

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

PATRÍCIA MARTINS GUIMARÃES VIEIRA DA
SILVA

CONSIDERAÇÕES SOBRE A URGÊNCIA SUBJETIVA NA
ADOLESCÊNCIA

RIO DE JANEIRO

2021



Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva

CONSIDERAÇÕES SOBRE A URGÊNCIA SUBJETIVA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB-UFRJ, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial. Área de concentração: Intervenções e Práticas na Atenção Psicossocial.

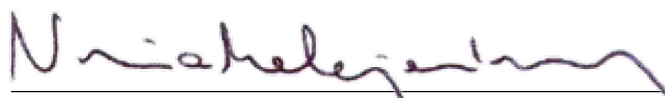
Orientadora: Profa. Dra. Nuria Malajovich Muñoz

RIO DE JANEIRO
Março de 2021

CONSIDERAÇÕES SOBRE A URGÊNCIA SUBJETIVA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB-UFRJ, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em:



Nuria Malajovich Muñoz, doutora, IPUB-UFRJ

Participação por videoconferência

Ana Cristina Costa de Figueiredo, doutora, IPUB-UFRJ

Participação por videoconferência

Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg, doutora, IP-UFRJ

Março de 2021

CIP - Catalogação na Publicação

SS586c Silva, Patrícia Martins Guimarães Vieira da
Considerações sobre a urgência subjetiva na
adolescência / Patrícia Martins Guimarães Vieira da
Silva. -- Rio de Janeiro, 2021.
108 f.

Orientadora: Nuria Malajovich Muñoz.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,
2021.

1. Adolescência. 2. Urgência subjetiva. 3.
Clínica. 4. Contemporaneidade. 5. Serviços de saúde
mental. I. Muñoz, Nuria Malajovich, orient. II.
Titulo.

RESUMO

SILVA, Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva. Contribuições sobre a urgência subjetiva na adolescência. Rio de Janeiro, 2021. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Neste trabalho são descritos e analisados diferentes modos de manifestação do sofrimento psíquico agudo em adolescentes e apresentado seu manejo clínico pela via de um trabalho com a urgência subjetiva a partir da referência da psicanálise aplicada ao campo da atenção psicossocial no contexto social atual. Apresenta-se um debate sobre a adolescência nos dias de hoje e seus impasses, situando a incidência das modificações sociais na subjetividade e as vias que o adolescente pode encontrar para lidar com o seu mal-estar. Aponta-se uma distinção entre a crise do adolescente, como o trabalho psíquico que o adolescente faz para encontrar sua maneira própria de estar no mundo, uma vez que as referências identificatórias das figuras parentais já não lhe servem de apoio, e a crise que a sociedade hoje enfrenta sem as referências mais coletivas que dariam uma orientação compartilhada. A partir da metodologia de construção do caso clínico em psicanálise, são apresentadas três situações de urgência subjetiva recebidas em um CAPSI e suas respectivas resoluções. Os casos permitem situar as pequenas indicações dadas por estes jovens e a importância de recolher esses pequenos indícios para dar contorno às situações de crise da adolescência, seja ela marcada pela estruturação da psicose ou não. O fato de não haver certos ideais coletivos radicaliza a exigência que cada sujeito tem de encontrar os seus próprios parâmetros, a partir de sua posição sintomática, para estar no mundo.

Palavras-chave: adolescência, urgência subjetiva, clínica, contemporaneidade, serviços de saúde mental.

Rio de Janeiro
Março de 2021

ABSTRACT

SILVA, Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva. Contribuições sobre a urgência subjetiva na adolescência. Rio de Janeiro, 2021. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

In this work, different ways of manifesting acute psychological distress in adolescents are described and analyzed and their clinical management is presented through a work with subjective urgency based on the reference of psychoanalysis applied to the field of psychosocial care in the current social context. A debate about adolescence today and its impasses is presented, situating the incidence of social changes in subjectivity and the ways that adolescents can find to deal with their malaise. A distinction is pointed out between the adolescent crisis, such as the psychic work that the adolescent does to find his own way of being in the world, since the identifying references of the parental figures no longer support him or her, and the crisis that society today it faces without the most collective references that would give a shared orientation. From the methodology of construction of the clinical case in psychoanalysis, three situations of subjective urgency received in a CAPSI and their respective resolutions are presented. The cases allow us to situate the small indications given by these young people and the importance of collecting these small indications to give an outline to the crisis situations of adolescence, whether marked by the structuring of psychosis or not. The fact that there are no certain collective ideals radicalizes the demand that each subject must find his own parameters, based on his or her symptomatic position, to be in the world.

Keywords: adolescence, subjective urgency, clinic, contemporaneity, mental health services.

Rio de Janeiro
Março de 2021

LISTA DE SIGLAS

AMP – Associação Mundial de Psicanálise

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

EBP – Escola Brasileira de Psicanálise

GT – Grupo de Trabalho

IMPP – Instituto Municipal Phillipe Pinel

IPA – International Psychoanalytical Association

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

NAICAP – Núcleo de Atendimento Integral à Criança Autista e Psicótica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIJ – Núcleo Infanto Juvenil

ONG – Organização não Governamental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SMS – RJ – Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro

SSM – Superintendência de Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

URS – Unidade de Reinserção Social

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	17
3	A JUVENTUDE NA ATUALIDADE: NOTAS SOBRE A SUBJETIVIDADE ADOLESCENTE	26
3.1	O QUE SIGNIFICA O DECLÍNIO DO PAI COMO IDEAL?	30
3.2	METÁFORA PATERNA	32
3.3	A PLURALIZAÇÃO DOS NOMES-DO-PAI	34
3.4	O CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA PROLONGADA E A FUNÇÃO DOS PAIS	37
4	O MANEJO DA CRISE: A URGÊNCIA SUBJETIVA COMO OPERADOR CLÍNICO	40
4.1	A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA EM INSTITUIÇÃO	40
4.2	CONSTRUINDO INDICADORES PARA O TRABALHO COM A URGÊNCIA	43
4.3	DESAFIOS E IMPASSES DA CLÍNICA DA URGÊNCIA: ANGÚSTIA, <i>ACTING OUT</i> E PASSAGEM AO ATO NA ADOLESCÊNCIA	44
5	SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA COM A URGÊNCIA EM UM CAPSI	50
5.1	CASO 1: FRED, 15 ANOS	52
5.2	CASO 2: CRIS/DUDA, 18 ANOS	58
5.3	CASO 3: ANA, 15 ANOS	67
5.4	DISCUSSÃO	75
	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	95
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96

ANEXO B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA IPUB-UFRJ	102
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SMS RJ	107

INTRODUÇÃO

A experiência clínica com adolescentes num dispositivo de acolhimento à crise da Rede de Atenção Psicossocial¹ (RAPS) na cidade do Rio de Janeiro é o ponto de partida para a realização deste trabalho.

Desde 2014, a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS-RJ) passa a se organizar de forma intersetorial, no sentido de integrar as políticas da atenção primária com as da saúde mental. A Vigilância Sanitária vinha identificando um aumento nas notificações de violência autoprovocadas na cidade, principalmente em adolescentes (RIO DE JANEIRO, 2019). Além disso, havia também uma demanda da sociedade civil para que houvesse um programa voltado para o tema, assim como era a direção do Ministério da Saúde (2014) e da Organização Mundial de Saúde (2014) à época.

Em 2016 e 2017 há um esforço no sentido da capacitação da atenção primária através de seminários para discutir estratégias de cuidado e o uso do Guia de Referência Rápida: Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção (RIO DE JANEIRO, 2016), importante instrumento para a prática clínica cotidiana das equipes.

