação plena, seja pelo consumo, seja pela aparência ideal, pelo reconhecimento do outro em um movimento constante de performance de exibicionismo. Cobra-se do sujeito contemporâneo a capacidade de se desligar de tudo que pode ser duradouro, criando um novo imperativo que o convoca a superar limites a todo tempo. Estar nessa sociedade acelerada aonde a velocidade com que as informações chegam, as novas formas de se relacionar com o outro, a constante evolução da tecnologia, exigem do homem movimentos rápidos e preparação constante para o novo avanço.

O imediatismo, característico do discurso social contemporâneo, o sentimento de desamparo e insegurança, a necessidade de se controlar e programar tudo ao redor, atravessam os indivíduos causando sofrimento psíquico e, o que escapa a essa programação imposta torna-se um trauma. Nessa tentativa de tudo alcançar, tudo controlar, quando algo irrompe do não programado o sujeito se vê em uma situação de crise, aparecendo assim, a urgência.

Por obvio não creditamos a procura de um serviço de urgência, ou mesmo a instalação de uma crise, unicamente à atualização do mal-estar na contemporaneidade. Faz-se mister destacar que as consequências desse novo arranjo é que se evidenciam quando a urgência é testemunhada por um serviço ou um profissional. A urgência que modela modos de existência pautados por eficácia, também solicita soluções da mesma ordem para o sofrimento subjetivo. Soluções que parecem atender a esse novo ideal de eficácia, mas que se somam à cadeia de respostas que promovem uma demora na escuta da singularidade das 'emergências' e uma urgência para medicalização da questão.

## 2.2 URGÊNCIA E REDE PÚBLICA

Quando se fala em urgência, trata-se de algo que necessita uma intervenção que não pode ser adiada e não possui uma resposta determinada. É o momento que

o sujeito não conta com o recurso simbólico<sup>2</sup> em que se apoiava, pois nesse momento há a quebra da cadeia significante. Diferente da emergência, que pode ser definida como situações que envolvem risco de vida ou risco social grave, demandando intervenção imediata, a urgência implica riscos menores, mas ainda assim necessitando intervenções a curto prazo. A irrupção do imprevisto, aquilo fora dos recursos que o sujeito responde aos fatos, acaba por se tornar muitas vezes da ordem pública e tem efeitos tanto no sujeito e como no campo social.

E em tempos de reforma psiquiátrica, a “crise” é ainda uma problemática e seu manejo um desafio. Propõe-se tratá-la em liberdade sustentando os vínculos sociais e implicando na construção de uma rede de atenção em substituição ao modelo asilar. Segundo Souza (2012),

A resposta às crises dos portadores de sofrimento mental grave e persistente tem sido apontada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica na medida em que é condição essencial para dar sustentação ao conjunto de iniciativas no campo da assistência/cuidado e reabilitação psicossocial destes sujeitos, tendo em vista as suas demandas e exigências políticas de cidadania. Este desafio não é somente uma prioridade estratégica, mas funciona como um analisador dos processos de Reforma Psiquiátrica. Analisa a sua amplitude e capacidade de resposta ao sofrimento mental, num sentido quantitativo e, a sua consistência política em termos de capacidade de desinstitucionalização (p 2).

Dell’Acqua e Mezzina (1988) após alguns anos da lei Basaglia na Itália, escreveram um texto sobre a forma como a cidade de Trieste se organizava em relação a crise e como os serviços funcionavam. Quanto à resposta a crise como sendo de grande importância e ponto crucial para a saúde mental, eles escreveram:

O ponto central e mais problemático é a busca de uma precisão organizativa do serviço, que permita respostas adequadas e conseqüentes à complexidade das situações à medida que essas gradualmente, emergem. (p. 57)

A proposta da psiquiatria democrática italiana era a de uma aposta em respostas singulares e a articulação da crise ao ambiente social do indivíduo, sem

---

<sup>2</sup> Ao longo deste trabalho, utilizaremos as definições de real, simbólico e imaginário de acordo com Jorge (2010, p. 201) em que o imaginário é o do sentido, o real o do não-sentido, o sentido ausente e o simbólico é da ordem do duplo sentido, sendo o registro articulador do imaginário com o real.

interromper o seu cotidiano. Para além dessa proposta, tinha-se como proposição, a tomada de responsabilidade, que se baseava na responsabilidade do serviço de *“apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise como emergência”* (Dell’Acqua e Mezzina, 1988). Eles afirmam que os serviços devem ser responsáveis por toda a demanda de saúde mental de um território, que acompanhem os indivíduos nas diversas instituições de organização social e que sejam responsáveis pela promoção, prevenção e reabilitação. Logo, a relação institucional se dá entre serviços, trabalhadores e meio social. Dessa forma, o serviço deve estar comprometido com o cotidiano do sujeito se colocando como referência para diversas situações de conflito e sofrimento.

Buscando seguir o modelo da psiquiatria democrática italiana, a reforma psiquiátrica propõe uma rede de cuidados substitutiva ao hospício e idealiza uma rede de cuidados com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. É uma rede de serviços que substitui o modelo asilar e total do hospício, que põe em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico, tornando o campo da saúde mental multidisciplinar, com diversos saberes e práticas se entrecruzando. Porém, ter uma rede articulada, implica num modo de trabalho que seja condizente com a proposta. Isto é, não adianta ter vários serviços à disposição e ter profissionais que não agem de acordo com o proposto. É importante pontuar que o CAPS pode funcionar como ordenador e operador dos mandatos clínicos do território.

O bom funcionamento dessa rede influencia diretamente na dinâmica do serviço de emergência psiquiátrica. Redes organizadas e eficientes, capazes de acolher pacientes em quadros agudos, podem reduzir significativamente os encaminhamentos para internação na emergência.