Diante deste cenário, e, em conformidade com a política em curso, em 2018, a Superintendência de Saúde Mental² (SSM) estabelece o fluxo em rede de acesso aos Centro de Atenção Psicossocial³ (CAPS) e aos Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil⁴ (CAPSI) indicando estes serviços, no âmbito da RAPS, como dispositivo privilegiado, do ponto de vista técnico, para o acolhimento e articulação em rede das situações ligadas à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio.

Já ocorria há alguns anos um Grupo de trabalho de crise (GT de crise), sob a coordenação da Superintendência de Saúde Mental, onde a rede de CAPS e CAPSI se reunia mensalmente para construir coletivamente essa direção, entretanto, a temática do suicídio parece ter mobilizado a rede para uma maior integração para o cuidado de casos com este perfil.

¹ RAPS – Rede de Atenção Psicossocial instituída pelo Portaria GM/MS no. 3088 de 23 de dezembro de 2011. A Raps Integra uma Região de Saúde, está baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e, por tanto, visa a oferta qualificada de atenção integral e contínua num território.

² Instância de gestão municipal da saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, sob gestão do Dr. Hugo Fagundes.

³ CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – equipamento público de cuidado em saúde mental de base territorial e comunitária de acordo com a Portaria GM/MS no. 336 de 19 de fevereiro de 2002.

⁴ CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – equipamento público destinado ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais graves de acordo com a Portaria GM/MS no. 336, artigo 44, de 19 de fevereiro de 2002.

Houve um aumento significativo da chegada dessa clientela aos CAPS e CAPSI. No trabalho de acolhimento, de acompanhamento e de articulação territorial pudemos recolher e trabalhar com alguns dos efeitos dessa orientação. Empiricamente, observamos que essa direção de trabalho explicitou, claramente, a função de acolhimento à crise dos CAPS, mas, ainda nos deparávamos com o desafio de produzir um cuidado compartilhado, onde cada dispositivo estivesse responsável em sua dimensão, de modo a garantir a integralidade. A temática da morte produzia reações diversas em profissionais e equipes. Era necessário, para além do acolhimento clínico dos casos nos CAPS, que se estabelecesse uma conversa contínua com os outros equipamentos da rede, intra e intersetorial à saúde, de modo a evitar que alguns impasses vividos pelas equipes produzissem respostas imediatas de qualquer ordem: medicamentosa, moral, psicológica ou educacional, que acabavam por tomar o adolescente, apenas, como objeto de proteção. Estas vertentes não são, em si, excludentes, elas podem ser complementares, dependendo do caso.

A integralidade, como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da infância e adolescência aponta uma direção que exige um esforço contínuo na construção do diálogo com toda uma rede intersetorial, que inclui: as clínicas da família, os NASF⁵ (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), a rede de assistência social, que inclui as equipes que lidam com as medidas de proteção de direitos sociais e de apoio às crianças e suas famílias, as URS (Unidade de Reinserção Social), os Conselhos Tutelares, a justiça e a rede de sócio proteção à adolescentes infratores, enfim, um enorme e complexo contingente de atores, instituições e ações. Nosso desafio é garantir que esse trabalho intersetorial seja orientado pela noção democrática de que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direito (BRASIL, 1988) e repudiar qualquer intervenção que os coloque na posição, exclusiva, de objetos de cuidado.

Este trabalho é, então, um esforço de elaboração que articula uma dimensão política e uma clínica. Ele vem como produto do desdobramento de um constrangimento sentido diante de alguns impasses clínicos e institucionais que exigiam uma tomada de posição na direção de um avanço na formação. Além da contribuição na formação pessoal em psicanálise e em atenção psicossocial da pesquisadora, entendemos que este trabalho, resultado de um mestrado

⁵ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente, regulados pela Portaria GM/MS n. 2.488 de 21 de outubro de 2011.

profissional, demonstra sua importância na capacidade que ele tem de produzir modificações e reinvenções de saberes e práticas no campo da saúde pública.

Desejamos que este trabalho contribua para o debate sobre o tema e para o avanço das linhas de cuidado aos adolescentes.

Esta dissertação é fruto de uma construção que conjuga o contexto descrito acima, uma prática clínica de quase 20 anos no SUS e a decisão ética de não recuar diante de impasses que colocam em xeque nossas referências teóricas, exigindo novos avanços e reformulações.

O trabalho clínico num CAPSI com adolescentes com história de tentativas de suicídio ou em estado de extrema angústia, onde inferimos haver risco iminente de uma passagem ao ato, despertou um desejo de saber que, eticamente, produziu uma posição desejante de não recuar diante do real impetrado pela pulsão de morte⁶ em sujeitos em tão tenra idade.

Miller (2015) aponta que hoje os jovens recorrem a um modo sintomático de se ligar ao outro que privilegia as formas breves, líquidas e descontínuas e, alerta que estas podem se converter em fenômenos de massa. Poderíamos pensar que o aumento do número de casos de tentativas de suicídio em adolescentes tem alguma conexão com esse afrouxamento dos laços tão presente na contemporaneidade? Poderíamos dizer que as novas formas de ligação com o outro, características de nossa época, acentuam fenômenos de ruptura nos adolescentes? Essas são algumas perguntas que a prática clínica nos colocou. Partimos dessas perguntas iniciais em nossa pesquisa, maneira encontrada para não recuarmos, enquanto psicanalista e, com isso, fazer a teoria e a prática clínica avançarem.

Nosso percurso de prática clínica no campo público vem ocorrendo em consonância com a formação permanente em psicanálise, no campo da Orientação Lacaniana⁷, e lançamos mão do referencial da psicanálise aplicada à terapêutica no campo da atenção psicossocial (FIGUEIREDO, 2004 e 2005) para desenvolver este trabalho.

Lacan (1964), ao fundar a Escola Francesa de Psicanálise após sua saída da International Psychoanalytical Association (IPA), já indicava uma distinção entre a psicanálise pura e a

⁶ Conceito psicanalítico cunhado por Sigmund Freud em 1920 em seu texto “Para além do princípio do prazer” onde ele indica que o aparelho psíquico funciona de acordo com a tendência do princípio de prazer, mas, a partir da observação dos sonhos traumáticos Freud conclui um para além do princípio de prazer e estabelece a dualidade topográfica das pulsões de vida e de morte.

⁷ A orientação lacaniana é o ensino do psicanalista Jacques-Alain Miller referido ao Campo Freudiano, lugar e antecedente de onde surgiram e foram constituídas as sete Escolas do Campo Freudiano que, com a Escola da Causa Freudiana, pertencem atualmente à Associação Mundial de Psicanálise (AMP). No Brasil a AMP está representada pela Escola Brasileira de Psicanálise (EBP).

psicanálise aplicada. A psicanálise pura era a psicanálise didática que visava, exclusivamente, a formação do analista e a psicanálise aplicada era a prática analítica institucional, em geral, de médicos e psicólogos que estavam em formação em psicanálise. Apesar da aparente separação Lacan apontava que a psicanálise aplicada era absolutamente indissociável da psicanálise pura, já que não há psicanálise aplicada sem psicanálise pura. Isto quer dizer que para haver psicanálise aplicada deve haver psicanalista. Não é necessário um cerimonial do tratamento para encontrar um analista. É o ato analítico que testemunha a presença do analista. Para além do simples exercício da fala o analista aposta em um possível endereçamento através da consideração de um discurso. Encontramos algumas referências no Campo Freudiano⁸ (ESCOLA DA CAUSA FREUDIANA, 2007) de analistas que, diante de um contexto de expansão das psicoterapias da palavra, respondem à convocação de explicitar a aplicação que fazem da psicanálise para além das paredes de seus consultórios. O cenário de expansão das psicoterapias ocorreu, em grande parte, devido ao sucesso da psicanálise como uma terapêutica pela palavra, mas faz-se necessário um esforço de elaboração no sentido de uma distinção que aponte a psicanálise como instrumento pertinente da leitura dos casos, fazendo um contraponto aos desenvolvimentos científicos da medicina e à proliferação das psicoterapias, evitando assim, uma diluição da psicanálise no escopo das terapias existentes. Assim surge uma vertente da psicanálise no Campo Freudiano denominada “Psicanálise Aplicada à Terapêutica”. A psicanálise não é uma técnica terapêutica, mas deve dar a ver os efeitos sobre o real produzidos através de seu modo de intervenção.