Porém, mesmo após a reforma, os dispositivos de atendimento a urgência e emergência psiquiátrica seguem um modelo à parte dos dispositivos de tratamento. Modelo este altamente especializado, apoiado na contenção mecânica e no isolamento temporário. Seguindo um atendimento calcado em sistemas classificatórios de comportamento e sintomas e respostas aos medicamentos. Dessa forma, exclui-se do sujeito o poder de decisão, a responsabilidade e o reconhecimento de seu testemunho (MARON, 2012 p. 18). Aqui, aonde a pressa impera e a busca por respostas imediatas caracteriza algo ou alguém como sendo

eficiente, como é possível observar em muitos casos de internação, não responder ao imediatismo exige muito quando se trata da crise. No meio da pressa, precisa-se de tempo, o tempo do sujeito<sup>3</sup>.

Mesmo com a conquista das emergências psiquiátricas em hospitais gerais, é preciso estar atento para que não continue se criando espaços de segregação e exclusão social. É importante ter um lugar de referência contínua para a organização dos serviços, mas deve-se pensar uma estratégia para que se utilize cada vez menos esse lugar.

Uma estratégia é o CAPS. É com a portaria 3.088/11 que se institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece o CAPS como responsável pela atenção à crise, devendo em momentos de necessidade de internação, articular o cuidado com os outros componentes da rede. E nesse contexto, é fundamental que a equipe do CAPS esteja disposta e compactuada com a proposta de atenção ao usuário em crise, apostando que a *"crise vivida em um ambiente coletivo, tolerante ao sofrimento, produza transformações na existência desse sujeito"* (DIAZ, 2012, p 39). Essa proposta de acolhimento transmitida a quem procura o serviço, tem como consequência, aumento do grau de confiança no serviço e na equipe e adesão ao tratamento. O acolhimento tanto ao usuário em crise quanto a família tem como produto interferência na lógica da hospitalização imediata e o fortalecimento do vínculo usuário-família-serviço. Essa aproximação tanto no contexto familiar quanto no social, cria uma rede de cuidados para além da rede de saúde, proporcionando reinserção social e produção de cidadania, que se estende para outros momentos além da crise.

É preciso que a equipe tenha flexibilidade no momento de ofertar respostas durante a crise e mais que oferecer essas respostas dentro do CAPS, pode-se também incentivar uma forma de lidar com a crise para fora dos muros do serviço, na cidade, na família, investindo na construção de laços sociais e na continuidade de uma história. Essa possibilidade de se manifestar a crise em ambientes públicos é um sinal de desinstitucionalização da doença. É cuidar da crise suportando o mal-estar disparado por ela.

Lima (2015, p. 131), em sua tese nos traz o relato de uma trabalhadora de um CAPS em Natal, que ao se deparar com a urgência, não recua e oferece ao usuário

---

<sup>3</sup> Comentário feito por Adriano Aguiar em Urgência sem emergência?, Rio de Janeiro: Subversos, 2012, p. 104.

uma escuta para que através da fala se construa uma saída. Essa forma de resposta pode evitar que a equipe se apegue ao significativo 'emergência', que em situações semelhantes à relatada, é acionado.

Quando a equipe ou o serviço não está preparado para situações de urgência temos uma resposta imediata de encaminhamento para os serviços de emergência, o resultado disso que a chegada de um usuário em crise nas emergências tem como primeira resposta a 'camisa de força' química. Ter como outra resposta a escuta analítica, pode trazer outros resultados, dentre eles, evitar que um paciente seja internado e inicie uma carreira psiquiátrica, que marcará para sempre seu histórico. Ou seja, mesmo dentro das emergências, pode e deve haver respostas que não sejam previamente dadas, tendo consciência de que nem toda crise precisa de medicação ou mesmo contenção de diferentes ordens.

É imprescindível estar atento ao trabalho do usuário e despojado do bem-querer e de todos os valores que bordam e emergem junto com a situação de crise. Suspendendo valores de juízo e as boas intenções para com o usuário, nos permite, por exemplo, contextualizar um pedido de internação ou mesmo de medicalização do sofrimento. Não acolher com a mesma urgência aquilo que requer um posicionamento onde não se deve recuar é possibilitar que o usuário construa uma narrativa, tenha voz e se produza. O tempo é agora, mas a urgência não pode ser tomada de forma apressada, dando ouvidos àquilo que transborda. Ainda assim, apenas escuta não é suficiente e se faz necessária uma reinvenção de respostas, singulares, e em cada caso. Durante a crise, o sujeito precisa ser produzido.

O papel do CAPS é de protagonismo no manejo da crise, porém se tratando da urgência, deve-se levar em consideração que a demanda não 'respeita' a hierarquia com que os serviços são organizados. A forma de acolhimento de cada serviço dependerá do não-imediatismo e do tipo de manejo da situação. Um psicótico surtar em uma unidade de atenção básica demandará da equipe um acolhimento que nem sempre acontece e para o qual muitas vezes a equipe não está preparada. Nesses casos, é comum encaminhar o usuário para a emergência e reinicia-se o ciclo de uma resposta padronizada e que, não raramente, acaba em haldol e fenergan. Trabalhar contra essa pressa do tempo é ir um pouco na contra mão da urgência. Cabe ao profissional escutar a urgência do usuário, a sua demanda e ter o manejo e a decisão de tratamento sem obedecer a protocolos prescritos ou padrões estabelecidos.



O que a prática nos mostra é que não se investe nas equipes e serviços fora da rede de saúde mental (tampouco nela) para que saibam como transformar a queixa, o inesperado, a crise em demanda, o que tem como consequência um alto número de pedidos de internação na emergência de casos que não necessitam desse tipo de intervenção.

Faz-se necessário uma política que favoreça esse processo de preparação. A falta de educação permanente, preparo da equipe e boa articulação do serviço, fazem com que durante a crise, quando o insuportável surge, a falta de conhecimento sobre o usuário e seu tratamento tem como resultado respostas padrões dadas por profissionais que se sentem pressionados a acabar com a situação. Se não houve transmissão de trabalho, essas respostas são internação e medicalização. Entendemos que a internação em algumas situações se faz necessária, mas somente saberá o momento de internar quem conhece o singular do caso.

A importância da comunicação eficiente de uma rede pode ser observada na clínica da psicose que nos ensina que o tratamento de um paciente pode passar por vários dispositivos, isso significa que poderá passar por vários profissionais e por outros lugares. Para que haja uma forma singular de atenção, resta então, trabalhar para criar uma rede capaz de sustentar o sujeito, pelo menos nos momentos críticos que possam acometê-lo. Nesse panorama de atendimento em rede, a questão do atendimento na emergência, não garante uma continuidade no tratamento, exigindo uma tarefa árdua dos profissionais de conduzir o trabalho de forma que sejam criadas condições para reconduzir o usuário ao seu lugar de tratamento. É preciso disposição da equipe para evitar respostas protocoladas, como a medicalização desnecessária ou postergação do atendimento a uma emergência, além disso, a comunicação entre emergência e outros serviços é fundamental. Apostar na interlocução do saber entre os responsáveis pelo tratamento tende a favorecer o trabalho em rede e melhor acolhimento do usuário.

É necessário acompanhar cada caso a partir da sua singularidade, deixando de lado o saber catalogado e exercendo a clínica a partir do saber-não-saber, aonde o sujeito, especialmente nos arranjos psicóticos, pode se produzir. Essa forma de trabalho, quebra com a dimensão do olhar que observa o comportamento e que, através dele, carimba o sujeito. É a partir desse carimbo, que é oferecido um encaminhamento, mas o que se deve entender é que "*encaminhar não pode ser*

*confundido com despachar, resolver o problema transferindo-o"* (RÊGO BARROS, 2012, p. 11).

Dessa forma, podemos afirmar que o atendimento a urgência passa por uma escuta e olhar capaz de identificar o singular de cada sujeito, pela forma como se oferece o atendimento e, a partir disso decidir a direção do tratamento.

Nesses lugares da rede, o analista é convocado a sair de uma posição *standard*, de analista crítico e reservado é convidado a ocupar um lugar onde ele é aberto, que participa se tornando útil aos novos modelos de assistência da saúde mental. Não é apenas um papel de escuta, mas de transmitir a particularidade que cada sujeito tem e transformá-la em um instrumento útil para todos. A esta convocação, Laurent (1999) nomeia de "*analista cidadão*":

o analista tem de passar da posição de especialista em desidentificação para de analista cidadão. Há que se passar do analista crítico, reservado a um analista que participa, a um analista sensível as formas de segregação, a um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora. (p. 143)

Embora o trabalho do analista seja solitário, ele não é um trabalho individual. Atuando nos dispositivos da rede de saúde, cabe ao analista manejar da melhor forma o trabalho para que seja de fato, uma construção de trabalho junto à equipe, e principalmente, junto ao usuário.

### 3 URGÊNCIA SUBJETIVA

A expressão 'urgência subjetiva' não foi cunhada por Freud, sendo necessário buscar em seus escritos o embasamento que sustenta esse conceito contemporâneo. Perseguindo os fundamentos freudianos, podemos localizar alguns conceitos que sustentam e direcionam esse debate, trazendo para investigação da urgência subjetiva a necessária articulação com os mesmos. O principal conceito que podemos destacar é o *trauma*.

Embora o termo trauma/traumatismo sejam conceitos provenientes do saber médico, é notória a importância do trauma na teoria freudiana. Laplanche e Pontalis (1991) em Vocabulário de Psicanálise deixam claro como Freud pega esse termo que antes era exclusivo da medicina e da cirurgia e faz do trauma crucial no nascimento de sua teoria:

A psicanálise retomou esses termos (em Freud apenas encontramos *trauma*), transpondo para o plano psíquico as três significações que neles estavam implicadas: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização. (p 523)

A partir dessa retomada, Freud inicia a sua concepção das afecções psíquicas, tornando o trauma primordial na construção da psicanálise. Ao longo da obra freudiana, pode-se perceber muitas formulações em relação à essência e natureza do trauma, mas não houve abandono do conceito.

Pode-se concluir na teoria freudiana que o trauma é um acontecimento de natureza psíquica, no qual o indivíduo está sujeito a um aumento de excitação além do que o aparelho psíquico tolera e que fracassa em ser liquidada, gerando assim perturbações duradouras no funcionamento energético. Atualmente quando se fala em urgência subjetiva remete-se ao trauma.