Nossas referências estão amparadas, classicamente, nas obras de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, entretanto, buscamos em autores contemporâneos como Jacques Alain-Miller, principalmente, a orientação teórica para o manejo clínico de algumas experiências subjetivas atuais. Em nossa experiência, o referencial da psicanálise na orientação lacaniana tem sido fundamental para encontrar saídas e manejos possíveis para a prática clínica institucional. Manter uma presença que não recua diante do enigma de um comportamento ou de uma fala reflete a aposta, sempre renovada, em uma atribuição subjetiva. Lacan, já em 1953, recomendava que o analista renunciasse à sua prática se “não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época” (LACAN, 1953 p. 322).

⁸ Comunidade de trabalho criada por Lacan constituída por seus alunos em suas Escolas e pelo conjunto de grupos a elas articulados formando a Associação Mundial de Psicanálise.

A psicanálise trouxe uma importante contribuição ao início da reforma psiquiátrica⁹ no Brasil por ser uma prática que enfatizava a categoria do sujeito, do um a um de cada caso, da particularidade da subjetividade de cada sujeito. Entretanto, o psicanalista tem o desafio, de modo a manter a psicanálise viva nos dias de hoje, de recusar a posição de simples intelectual crítico, aquele que apenas produz o vazio ao criticar orientações decididas por outros para assumir o papel de analista cidadão (LAURENT,1999), aquele que consegue operar uma transmissão de uma particularidade que tenha uma importância para todos. A saúde mental no Brasil é tratada no âmbito do campo da atenção psicossocial enquanto uma política pública. Uma política pública deve atender da melhor forma possível a um número máximo de pessoas, de cidadãos e ultrapassar a dicotomia entre o particular e o universal. O analista pode e deve estar no campo da atenção psicossocial, mas precisa estar mais do lado do “analista cidadão, no sentido que tem o termo na teoria moderna da democracia”, aquele que “ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais” (LAURENT,1999, p. 13). Com isso, afirmamos o compromisso político do psicanalista com seu tempo e com seu mundo.

Este referencial da psicanálise implicada em seu tempo nos dá a possibilidade de manejar o caso clínico em sua implicação na rede e em seu contexto social, o que é absolutamente fundamental na prática do analista no campo da atenção psicossocial.

Orientamos a descrição e a análise dos elementos destacados na pesquisa a partir do referencial da psicanálise aplicada à terapêutica ao campo da atenção psicossocial (FIGUEIREDO, 2004 e 2005). Buscamos localizar os efeitos produzidos pelos modos de intervenção do psicanalista. Mesmo que uma demanda não esteja diretamente formulada a ele é o seu ato que o determina. A prática clínica nos dias de hoje apresenta fenômenos em que a referência clássica da psicanálise ao complexo de Édipo não apresenta respostas suficientes. A clínica psicanalítica dos tipos clínicos, ou seja, neurose, psicose e perversão, que, foi tão influente no campo da atenção psicossocial nos primórdios da reforma psiquiátrica, ampliando o enfoque da atenção para a dimensão clínica, não dá mais conta de uma série de casos, principalmente, aqueles cuja irrupção de angústia exige uma pronta resposta e dá a ver uma urgência subjetiva.

⁹ “Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreto e, principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação política social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização” (Amarante, 2009, p. 87).

O trabalho institucional de acolhimento e acompanhamento de adolescentes em situação de crise psíquica levou-nos à formulação de algumas perguntas que, por um lado, revelavam um impasse clínico/institucional, por outro, funcionavam como norteadoras da direção que o trabalho ia tomando. A partir da conceitualização da urgência subjetiva, psicanalistas (BELAGA, 2004; SOTELO, *et al.*, 2007 e 2009) que atuam no campo da saúde mental têm proposto formas específicas de manejo clínico para lidar com o sofrimento psíquico intenso, possibilitando a suspensão de uma resposta imediata à situação, de modo a produzir um tempo de escansão onde a dimensão da demanda nos fenômenos clínicos possa ascender. Tomamos como direção, neste trabalho, explorar o que a escuta pode evidenciar de mais singular a cada sujeito na sua articulação com o contexto contemporâneo da socialização dos sintomas dos adolescentes.

Por último, salientamos que o presente trabalho se constitui a partir de nosso desejo de fazer avançar e qualificar o cuidado aos adolescentes em sofrimento psíquico, principalmente as situações de crise em que envolvam tentativas de suicídio, de modo a contribuir para o debate sobre a prevenção ao suicídio na adolescência. Consideramos fundamental o esforço de estabelecer as coordenadas de uma prática que construa junto aos adolescentes modos de se ligarem à vida e de poderem ansiar por um futuro.

Sendo a adolescência uma fase em que o sujeito vive intensamente suas conjeturas e ilusões, assim como suas dolorosas experiências e seus incentivadores sucessos (FREUD, 1914b), consideramos fundamental oferecer esse apoio num momento em que o sujeito vive o impacto emocional do afrouxamento da ligação com os pais (FREUD, 1910).

Este trabalho tem por objetivo descrever e analisar diferentes modos de manifestação do sofrimento psíquico agudo em adolescentes e discutir seu manejo clínico pela via de um trabalho com a urgência subjetiva.

No primeiro capítulo, explicitamos o ponto de partida da pesquisa e a forma como a alternativa metodológica foi construída.

No segundo capítulo sobre a subjetividade adolescente e a contemporaneidade, explicitamos de onde partimos para considerar o tema da adolescência, uma vez que ele é objeto de variados saberes e uma construção discursiva da época. O momento social atual é apontado como incidindo na subjetividade e impactando ainda mais o momento delicado que os adolescentes atravessam.

Em seguida, no terceiro capítulo sobre a clínica da urgência, discutimos alguns elementos do manejo das situações de crise que podem indicar uma maneira de responder que inclua a dimensão de uma urgência subjetiva em oposição a respostas que obturam essa dimensão, como, por exemplo, a prescrição de medicamentos com o intuito exclusivo de controlar comportamentos considerados inadequados.

No último capítulo, apresentamos a construção de três casos clínicos, fruto de minha experiência no trabalho clínico em um CAPSI e das reflexões que esta metodologia permitiu ao trabalho.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi suscitada por um impasse vivido pela pesquisadora em sua atuação clínica na rede de atenção psicossocial, mais especificamente, como psicóloga da equipe do CAPSI Maurício de Sousa. Como um dos efeitos da mudança político/clínica descrita acima passamos a receber, semanalmente, ou até diariamente, adolescentes em situações de intenso sofrimento psíquico. Situações complexas, que envolviam muitas vezes, a família, a escola, o local onde viviam num contexto de violência, abandono e pobreza. A pesquisadora, em sua prática clínica, esforçou-se para não paralisar, ou até mesmo recuar, diante de tamanho desafio e o estabelecimento da questão a ser estudada e pesquisada no mestrado foi uma das formas encontradas para fazer avançar a teoria em sua implicação com a prática clínica. Teoria e clínica estão numa relação de concomitância. A teoria, ao mesmo tempo em que, orienta uma prática, deve estar atenta às modificações que precisa constantemente realizar para fazer frente às mudanças galopantes em nossa sociedade. Assim é o trabalho de um psicanalista num serviço de saúde mental no Sistema Único de Saúde: ele lança mão de seu arcabouço teórico, de sua formação, na sustentação, através de sua práxis, de um trabalho clínico cotidiano ao mesmo tempo em que faz a teoria avançar contribuindo para novos desenvolvimentos teóricos que a clínica contemporânea impõe.