Belaga em *La urgencia generalizada* (2006), nos fala sobre duas noções do trauma observadas nos textos de Freud e Lacan. Uma vertente do trauma como um processo, chamado por Miller (2002, apud SIMÕES, 2011, p. 36) de 'real sem lei', não programável. E outra vertente onde o trauma é um acontecimento. Quanto a segunda vertente do trauma, podemos dizer que:

É a figura da contingência, é a figura da irrupção do real sobre as representações simbólicas que o sujeito possuía até esse momento. Algo irrompe e é o que se chama usualmente a angústia mais generalizada, a angústia traumática. (p. 16, tradução nossa)

Seguindo o texto, Belaga nos traz que *“na maioria das vezes, o modelo da urgência responde a esse trauma-acontecimento”* (p. 16, tradução nossa). Trauma e urgência subjetiva podem ser pensados como o aquilo do Real que toca o simbólico. Essa presença do Real no simbólico produz angústia e que acaba por desencadear uma situação traumática, uma urgência subjetiva. (SIMÕES, 2011, p. 29)

Podemos observar essas duas vertentes citadas por Belaga ao refletirmos sobre a situação de um possível sujeito que ouve vozes e consegue dar conta do que não cessa de não se inscrever - do trauma como um processo, do ‘Real sem lei’. O que não era regulado em sua organização psíquica estruturante pode ser organizado a partir de alguma suplência possível, dando algum anteparo ao Real que toca o Simbólico. Suponhamos que em determinado momento, um acontecimento, algo irrompe, quebra a cadeia significativa e a urgência aparece. Podemos dizer que até esse momento algo resistia bem,

Existia uma subjetividade organizada em um imaginário firme que permitia funcionar sem sobressaltos, fazer laço social, e ainda conseguir que não se necessite consultar, ou “não ter urgências”. Imaginário que mediava até esse momento satisfatoriamente sobre a separação entre o gozo (do corpo próprio) e o Outro [...]. A essa construção [...] se descreve como “imaginário de segurança” (p. 16).

Berta (2015) relacionando a angústia e a urgência subjetiva, utiliza-se do seminário de Lacan (1956-1957/1994) para dizer que a angústia estabelece relação com momento em que *“o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo em que ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar”*. É um presente eternizado, sem passado e sem amanhã. Utilizando-se dos tempos lógicos lacanianos, a urgência é a fusão do “instante de ver” com o “momento de concluir”. Suspendendo o “tempo de compreender” e deslocalizando o sujeito.

Podemos pensar a urgência como a surpresa do encontro com algo inesperado, que necessita uma resposta imediata, um acontecimento desarticulado

do saber racional e da possibilidade de criação de um sentido imediato. É quando ocorre a ruptura aguda da cadeia significante e ao sujeito faltam palavras, imagens, o discurso não consegue dar conta do sofrimento. O sujeito não consegue se representar, pois o significante não se articula. Isso gera para o sujeito, um efeito de mortificação, levando-o a recorrer aos recursos que ele encontra, como por exemplo, a passagem ao ato.

Fato é que essa urgência derivada da quebra da cadeia significante, do trauma-acontecimento, é uma urgência generalizada e que só se torna urgência subjetiva a partir a intervenção do psicanalista. A urgência subjetiva é um termo da psicanálise, do exercício do psicanalista. Não é uma urgência social, econômica e nem psiquiátrica, embora englobe essas urgências. É uma urgência do *sujeito*, única e singular. Quando se utiliza dos princípios da psicanálise na recepção do paciente, não se pode deixar de considerar a escuta dos significantes trazidos, mesmo em situação de crise.

A clínica com pacientes em grave sofrimento psíquico abarca momentos críticos que podem resultar em desencadeamento de um quadro psicótico, por exemplo. São quadros que não cessam apenas com a medicação e o trabalho com a urgência subjetiva tem como aposta restituir o lugar do sujeito a esses indivíduos. Simões (2011) nos traz uma fala importante quanto à escuta principalmente durante as crises:

A partir do momento em que a psicanálise se detém a pesquisar sobre a clínica da urgência afirmando que há algo a ser escutado e a ser tratado nesse campo, afirma sobre a importância de não se descuidar das crises dos sujeitos. Ficam evidentes as dimensões do real, do simbólico e do imaginário, seus enlaçamentos e seus desencadeamentos. Aparece o elemento insuportável e o impossível de ser colocado em palavras, mas há que se apostar que, através da escuta, de intervenções, o sujeito abre uma possibilidade de se construir algo em torno desse real que se apresenta de forma avassaladora. (p. 31)

Dessa forma, podemos dizer que a urgência subjetiva é um dispositivo de acolhimento aos indivíduos em crise que chegam as instituições com a demanda de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico. Através de uma escuta precisa, a urgência subjetiva busca acolher indivíduos e extrair o que permaneceu em estado

de embaraço ou esmagamento do sujeito, o que é insuportável e sem mediação para indivíduo que vivencia essa experiência.

Por mais que se cobre uma restauração do paciente ao estado anterior à crise de utilidade e bem-estar definida pelo Outro através da medicalização, não é essa a proposta da urgência subjetiva, visto que tal modalidade de resposta tem como efeito a não singularização do sujeito. Por meio dessa escuta proposta espera-se que a palavra do paciente produza algo que determine a direção e continuidade do tratamento. É permitir que uma nova rede de significantes seja construída através da palavra. Azevedo (2015) nos convoca a acreditar na palavra como sutura da cadeia significante, dando contorno ao que estava em desordem e que desarticula a mesma. É a produção do sujeito em ato, onde ele possa inventar um modo de se haver com o insuportável, "*dar contorno ao real avassalador que se apresenta no momento da sua entrada em emergência*" (CALAZANS; BASTOS, 2008, p. 642).

Marcos e D'alessandro (2013) citam Laurent (2004) corroborando a proposta de se produzir um sujeito para que ele encontre novas regras da vida que inclua o traumático, ou seja, produzir um novo caminho causado pelo trauma.