O desafio era de empreender uma pesquisa orientada pela psicanálise, mas que de certa forma, ultrapassasse o paradigma do caso clínico. Desde Freud, a pesquisa em psicanálise centra-se no estudo clínico de caso. Trata-se de um estudo aprofundado de um único caso clínico que visa generalizações teóricas. Pretendemos destacar a incidência da presença da psicanálise e o modo como o psicanalista sustenta uma transmissão na instituição, lançando luz ao traço mais particular de cada caso que serve de bússola para orientar o tratamento. Zenoni ressalta que cabe ao psicanalista “saber transmitir o que concerne à condição humana, o que, da particularidade de um sujeito, pode ser útil para um maior número de pessoas” (ZENONI, 2000, p. 12).

Lançamos mão de conhecimentos psicanalíticos, tanto para a pesquisa de campo como para a discussão de resultados, a partir de referências da psicanálise aplicada à terapêutica num determinado campo que é o da atenção psicossocial no contexto social atual. Trata-se de privilegiar a particularidade do caso para as novas aplicações da psicanálise.

Nesta direção, nos inspiramos em duas referências metodológicas de pesquisa em psicanálise que, apesar de distintas, se complementam e convergem para nosso objetivo.

A primeira referência metodológica para a pesquisa é a *Construção do Caso Clínico*, conceito e metodologia criados a partir da prática de psicanalistas num serviço público de assistência em saúde em Ravena na Itália, diante de casos considerados de difícil manejo.

Na *construção de caso clínico* tomamos como referência as pesquisas realizadas na Universidade de Milão coordenadas pelo psicanalista italiano Carlo Viganò – método *Construção do caso clínico* (VIGANÒ, 2010) já estabelecido e qualificado no âmbito acadêmico aplicado à várias pesquisas no Brasil e no exterior (VIGANÒ, 1999; DI CIACCIA, 2003; FIGUEIREDO, 2004 e 2005; BURSZTYN, 2012).

A construção do caso clínico é uma construção democrática, no sentido da horizontalidade dos saberes, realizada na reunião de equipe ou na supervisão clínico/institucional¹⁰ na qual cada um dos envolvidos no caso (clínicos, familiares, instituições) traz a sua contribuição. Trata-se de, a partir das narrativas colhidas em reuniões de equipe, supervisões, relatos de prontuário e registros clínicos da pesquisadora dos atendimentos individuais e reuniões clínicas realizadas, encontrar o ponto cego no caso, ou seja, trabalhar a partir daquilo que se coloca como ponto de impasse, falta de saber que aponta para o lugar do sujeito e da questão que seu sintoma, talvez, veicule. A construção do caso consiste em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. O que o paciente pode nos ensinar não passa por aquilo que possa ser dito numa fala direta, mas mediante nossa escuta no trabalho institucional, que localiza esse ponto comum e a partir dele orienta as intervenções. Uma consideração digna de nota é essa espécie de inversão em relação ao saber. O saber que está em jogo é o saber inconsciente e que funciona como orientador da conduta. Nosso desafio consiste em como apreender o saber inconsciente, já que não estamos lidando com a realidade objetiva dos fatos, ou seja, com a verdade, mas com a possibilidade de que esse saber seja construído, na transferência, como uma ficção, ao longo do tratamento, e que funcione como uma verdade.

Na elaboração metodológica da pesquisa seguimos a referência de Figueiredo (2002) e consideramos cada termo deste sintagma Construção do Caso Clínico da seguinte forma:

¹⁰ O Rio de Janeiro foi um dos primeiros municípios do Brasil a garantir a oferta de supervisão clínico/institucional como estratégia de sustentação de um trabalho clínico construído em equipe, de modo que a equipe não recue de realizar intervenções necessárias diante dos impasses e idiosincrasias que as situações cotidianas exigem (LIBÉRIO e ALBUQUERQUE, 2008).

- a) Construção: distingue-se da interpretação. A construção é um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta e a interpretação é pontual visando a um sentido.
- b) Caso: elemento que “cai”, encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado, que ao mesmo tempo localiza o sujeito.
- c) Clínica: debruçar-se sobre.

A construção do caso clínico é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, literalmente.

O caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso e que também nos permitem inferir sua posição subjetiva. Trata-se de recolher da experiência do sujeito, de seu discurso os elementos com os quais se fará a construção do caso. A construção do caso pode conter elementos discursivos de familiares, de outros envolvidos, mas não pode perder o eixo principal que é a referência ao sujeito em questão. A construção é sempre parcial, visa dar direções para determinada intervenção ou ação da equipe que só poderá ser avaliada a partir da análise dos efeitos resultantes das intervenções. Entretanto, ela permite uma margem de previsão. Nossa tarefa é reter algo transmissível e avaliável na construção de cada caso (FIGUEIREDO, *et. al.*, 2002).

A segunda referência metodológica para esta pesquisa é denominada *Metodologia em Ato* e foi estabelecida através de uma pesquisa da equipe CliniCaps, coordenada por Antônio Teixeira da Universidade Federal de Minas Gerais, sobre os dispositivos CAPS de Belo Horizonte e de algumas cidades do interior do estado de Minas Gerais (TEIXEIRA, 2010).

A metodologia em ato propõe uma trama conceitual que organiza o dispositivo de intervenção do CAPS onde se articulam conceitos como “a clínica feita por muitos”, “o diagnóstico de discurso”, “a autoridade clínica” e orienta o trabalho em equipe para além da noção usual de interdisciplinaridade e do debate democrático que podem organizar um serviço, ilusoriamente. As noções usuais de interdisciplinaridade e de debate democrático podem trazer uma falsa sensação de horizontalidade. Não se trata, aqui, de defender uma organização hierárquica da equipe, nem do ponto de vista das categorias profissionais, nem de um saber que se sobreponha aos outros, mas de indicar que, tanto a constituição da equipe como as discussões que ela realize sejam orientados pelas noções propostas pela metodologia em ato. Trata-se da “autoridade clínica” e não hierárquica. O debate deve sempre ser plural, no sentido da horizontalidade dos saberes, mas precisa estar orientado para uma certa direção de modo que

não se transforme, apenas, num conjunto de ideias. A metodologia em ato é um método de investigação eminentemente prático, baseado na discussão exaustiva dos casos e um método clínico de intervenção orientado pela Construção do Caso Clínico, que a um só tempo, é capaz de avaliar qualitativamente a efetividade da resposta clínica dos serviços de saúde mental, como orientar a equipe na direção de um tratamento, fazendo avançar a clínica a partir dos impasses encontrados em cada caso.