Ao psicanalista cabe se tornar um lugar vazio, onde o gozo encontre um espaço para processar-se, dando marco aos fenômenos e consiga transformá-los em demanda. É necessário introduzir um novo tempo, um lugar, para que se possa colocar os fenômenos no dizer. É o analista, o destinatário da urgência. Evoco aqui as palavras de Seldes (2008, p. 35) sobre a presença do analista no momento da urgência:

Em todo caso fica claro que a dimensão essencial do trabalho que propomos para a urgência subjetiva, psicanalítica, inclui a premissa de que contamos com a dimensão do inconsciente e o gozo que este comporta. E como a linguagem do inconsciente se ordena no discurso pelo discurso analítico, é evidente que o primeiro efeito que se necessita é o de por em jogo um norte, uma direção: que o que sofre, em sua urgência, tenha a quem dirigi-la. (p. 35, tradução nossa)

Para a Psicanálise o tratamento do sujeito pela escuta analítica é questão de um tempo que ultrapassa a dimensão cronológica. Referimo-nos ao tempo lógico que aposta no surgimento do sujeito e a produção de uma saída singular. Esse é o momento em que o analista se vê entre o tempo da pressa, da instituição e o tempo

do sujeito. Supõe-se na urgência, uma suspensão do tempo e espaço do sujeito frente ao Outro. Essa suspensão temporária do sujeito no simbólico tem efeitos no imaginário, no corpo, na noção de espaço, na interioridade e exterioridade e na identificação coletiva ou individual. Não há então passado e nem futuro, apenas um presente que tende ao infinito. Nessa condição, é necessária uma modificação no dispositivo, é necessário manejo do tempo, arrancar tempo da crise.

A clínica da urgência subjetiva visa à introdução de um tempo de pausa. Uma pausa na pressa. Essa abertura no tempo pode possibilitar que o sujeito se articule novamente a uma rede de significantes, que diga algo de si e de sua relação com o Outro, criando uma saída.

### 3.1 O TEMPO EM LACAN

Para entendermos melhor essa suspensão temporária que ocorre durante a crise, faz-se necessário contextualizar a questão dos tempos em Lacan. Para isso é crucial retornarmos a 1945 quando Lacan em “O Tempo Lógico e a Asserção de Certeza Antecipada” nos traz o sofisma que dá nascimento ao conceito de tempo lógico.

O dilema do prisioneiro consiste em um conto sobre três prisioneiros que terão a oportunidade de se libertar, ao passarem por um enigma proposto pelo diretor do presídio. Quem descobrir a solução do enigma consegue a liberdade. No teste proposto, o diretor do presídio dispõe de cinco discos – três brancos e dois negros – e três desses discos iriam ser fixados um nas costas de cada prisioneiro, de forma que um prisioneiro conseguisse ver os discos nas costas dos outros dois, mas não o seu próprio disco. Eles não poderiam se comunicar, apenas se olhar. Quem anunciar primeiro ao chefe do presídio de que cor é o seu próprio disco e, mais importante, como conseguiu chegar a tal conclusão, ganha a liberdade.

Após um tempo de observação, os três correm em direção à porta

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer

imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto'. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao que saí porta afora, para dar a conhecer minha conclusão (Lacan, 1945/1998, p. 198).

A partir do uso desse sofisma, Lacan modula o tempo de uma forma não cronológica, mas que obedece a uma ordem lógica circunstancial. Lacan propõe a temporalidade como resultado de justaposições e intersecções entre cadeias significantes, que se revelam a cada vez. Esse tempo lógico, ele define em três momentos: instante de ver – impacto do encontro com a contingência; tempo de compreender – tempo de hesitação, elaboração; e momento de concluir.

Neste exemplo usado por Lacan, podemos atestar que o movimento dos outros dois, coloca em questão a própria cor de cada um e os tempos estão sempre na dependência do movimento do outro. Pode-se perceber que no instante de ver, foi o momento em que o prisioneiro olha e vê os outros, mas não consegue se ver, não sabe quem é, ele hesita e volta a olhar os outros. Essa hesitação no exemplo, são as duas paradas que ocorreram; no tempo de compreender ele elabora, acredita saber quem é, mas não tem convicção, ele acredita ser uma cor, mas não tem certeza; o momento de concluir é quando ele passa da hesitação e se apressa para concluir mesmo sem ter garantias.

Antes do momento de concluir, há uma pausa, no qual a ação de cada um permanece suspensa na dependência da resposta do outro. Este tempo é crucial à emergência do sujeito. É nesse momento que o analista intervém e abre um novo tempo para/do o sujeito em crise. Quando só havia instante de ver/momento de concluir, se possibilita a abertura do tempo de compreender e é nesse tempo que o sujeito tem a oportunidade de construir uma hipótese sobre si, uma saída singular a partir daquilo que se perdeu diante da urgência no instante de ver.

A urgência subjetiva é o que aparece para o sujeito como um impossível de suportar. Enquanto a intervenção da medicina está marcada pela pressa, uma intervenção caracterizada pelo tempo cronológico, a psicanálise também se apoia em uma intervenção imediata sobre a urgência, mas a partir de uma pausa lógica, para que o sujeito possa se apresentar a partir de sua condição de sujeito, privilegiando a abertura de um tempo para a palavra. (AZEVEDO, 2016, p. 91)



O manejo do tempo lógico pelo analista durante a urgência subjetiva permite tirar o sujeito da possível suspensão no tempo, abrindo-lhe um tempo para a palavra. É a introdução do tempo no momento da pressa para concluir, uma pausa para que possa haver uma articulação da cadeia significante.

Embora haja uma noção leiga de que a psicanálise opere apenas em situações 'fora de crise' e a longo prazo, podemos perceber que é possível e necessário uma intervenção psicanalítica no contexto de urgência e emergência, que através da escuta de um sujeito em crise, do material que ele traz, seja capaz de fazer emergir algo novo que possa produzir um sujeito em ato.

### 3.2 A ÉTICA DO BEM-DIZER E A SUA ARTICULAÇÃO COM A TRANSFERÊNCIA

Ao elaborar sua obra, Freud nos traz a direção da transferência como caminho e condição para análise em neuróticos e nos alertou para a inviabilidade da utilização da técnica da psicanálise no tratamento da psicose. Ele considerava que no trabalho terapêutico, a transferência exigia que o objeto libidinal não estivesse prejudicado, que é característica da psicose, mas ao mesmo tempo, considerava o delírio como sendo uma tentativa de cura que *“visa reestabelecer a relação do sujeito com o objeto, permitindo que a libido encontre novos objetos”* (HANNA,2006, p. 64). Mesmo que o delírio não seja a manifestação do inconsciente, a criação dele já pressupõe a existência de um sujeito.

A questão que reside é: sendo a transferência condição para análise, é possível o sujeito psicótico se beneficiar de uma abordagem psicanalítica? Podemos responder que sim. Lacan (1955-56) ao comentar o caso de Schreber, nos mostra a possibilidade de transferência na psicose e que *“não se deve ser tomada inteiramente no sentido que se conhece, mas que é algo dessa ordem”*. O estabelecimento de uma modalidade transferencial que possibilita o trabalho com a psicose se dá a partir da escuta que o analista oferece, ou seja, uma posição de acreditar e aceitar o dizer do psicótico, não negando seu delírio. Lacan (ibid., p.41) já fazia alusão à existência do sujeito na psicose e seu aparecimento em meio ao delírio, dessa forma, no manejo da transferência na psicose não cabe interpretação

do delírio buscando sentido. Nesses casos, não se pode supor associação livre que permitirá a construção de uma cadeia significante.

O que Lacan nos traz ao longo de sua obra é uma nova concepção do tratamento da psicose, a clínica das suplências, onde se espera que o *“sujeito encontre, retome ou produza um significante que ordene o campo simbólico”* (Hanna, 2006, p. 65). Essa situação exige do analista um manejo específico da transferência, diferente da utilizada na neurose, respeitando a particularidade da estrutura, *“pois usar a técnica que ele instituiu fora da experiência a que ela se aplica é tão estúpido quanto esfalfar-se nos remos quando o barco está encalhado na areia”* (Lacan, 1957, p. 590).

Se tratando da psicose e o manejo da transferência, a erotomania ou o delírio persecutório podem aparecer como fenômenos transferenciais, que são soluções que situam o Outro, mas essa solução ocorre de forma excessiva para o sujeito. Essas possibilidades acabam por causar um receio dos trabalhadores em atender casos de psicose. Seja pelo medo de uma transferência maciça, seja pelo temor de que algo desencadeie o surto. Gurgel (2010) vem nos dizer que o que pode desencadear um surto não é o encontro com o analista ou a transferência subsequente, mas a interpretação. O que precisa haver então é o manejo da transferência para que ela não se torne um obstáculo, se atentando para não cair na armadilha da interpretação do que é dito pelo sujeito.

Lacan (1964) nos traz o termo "presença do analista" colocando o analista no campo de uma função, como sendo uma presença além da presença física, simbólica que testemunha e viabiliza a presentificação do inconsciente do paciente. Em relação à transferência com psicóticos, não devemos considerá-la um meio de acesso ao inconsciente, pois neles o inconsciente já está "a céu aberto". Entra aqui a posição de não se colocar como intérprete. A transferência nesses casos, passa pela relação de semelhante-semelhante, espera-se que o analista faça semblante de Outro barrado, onde a falta apareça. E é nessa posição de a-a' que o analista oferece um lugar onde a fala do sujeito psicótico seja creditada, considerando que é pela fala que ele tenta se articular e reestabelecer sua relação com o outro, mesmo com a precariedade simbólica.

O lugar do analista, portanto, é o de secretário do alienado,

do semelhante que escuta e faz semblante de que compreende o delírio, esta significação particular que adéqua o gozo e apazigua o sujeito. [...] Esse lugar-função [...] se realiza com a presença do analista e suas manobras transferenciais, que, como vimos, não deve incluir a interpretação e sim deixar correr o automatismo curativo do delírio. (GURGEL, 2010, p. 173).

É tarefa do analista suportar e sustentar o trabalho do psicótico numa forma de construir suplência. É oferecer condições para a emergência do sujeito. Ele acompanha o sujeito em seu trabalho e maneja uma transferência que se articula à rede do delírio. Nesse momento, em que se credita a palavra ao sujeito e não nega seu delírio, que podemos perceber a ética da psicanálise, a ética do bem-dizer, proposta por Lacan em seu seminário sobre a Ética (1959-1960) e que se sustenta numa clínica do sujeito, livre de juízo de valor, sem propor universalização moral, que se afasta de modos de conduta e ações de caráter prescritivo, a fim de buscar a singularidade de cada um, se opondo à generalização proposta pela psiquiatria. Uma função, esvaziada de querer e orientada pelo desejo do analista.

Mesmo sustentando um lugar de construção de suplências, de secretário do alienado e manejando a transferência, é possível que o sujeito psicótico entre em crise e nesse momento precipitar uma passagem ao ato. Podemos convocar aqui as palavras de Lacan (1962-63, p. 129) e Riguini (2005), respectivamente, a respeito desse momento:

[...] é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito, ele se precipita e despenca fora da cena. Essa é a própria estrutura da passagem ao ato.

A passagem ao ato, embora possa ser um recurso para o sujeito desvencilhar-se do gozo insuportável, não é definitivamente uma solução desejável, uma vez que não se sustenta no laço social. O analista que se dispõe a escutar um paciente psicótico deverá estar sempre pronto a acompanhar as soluções que ele mesmo constrói. Contudo, quando tais soluções conduzem o sujeito a uma passagem ao ato, devem ser redirecionadas conforme as possibilidades do paciente.