A seguir, explicitamos os princípios da metodologia em ato nos quais nos inspiramos:

a) Esvaziamento de um saber prévio

Ao tocar nos limites da resposta clínica que se configuram na apresentação do caso dito difícil, apostar, ser possível produzir, mediante a deposição do saber prévio sobre o caso, pela consideração do impasse, a abertura para a construção de um saber ainda inédito que permita operar uma mudança de condução. Zenoni (2000) indica que o psicanalista deve colocar-se numa posição de aprendizagem orientando suas intervenções a partir das indicações, em cada caso, do sintoma apresentado pelo sujeito.

b) Circulação de saberes

Pressupõe a livre circulação da palavra entre os participantes no dispositivo de conversação clínica. É a expressão de percepções e considerações acerca do caso, sem que nenhum saber seja hierarquicamente mais importante. A psicanálise é considerada um saber privilegiado nas conversações clínicas, entretanto, nos interessa mais por sua forma de operar do que propriamente por seu conteúdo doutrinário. Sua operação implica que nenhum saber seja colocado na posição de mestria, nem mesmo o da psicanálise.

c) Autoridade clínica

Proposto por Carlo Viganò, adquiriu o estatuto de conceito fundamental da metodologia em ato, ao permitir a introdução de uma nova lógica de pensamento referida aos princípios que regem a condução dos tratamentos no âmbito das instituições de saúde mental.

Num determinado contexto histórico estava a soberania do saber médico enquanto a maior autoridade na condução dos tratamentos. Num segundo momento, ocorreu uma pulverização dessa autoridade sem perder a ancoragem da decisão e da ação em um saber em posição de mestria que prescreveria a conduta a ser tomada na condução do tratamento do paciente.

A “autoridade clínica”, embora se estabeleça em meio a um debate entre “muitos”, ela deve ser referida ao fator que, ao vir à luz na condução singular de um caso clínico, produz uma torção subjetiva na equipe que o acompanha, dando ao caso uma percepção inédita, assim como uma conseqüente mudança em sua condução.

O que vem à luz é a extração de um diagnóstico referido à posição discursiva em jogo, na dinâmica da parceria que o sujeito estabelece com o Outro¹¹, representado pela família, pela comunidade ou pela equipe de tratamento. Tal diagnóstico se define pelo tipo de posicionamento adotado pelo sujeito em seu tratamento. Tanto nas formas em que ele apresenta ao Outro o seu sofrimento quanto no tratamento que ele próprio se propicia pelos modos particulares desse endereçamento.

A validade do diagnóstico de discurso a ser tomado como autoridade clínica na condução do caso, pode ser verificada tanto por meio de mudanças de posicionamento produzidas sobre a equipe quanto nos efeitos que essas mudanças geram na evolução clínica do paciente.

Necessário comentar que a metodologia em ato faz uma distinção entre a conversação clínica e a supervisão como formas diferentes de produzir efeitos de transmissão.

A supervisão, uma forma de transmissão mais regular, ao estilo da “formação continuada” pressupõe uma suposição de saber que se institui a partir de um laço transferencial garantido pela regularidade do trabalho. A transmissão em jogo na supervisão exige que o supervisor não encarne um lugar de saber de modo que a autoridade clínica se reproduza na equipe a partir de um laço transferencial, da transferência de trabalho.

A conversação clínica surge a partir dos pontos de amarração das questões levantadas pelas equipes e seus pontos de impasse na condução dos casos. Encontros únicos ou pontuais e intervenções pontuais conferem um lugar de exterioridade diferente do lugar da supervisão.

Vale mencionar uma nota sobre o dispositivo de supervisão clínico/institucional. Apesar deste dispositivo não aparecer claramente como parte integrante de ambos os métodos de pesquisa utilizados, ele é de capital importância para o campo onde a nossa pesquisa foi realizada. Alguns elementos clínicos da construção dos casos clínicos foram extraídos dos

¹¹ Conceito fundamental para a psicanálise de orientação lacaniana que foi sofrendo mutações ao longo do ensino de Lacan. Nesta etapa da pesquisa consideraremos o conceito de Outro da chamada primeira clínica de Lacan como o lugar, constituído pela linguagem, de onde vem as determinações simbólicas da história do sujeito. Para um aprofundamento do conceito ver em – “Os outros em Lacan” – (QUINET, 2012).

efeitos subjetivos do laço transferencial com a supervisão e com a equipe, de uma transferência de trabalho que também é efeito da construção do trabalho da supervisão no dispositivo. A supervisão clínico-institucional contribuiu para a realização desta pesquisa a partir de seus efeitos sobre a prática da pesquisadora, que, por fazer parte da equipe em supervisão é afetado pelo dispositivo e esse efeito relança o trabalho clínico. Dessa forma, não há um indicador preciso de como os elementos da construção do caso clínico foram colhidos em supervisão, apenas podemos apontar seus efeitos na escuta e consequente sustentação clínica da direção do tratamento.

A Revista da Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro reservou sua edição número 1 comemorativa aos 10 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro ao tema da supervisão (LIBÉRIO & ALBUQUERQUE, 2008) ressaltando a sua importância como uma das principais estratégias para a mudança e consolidação do modelo assistencial em saúde mental. Assim, a coordenação de saúde mental, que hoje é Superintendência de Saúde Mental orientou e amparou a sustentação do trabalho dos CAPS na rede a partir do trabalho em equipe, apostando que as dificuldades que os casos apresentam no cotidiano não são reflexos exclusivos das dificuldades dos casos em si, mas sim dos impasses vividos pelas equipes no encontro com essa clínica. Assim, podemos afirmar que a supervisão clínico/institucional é um dos eixos fundamentais da atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro enquanto uma política pública de saúde e apontar sua função central, a saber: a garantia de trabalho e a direção clínica construída em equipe.

Este comentário visa registrar nossa consideração da função estrutural que a supervisão clínico/institucional assume na sustentação da prática da atenção psicossocial, exigindo a constante possibilidade para incorporar o inusitado, suportar o provisório e sustentar a possibilidade de operar no coletivo, não a partir de uma posição de saber o que deve ser feito, mas a partir da sustentação de uma posição ética de não saber à priori sobre o caso.

A união das referências Construção do Caso Clínico e Metodologia em Ato nos serviu de orientação na proposta de realizar a construção de 3 (três) casos clínicos de adolescentes que chegaram ao CAPSI Maurício de Sousa em um quadro caracterizado como crise, e tomados por nós como estando em urgência subjetiva. A proposta é verificar, através dos registros dos profissionais e da pesquisadora, o que leva esses adolescentes a enfrentarem tamanho sofrimento em tão tenra idade, o modo como a equipe recebe esse adolescente que chega numa situação de urgência, que intervenções clínicas a equipe lança mão para acolher e tratar dessa urgência e os possíveis efeitos terapêuticos fruto das intervenções realizadas. Nesse aspecto a

referência à metodologia *construção do caso clínico* é o norteador da coleta de dados e de sua análise.

Optamos por utilizar os registros clínicos realizados pela pesquisadora das discussões em equipe e supervisões, de seus atendimentos individuais com os pacientes e de sua atuação no coletivo institucional, assim como registros em prontuário realizados tanto pela pesquisadora em sua atuação clínica como o registro de outros profissionais que tenham atuado em alguma intervenção ou que estivesse no acompanhamento em conjunto dos casos. A pesquisadora é integrante da equipe técnica da Unidade e, sendo assim, realiza e participa de alguns dispositivos que a Unidade oferece como parte do acolhimento à crise dos adolescentes. Consideramos desnecessário, e até prejudicial do ponto de vista terapêutico, criar um outro dispositivo específico para a realização da pesquisa. Os dispositivos terapêuticos são espaços criados a partir da demanda da clientela e compõem o “projeto terapêutico individual” de cada um, não sendo, portanto, uma oferta institucional prévia em que os pacientes se enquadram. Não haveria tempo hábil para uma análise prévia da demanda para a criação de um novo dispositivo e, também, não caberia transformar um dispositivo já em operação num dispositivo para a pesquisa, pois isso implicaria em que todos os pacientes concordassem em participar da pesquisa, o que poderia não ocorrer.

Como dissemos, realizamos, na presente pesquisa, a construção de 3 (três) casos clínicos nos quais a pesquisadora atua como integrante da equipe técnica de referência, de modo a viabilizar a inclusão da variável transferência na consideração dos elementos dos casos. Foram escolhidos casos que ilustram situações que envolveram uma urgência subjetiva com apresentação de sofrimento psíquico intenso e que demonstram de que modo o manejo clínico dos profissionais pôde contribuir ou não para a sua superação. Foram explicitados os critérios de inclusão e de exclusão dos participantes para a equipe que indicou os casos a serem estudados. A coleta dos dados de pesquisa somente ocorreu após a prévia autorização dos participantes e de seus responsáveis através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ver anexos A e B). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do IPUB-UFRJ com o número 3.076.618 (Anexo C) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ com o número 3.268.647 (Anexo D).

Após a prévia autorização dos participantes e de seus responsáveis, a pesquisa seguiu o seguinte roteiro de coleta de dados:

- a) Origem do paciente: localizar de onde o paciente veio encaminhado, por exemplo: emergência psiquiátrica, emergência de hospital geral, clínica da família, escola ou mesmo demanda espontânea;
- b) Queixa principal: são os sinais e sintomas que apontam para uma situação que podemos caracterizar como uma urgência subjetiva, por exemplo: agitação psicomotora, ideação suicida ou tentativa de suicídio, hetero e/ou auto agressividade;
- c) Manejo clínico: os recursos clínicos a equipe utilizou no acolhimento e acompanhamento da situação de crise, que podem ser desde recursos institucionais como o projeto terapêutico que contém o modo de acolhimento do paciente em acompanhamento intensivo no CAPSI e/ou internação psiquiátrica, por exemplo, até recursos mais sutis como as intervenções terapêuticas durante um atendimento individual), recolhidos dos registros clínicos e reflexões realizados pela pesquisadora ao longo dos atendimentos;
- d) Efeitos terapêuticos: a dimensão terapêutica que pretendemos enfatizar na construção dos casos é aquela que aponta para uma remissão de gozo implicado no sintoma do sujeito (MILLER, 2008) e que possibilita uma reconexão do sujeito com sua história e um reposicionamento diante do seu sofrimento.

A pesquisa foi realizada numa unidade do sistema público de saúde que tem um mandato social. Acerca da função social da instituição Zenoni (2000) salienta que, antes de tratar do sujeito, ela existe para acolhê-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até à morte. A psicanálise não deve recuar ou assumir uma posição de pura contestação por estar inserida num contexto em que a clínica se inscreve no discurso do mestre. Deve estar preocupada de que a clínica nem sempre permite a entrada na experiência psicanalítica. A perspectiva de uma abordagem das situações de crise a partir de um trabalho com a urgência subjetiva é uma aposta de que a oferta de uma escuta que destaque a dimensão de um ponto singular no sintoma do sujeito possa produzir um momento de parada, de implicação do sujeito num endereçamento de uma demanda de análise. Sabemos da importância que a dimensão psicopatológica do sintoma pode tomar num trabalho institucional, mas a dimensão do sintoma que nos interessa destacar é a dimensão psicanalítica do sintoma que aponta para o traço mais particular do caso clínico, a maneira como o sujeito se apresenta no mundo em contraposição ao sintoma psiquiátrico, tomado como um transtorno, um desvio

de uma ordem social que deve ser restabelecida com o total apaziguamento, apagamento do sintoma desviante.

O dados de pesquisa foram analisados de maneira dialética. Os dados privilegiados foram aqueles que permitiram articular o caso a partir de uma narrativa sobre o percurso clínico do adolescente na Unidade. A fala tem duas dimensões: a dimensão dos enunciados (dos ditos) e a dimensão da enunciação (o dizer), que seria a posição do sujeito no discurso. Cabe ao psicanalista captar a dimensão significativa da fala e fazer uma torção do sujeito ao discurso, do dito ao dizer e assim extrair uma narrativa (FIGUEIREDO, 2004). O caso não é uma entidade prévia, ele é efeito do trabalho da pesquisadora/analista naquilo que ela, sutilmente, vai eleger para descrever um percurso clínico. Aquilo que a escuta do analista isola e destaca na fala do sujeito. O percurso clínico é constituído pelo modo como o adolescente chega à Unidade e ao encontro com quem irá atendê-lo, que tipos de demandas ele endereça, o modo como essas demandas são trabalhadas pelo analista e pela equipe, quando esta intervém no caso, que propostas terapêuticas são utilizadas e os resultados terapêuticos.

3 A JUVENTUDE NA ATUALIDADE: NOTAS SOBRE A SUBJETIVIDADE ADOLESCENTE

Inicialmente, consideramos necessário situar da maneira mais clara possível de onde partimos para abordar a adolescência, já que o conceito *adolescência* reúne várias significações no discurso corrente.

Segundo León (2005) existe uma multiplicidade de abordagens sobre o tema que contém diferentes concepções, características e elementos que transitam pela ênfase nas transformações físicas, biológicas, intelectuais e cognitivas, de identidade e personalidade, sociais e culturais, morais e de valor. Alberti (2008) faz um detalhado levantamento de autores psicanalistas e não psicanalistas que abordam a adolescência por diversas perspectivas. Conceitualmente, a adolescência constitui-se como um campo de estudo dentro da psicologia evolutiva desde o fim do século XIX e início do século XX. A publicação de um tratado sobre a adolescência pelo psicólogo Stanley Hall em 1904 (apud LEÓN, 2005) constitui o marco de fundação do estudo da adolescência passando a fazer parte de um capítulo dentro da psicologia evolutiva.

Nos dias atuais, ainda diante da necessidade de empreender um esforço de estabelecer uma definição que, longe de pretender abarcar completamente a noção, possa servir como uma referência para o estabelecimento de políticas públicas, por exemplo, citamos León (2005), que apresenta a categoria de adolescência como uma construção sócio-histórica, cultural e relacional nas sociedades contemporâneas.

Neste trabalho, faremos uma circunscrição do tema a partir do referencial da psicanálise, mais especificamente da leitura de Miller (2015) em seu pronunciamento de encerramento da 3ª. Jornada do Instituto da Criança e acompanhar sua proposição de que a adolescência não é algo em si, que muitas vezes encontramos definições controversas e que, por tanto, o que se pode dizer é de que se trata de uma construção, ou seja, um artifício significante, uma construção discursiva.

Seguindo Miller nesse pronunciamento, a partir da psicanálise, nos ocupamos essencialmente de três coisas em relação à adolescência: a puberdade enquanto saída da infância, ou seja, como momento de entrada em jogo do corpo do outro entre os objetos de desejo; da diferença sexual e que, em ambos, a adolescência representa uma escansão na história da sexualidade, além da intromissão do adulto na criança, demonstrada na maneira bem precoce como a posição sexual aparece ainda na infância.

Nosso intuito neste capítulo é falar da subjetividade adolescente privilegiando o primeiro ponto proposto por Miller. Propomos realizar essa tarefa tomando como ponto de partida o texto freudiano sobre as metamorfoses da adolescência contido no seu estudo dos Três ensaios sobre a sexualidade onde encontramos a seguinte passagem: “... na puberdade a pulsão sexual encontra o objeto sexual” (FREUD, 1905, p. 196). É na puberdade que, em geral, ocorrem os primeiros encontros amorosos e as primeiras relações sexuais.

Na adolescência, o encontro com o sexo pode produzir a irrupção de uma crise, diante da ausência de recursos que orientem sobre o que se deve fazer e como se comportar. Parcos recursos simbólicos na tomada de posição sexual podem gerar um intenso sofrimento psíquico. Em 1901 a famosa dramaturgia de Wedekind (LACAN, 1974) já relacionava a temática da sexualidade com a morte ilustrada no suicídio de dois dos personagens. “O despertar do sexo na adolescência nem sempre está do lado da vida” (SANTIAGO, 2016). É digno de nota que a entrada na sexualidade, no que tange às relações sexuais, abre todo um campo de explorações libidinais desejanças. Entretanto, a sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta.