Na gramática psicanalítica, muitas das situações de crise podem ser nomeadas como “passagem ao ato”. Nas demarcações históricas que nuançam essa definição, podemos encontrar vários sentidos para este termo. Aqui, nos deteremos no seu uso mais acessado na clínica psicanalítica. Esse conceito, apresentado por Lacan em seu seminário sobre a angústia, já bastante difundido entre os praticantes da psicanálise, é comumente apresentado em sua diferenciação com o *acting out*. O segundo estaria ligado a um endereçamento ao Outro, isto é, não se passa por uma saída de cena, mas uma tentativa de encenar o seu desejo para que o Outro responda por ele. É sempre uma inclusão do Outro na cena. A passagem ao ato é uma tentativa de romper com a cena ao se deparar com a angústia. É a tentativa de separação do Outro. Enquanto no *acting out* há separação entre sujeito e objeto, na passagem ao ato há uma identificação com o objeto, que tem como efeito a tentativa de um corte “*em relação ao campo do Outro, que é o que determina o sujeito enquanto tal*” (LINS & RUDGE, 2012).

Ou seja, a passagem ao ato é uma tentativa de estabilização frente ao encontro com um Outro invasor. Diferente da neurose que a angústia funciona como um sinal orientando a clínica em direção ao real, na psicose a angústia não funciona como guia para a clínica. Ao ter o objeto extraído durante a castração, na neurose a fantasia que dá contorno ao objeto, regulando o gozo e que possibilita a resposta ao desejo do outro, porém na psicose isso não se torna possível. O sujeito psicótico, devido a não-extração do objeto a permanece vítima de um gozo excedente, não limitado pela fantasia. Nesse momento, ele está assujeitado ao Outro e encarna ele próprio o objeto, e nesse sentido, encarna ele mesmo a resposta.

A passagem ao ato seria então uma tentativa de se separar do Outro. E nesse momento, o analista também tem a sua função a partir da ética do bem-dizer e não do bem-querer, no qual ele é convocado a auxiliar o sujeito no processo de construção de outras saídas, de acordo com os arranjos que próprios do indivíduo em questão. A constituição do Outro a partir de uma separação só se pode dar diante de um tempo, um tempo do sujeito que como já demonstrado, está comprimido nas situações de crise. A pronta resposta, em forma de ato, de um analista, não se confunde, portanto com a urgência de resolução, mas sim com a urgência subjetiva. Não se trata de evitar uma crise ou uma passagem ao ato, mas poder, de saída, dar outro tempo e estatuto ao que parece não ter tempo.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a urgência sendo cada vez mais presente como sintoma da contemporaneidade, a psicanálise vem sendo convocada a atuar em diversas cenas e serviços de atenção à crise. Se colocar como analista nesse contexto de urgência, exige que haja uma reinvenção das práticas e dos dispositivos, sem que se abandone a ética da psicanálise, ou seja, visando sempre à clínica do singular do sujeito.

Dessa maneira, a intervenção do analista no momento da crise deve ser ágil, mas sem se deixar ser absorvido pela pressa vigente nas instituições. A instituição não é maior que o sujeito e manejar esse conflito entre a pressa da instituição, que se confunde com eficiência, e a necessidade de se instaurar um tempo para o sujeito é tarefa do analista através da transmissão em ato. É necessário que se invente uma instituição que acolha o sujeito em sua singularidade. Fazer com que a equipe entenda a importância da pausa no momento da crise por meio do ato, traz para o analista uma confiança em relação ao trabalho e, compartilhar a eficiência dos instrumentos utilizados em cada caso segundo a singularidade, traz para a equipe a suposição de saber advindo de cada sujeito, autorizando cada trabalhador a intervir em momentos de necessidade.

[...] importante marcar que não se trata de ensinar psicanálise ou psicanalisar a instituição ou qualquer um de seus participantes. Mas de recolocar o sujeito em sua dimensão de real, de acontecimento e constituição permanente, no foco da clínica nas diferentes situações que se apresentam no cotidiano de nossa prática. (FIGUEIREDO, GUERRA & DIOGO, p. 9)

Apostar no trabalho feito pela equipe, que sustenta a crise dentro dos serviços é retirar dos trabalhadores a lógica manicomial de exclusão do sujeito de seu ambiente e território.

Não recuar frente às psicoses orientado pela ética da psicanálise é a direção para o tratamento. Suportar oferecer uma escuta singular ao indivíduo em sofrimento no momento em que o insuportável aparece, fornece a ele uma oportunidade de construção de vias para a reorganização de uma cadeia de significantes que ofereça

esteio frente às questões da vida. Auxiliá-lo no processo de construção de delírio que possa fazer alguma suplência, por mais que pareça absurdo para os que visam eliminá-lo, coloca no analista o papel de secretário do alienado. Esta nomeação, não sem consequências, esta referida a uma função: estar atento para o momento em que se fará necessário um manejo transferencial visando à adequação do gozo invasivo e buscando estabilização da estrutura de acordo com a própria invenção do sujeito.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. M. De . O tempo em Lacan. **Ágora** ( PPGTP/UFRJ) , v. 19, p. 103-114, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v19n1/1809-4414-agora-19-01-00103.pdf>>. Acesso em 01 de abril de 2017.

AZEVEDO, E.C. **Não há tempo... a perder:** questões sobre o tempo lógico na angústia, 2015. Disponível em: <<https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/Elaine%20Cristina%20Azevedo.pdf>>. Acesso em 04 de out. de 2017.

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

BELAGA, G. Presentación: La urgencia generalizada, la práctica en el hospital. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **La urgencia generalizada:** la práctica en el hospital. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006. P. 11-30.

BERTA, S.L. Localização da urgência subjetiva em psicanálise. **A peste:** revista de psicanálise e sociedade e filosofia. São Paulo, v 7, n 1, p 95-115, jan/jun 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/30462/21073>>. Acesso em 29 de set. de 2017.

BIRMAN, J. **Novas formas de subjetivações e o mal-estar na contemporaneidade.** 2009. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=ov9CKqKiAeE>>. Acesso em 30 de out. de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde (2011). **Portaria/GM nº 3.088, de dezembro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde.

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

DELL'ACQUA. G; MEZZINA, R. Resposta à crise. **Per la salute mentale- pratiche ricerche culture dell' innovazione.** Trieste, 1988, v 1, n 1, p 53-79.

DIAZ, F. S. A urgência generalizada: toda urgência é urgência psiquiátrica?. In: Maron, G; Borsoi, P. (Org.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2012, 2 ed., p. 36-39.

DIMENSTEIN, M.D; AMORIM, A.K; LEITE, J; SIQUEIRA, K; GRUSKA, V; VIEIRA, C; BRITO, C; MEDEIROS, I & BEZERRIL, M.C. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, 2012, V. 2, p. 95-127. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323>>. Acesso em 26 de jun. de 2017.

ELIA, D. D.S. **O CAPS fora de si**: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro. 181f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwil\\_f6QqfnXAhWIhZAKHc\\_KA84QFggUgMAE&url=https%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Flidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D3572&usg=AOvVaw2PF-DfscraBdr5K6ysxWjK](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwil_f6QqfnXAhWIhZAKHc_KA84QFggUgMAE&url=https%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Flidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D3572&usg=AOvVaw2PF-DfscraBdr5K6ysxWjK)> Acesso em 07 de nov. de 2017.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

FIGUEIREDO, A. C., GUERRA, A. M. C., & DIOGO, D.R. O trabalho em equipe na Atenção Psicossocial: a “prática entre vários”. In: **II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental**, 2006. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii\\_congresso\\_internacional/mesas\\_redondas/ii\\_con.\\_o\\_trabalho\\_em\\_equipe\\_na\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._o_trabalho_em_equipe_na_atencao_psicossocial.pdf)>. Acesso em: 06 de dez. de 2017

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In:\_\_\_\_\_. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 133-146.

\_\_\_\_\_. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In:\_\_\_\_\_. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-107.

\_\_\_\_\_. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 13-99.



GURGEL, I. Transferência e delírio na clínica das psicoses. In: BATISTA, M.C.D.; LAIA, S. (Orgs) **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Sciptum, 2010, p. 169-175.

HANNA, M. S. G. F. Sobre a direção do tratamento no campo da psicose: que concepção para a transferência e seu manejo na psicose? In: FIGUEIREDO, A.C. (Org) **Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. P. 63-71.

JORGE, M. A, C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**, vol 2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1964.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (1962-63).

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (1959-60).

\_\_\_\_\_. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 (Obra original publicada em 1957).

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (1955-56).

\_\_\_\_\_. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor, 1998 (Obra original publicada em 1945).

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **O Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, (1991). Verbete: Trauma, p.522-523.

LAURENT, É. Hijos del trauma. In: BELAGA, G. (Org.). **La urgencia generalizada**. Buenos Aires: Grama, 2006. p. 23-30.

\_\_\_\_\_. O analista cidadão. **Curinga Psicanálise e saúde mental**. Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 7-13, 1999.

LIMA, M. **A atenção à crise e o apoio matricial: analisadores da estratégia atenção psicossocial.** 2015. 312f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de ciências humanas, letras e artes – Programa de Pós-graduação em Psicologia.

LINS, T.; RUDGE, A. M. Ingresso do conceito de passagem ao ato na teoria psicanalítica. **Trivium** [online]. 2012, vol.4, n.2, pp. 12-23. Disponível em <<https://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/passagem-ao-ato.pdf>>. Acesso em 11 dez. 2017.

MARCOS, C; D'ALESSANDRO, C. **Figuras psíquicas do trauma: uma leitura lacaniana.** 2013. Disponível em <[http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_15/artigo\\_02.html](http://www.isepol.com/asephallus/numero_15/artigo_02.html)>. Acesso em 04 de out. de 2017

MARON, G. Urgência sem emergência? In: Maron, G; Borsoi, P. (Org.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2012, 2 ed., p 14-28.

RÊGO BARROS, R.d. Urgência, um novo tempo. In: Maron, G; Borsoi, P. (Org.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2012, 2 ed., p 11-13.

RIGUINI, R. D. Da passagem ao ato à transferência: duas soluções em um caso de psicose. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo , v. 9, n. 16, p. 153-164, dez. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382005000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200010&lng=pt&nrm=iso)> . Acesso em 07 dez. 2017.

SELDES, R. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada: La práctica en el hospital.** Buenos Aires: Gramma, 2006, p. 31-42

SIMÕES, C. L. F. **A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento.** 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Psicologia.

SOUZA, P. J. C. **Serviço de urgência psiquiátrica de Belo Horizonte.** 2012. Disponível em <[http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/servico\\_de\\_urgencia\\_psiqiatrica%5b1%5d.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/servico_de_urgencia_psiqiatrica%5b1%5d.pdf)>. Acesso em 22 de jul 2017.

TAVARES, L.A.T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São

Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. Disponível em <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97610/tavares\\_lat\\_me\\_assis.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97610/tavares_lat_me_assis.pdf?sequence=1)>. Acesso em 29 de nov. de 2017.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista Abrecampos** – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, ano 1, p. 12-93, 2000.