O surgimento do objeto de desejo fora do plano da família implica numa mudança no plano pulsional que Miller chama de reconfiguração do narcisismo (MILLER, 2015). Há um corpo que se despedaça com as metamorfoses da adolescência: o corpo infantil. Entra em jogo um trabalho intenso de rearranjo nos laços com a própria imagem e com o Outro. Neste ponto a referência freudiana sobre o narcisismo (FREUD, 1914) apontará os moldes de articulação do eu ideal e do ideal do eu no desenvolvimento da personalidade. Acontece que na adolescência as identificações que são constitutivas da subjetividade sofrem um abalo diante da tomada de posição sexual. O que se passa na adolescência em termos de identificação é uma nova matriz simbólica, onde se conjugam os significantes paternos e os do grupo, de um modo frequentemente não harmônico. Se a imagem apreendida como Outro no espelho dá à criança o poder de organizar o “limiar do mundo visível” através da imago primeira, o limiar do mundo visível para o adolescente também se estabelece pela reformulação de sua imagem própria frente ao espelho do Outro social.

O sujeito, ao contrário dos animais, por ser atravessado pela linguagem não dispõe de um aparato instintual que oriente a sua sexualidade. Lacan (1972/1973) introduz a impossibilidade de complementariedade entre os sexos expresso em seu famoso axioma “a relação sexual não existe”, O que Lacan quer apontar com isso é a impossibilidade de o sujeito satisfazer seu gozo, plenamente, com o corpo do outro. Ao mesmo tempo em que a via amorosa

se inicia na adolescência, o sujeito se defronta com aquilo que ela vela: a impossibilidade de pelo gozo do corpo se fazer Um com o Outro sexo já que a relação sexual é impossível. Essa contingência exige do sujeito um trabalho de invenção de uma maneira absolutamente singular para se arranjar com esse real que a falta de encaixe harmônico entre os sexos nos serem falantes engendra.

Considerando a adolescência uma construção onde manifestações sintomáticas podem ser maneiras de tratar o real (MILLER, 2015), poderíamos articular o elevado número de violência auto infligida em adolescentes como uma resposta a esse real impossível que a entrada na sexualidade revela?

Falar do mundo atual também é um desafio, já que está caracterizado por mudanças lancinantes em espaços de tempo cada vez mais curtos. Como diz Mandil (2019) estamos cercados por um mundo que funciona cada vez mais em tempo real. Tempo real é o espaço de tempo extremamente pequeno que os sistemas de informação e de comunicação levam para processar dados e emitir uma resposta. A noção de tempo real é introduzida em nossa vida cotidiana, principalmente, a partir das tecnologias. Então, juntamos adolescência como construção num mundo em rápida transformação.

Uma das características mais marcantes deste século é o avanço do campo digital. A vida das pessoas vem se transformando de uma maneira radical com o advento da internet e dos celulares, mas principalmente da articulação dessas duas mídias nos smartphones. A realidade virtual tem uma especial incidência na vida dos adolescentes. Destacamos o atual exercício autoerótico do saber, já que não necessita ir buscá-lo no Outro, posto que a máquina o provê (GIRALDI, 2015; MILLER, 2015). Basta um clique e o Google apresenta uma resposta para qualquer pergunta. Poderíamos questionar se não haveria um apelo à alteridade, mesmo que imaginizada, no Google, mas consideramos não ser sem consequências que esse apelo seja endereçado à uma máquina e não ao Outro encarnado numa outra pessoa. Apoiamos essa ideia na indicação que Lustoza, Cardoso e Calazans (2014) dão acerca de uma descrença generalizada na possibilidade de um pequeno outro qualquer, como pais, professores, ocupar o lugar do Outro. Um outro exemplo desse exercício autoerótico se situa na clínica, na dimensão da demanda. Em sua acepção clássica, a demanda sempre se dirige ao Outro, ou seja, é, fundamentalmente, centrada na resposta do Outro. Isso obriga o sujeito a sustentar um intervalo entre o pedido e a resposta. Na clínica contemporânea, a problemática se situa na esperança que o sujeito tem de encontrar o objeto de forma direta, sem passar pelo viés do desejo do Outro. Busca um modo de satisfação imediata e sem passar pelo Outro e sim pelo próprio corpo.

Não pretendemos adentrar no debate moral sobre essas modificações, ou seja, se trazem consequências benéficas ou não, mas salientamos que para o adolescente, hoje, há uma erótica do saber que é diferente da que prevalecia até antes da geração Y, conhecida como a última geração do século XX. Essa é uma geração que já nasceu numa sociedade marcada por profundos avanços tecnológicos e em que a internet e as redes sociais passaram a ter um papel fundamental na vida das pessoas. Também destacamos que o tipo de socialização sintomática que praticam os adolescentes não é por identificação a ideais, mas a modos de gozar, como: beber, fumar, praticar esportes de risco etc. Num aspecto social mais amplo, também destacamos certos modos de levar a vida que passaram a existir muito recentemente. Por exemplo, no que tange ao campo da família, hoje, existem configurações familiares plurais e não apenas mais a família nuclear clássica, pai, mãe e filhos. As novas configurações familiares se articulam às novas configurações sexuais, onde o debate sobre o gênero vai rompendo tabus e paradigmas e engendrando efeitos. Além de todas essas modificações no que chamaríamos “comportamento”, devemos destacar as incidências dos aspectos socioeconômicos, principalmente, a exclusão social de uma parcela significativa da sociedade em função das condições de extrema vulnerabilidade em que vivem, oriunda do capitalismo neoliberal, marca indelével da nossa sociedade hoje. Consideramos necessário o aprofundamento da reflexão das incidências dessas novas configurações sobre a subjetividade e os efeitos que essas modificações produzem nos modos de subjetivação contemporâneas. Modos de subjetivação são os modos como cada um vai incorporando e se transformando a partir da apropriação de novas ideias, novos costumes, novos debates. Apontamos um interesse futuro de prosseguir essa pesquisa.

Retomando a questão da subjetividade adolescente, Freud (1905) fundamenta a adolescência na puberdade e a caracteriza como um estado de comoção, de metamorfose e de transformação subjetiva da criança em seu ser sexuado mais além das mudanças hormonais e orgânicas. O adolescente é aquele que desperta da infância de maneira brusca e traumática, pois se encontra com o real do sexo, ou seja, com o outro sexo sem saber o que fazer com ele. Os seres humanos não contam com um programa biológico que determine sua vida amorosa. Então, a adolescência é um desses momentos em que o sujeito se encontra com o abalo da falta de encaixe harmônico entre os sexos. Além disso, a psicanálise considera que, ao adolescente, é exigido um trabalho que implica no desligamento dos pais. A clínica nos convoca a acompanhar e a engendrar saídas com o adolescente que vive esse abalo em sua existência.

Se, na adolescência, faz-se necessário um trabalho, um esforço na direção da construção de um Ideal do Eu, se o Ideal do Eu está orientado pela ordem simbólica e se há uma dificuldade em nossa época porque a palavra perdeu seu peso nos laços sociais, percebemos, na clínica, jovens desorientados, angustiados, sem uma bússola que os oriente na direção de um Ideal.

Nos dias atuais, o Pai como uma figura de autoridade e de ideal vem desaparecendo (AMADEO, 2018). Autores (ZENONI, 2007; TARRAB, 2007; VIDAL, 2013; LUSTOZA, CARDOSO & CALAZANS, 2014) apontam como fatores desencadeadores não a descentralização da figura do pai na configuração da família, mas a perda da consistência de uma série de referências universais - das quais o pai era, apenas, uma delas, uma referência importante sem dúvida - que situa um declínio da autoridade e da adesão coletiva aos ideais.

Neste ponto destacamos uma problemática que encontramos na clínica que articula o que chamaremos de crise da adolescência com a contemporaneidade. A saída apontada pela psicanálise seria a de situar um ponto de ancoragem pela via da construção de um *sinthoma*¹² que implique a consideração de um modo de estar no mundo que está para além das coordenadas identificatórias. A perspectiva lacaniana do *sinthoma* aponta uma saída possível ao mal-estar contemporâneo.

3.1 O QUE SIGNIFICA O DECLÍNIO DO PAI COMO IDEAL?

Faremos um breve percurso para abordar aquilo que, em psicanálise, chamamos declínio do Pai como ideal, uma vez que a temática é complexa e ultrapassa os objetivos do presente trabalho. Primeiramente, explicitaremos o Pai enquanto o ideal que dá certa coesão ao aparato social, seu declínio e as repercussões clínicas que decorrem disso. Na sequência, situaremos a função do significante Nome-do-Pai, enquanto metáfora paterna, na constituição do aparato subjetivo e sua pluralização como outros modos de amarração. A pluralização dos Nomes-do-Pai longe de significar o declínio de sua função, mostra-se muito mais como um operador clínico e uma referência indispensável para a prática clínica com as novas manifestações sintomáticas.

¹² Necessário distinguir o conceito lacaniano de *sinthoma* do sintoma freudiano. Em Freud, o sintoma é lido como uma formação do inconsciente, portador de um sentido cujo trabalho analítico visa decifrar. Ver Freud “Conferências introdutórias sobre psicanálise” (1916/1917). Já o *sinthoma* é uma noção lacaniana tributária da sua chamada segunda clínica onde está inserida a consideração de uma dimensão fora de sentido, ou seja, leva em consideração uma parcela impossível de ser interpretada e que marca a maneira absolutamente singular do sujeito estar no mundo. Ver maiores detalhes sobre a questão no item 2.3 adiante neste mesmo capítulo.

Até o século XIX a sociedade se organizava em torno de sólidos códigos de orientação oferecidos pela tradição, pela religião e pela autoridade. Todos sabiam o que era considerado certo ou errado, bom ou mal. A moral social e os bons costumes tinham referências bem rígidas e claras. Podemos afirmar, a partir disso, que a moral da sociedade repressiva promovia a interdição do gozo e assim, a sociedade se organizava em torno de uma proibição.

A leitura que Freud (1913[1912-1913]) faz do momento em que a cultura se instaura a partir de uma interdição encontra-se em seu texto “Totem e tabu” e é um bom exemplo da incidência do Pai enquanto Ideal na organização da sociedade. Neste texto, escrito em Viena no fim do século XIX, encontramos um mito freudiano chamado mito da horda primeva no qual havia Um pai que era o único detentor dos direitos, aliás não eram direitos, ele era um pai autoritário e somente ele tinha acesso aos prazeres da vida, por exemplo, somente a ele caberia tomar as mulheres em relação sexual. Era um pai tirânico, autoritário. Esses filhos se unem e matam o pai, mas são tomados por uma culpa enorme diante desse ato, o parricídio. Respondem a essa falta que o pai faz ordenando que todos os homens poderiam ter relações sexuais com as mulheres da tribo exceto com uma, a mãe. Assim, instaura-se uma Lei simbólica, sob o símbolo do pai morto, e uma norma que ordena a forma como essa sociedade se organiza numa Lei social, distinguindo-se da natureza.

Na modernidade, com a consolidação da Revolução Industrial e o desenvolvimento do capitalismo tem início uma nova era em que a moral social começa a sofrer uma relativização, mas é quando o capitalismo e o discurso da ciência se articulam que ocorre uma exacerbação do modernismo, conhecido como hipermodernismo (NAPARSTEK, 2005), que incide fortemente na sociedade, abalando, definitivamente, seus alicerces mais fixos. O hipermodernismo, não o pós-modernismo, pois para isso implicaria uma mudança, mais do que uma mudança, vai esgarçando os limites do moderno onde o direito ao gozar passou a ser empuxo ao gozo. O capitalismo transforma todos os objetos em objetos de consumo e tem como efeito a produção de relações líquidas do sujeito com os objetos, uma constante metonímia nas relações com os objetos. Qualquer convicção assumida pelo sujeito torna-se transitória, frágil, prestes a se volatilizar e dar lugar a outra. Isso gera um imperativo onde o que se cobra hoje é que se goze, onde tudo é permitido. É proibido proibir. Parece, assim, não haver mais nenhuma barreira ao gozo diante do declínio do Pai como ideal e da palavra como mediação.

Esse contexto tem repercussões clínicas, pois fomenta a busca de um gozo imediato e sempre insuficiente. Acompanhamos o surgimento de novas manifestações sintomáticas que parecem ligadas à perda do conjunto dos grandes códigos de conduta que governavam a

sociedade. Com o declínio dos grandes referenciais que davam certa unidade ao mundo social o sujeito fica sem uma bússola para apreender e interpretar os acontecimentos.

3.2 METÁFORA PATERNA

Faz-se necessário empreender um esforço no sentido de distinguir o Pai enquanto ideal na cultura, da metáfora paterna, que introduz a função do significante Nome-do-Pai enquanto operador psíquico. Como dissemos acima, o Pai enquanto ideal está em declínio, mas devemos demonstrar que a função do significante Nome-do-Pai ainda vale.

A metáfora paterna é a formalização lacaniana do complexo de Édipo em que Lacan traz a questão da função paterna para o centro do Édipo. Partindo da hipótese do inconsciente estruturado como uma linguagem, Lacan (1957-1958), em sua releitura da teoria freudiana, principalmente às questões relativas ao pai, procede a um deslocamento do mito à estrutura. Considerando mais as relações entre os significantes que as relações entre os entes e as coisas, procurando extrair os componentes lógicos, empreende a formalização do pai como significante metafórico, pretendendo substituir o fundamento mítico do complexo de Édipo freudiano por um fundamento literal. Um esforço para que a psicanálise não fosse mais uma mitologia como resposta ficcional a um real em jogo na subjetividade.

No Édipo, o pai insere-se numa ordem que barra o momento idílico entre o bebê e a mãe, ou seja, faz-se desejável pela mãe. Isto se liga à Lei primordial da proibição do incesto, sob a ameaça de castração. Esse vínculo entre castração e Lei mostra-se essencial.

O complexo de Édipo, em Freud (1924), tem função essencial de normatização universal, não somente relativa à estrutura moral do sujeito, mas em sua posição quanto ao sexo (LACAN, 1957/1958, p. 170 e 171), aquilo que faz com que o homem assuma posição viril e a mulher a uma feminilidade, pelas vias da identificação. “O complexo de Édipo ofereceu à criança duas possibilidades de satisfação, uma ativa e outra passiva. Ela poderia colocar-se no lugar de seu pai, à maneira masculina, e ter relações com a mãe, como tinha o pai, ou poderia querer assumir o lugar da mãe e ser amada pelo pai.” (FREUD, 1924, p. 196). Uma das saídas do Édipo, então, estaria ligada ao abandono do investimento libidinal no objeto parental e sua substituição por identificações.

O primeiro ensino de Lacan (1957/1958) apresenta como se organizam as identificações viris e femininas partindo de sua passagem pelo complexo de Édipo. O conceito “significante falo”, o falo simbólico, é definido por Lacan como o significante do desejo e condensa sua

leitura sobre a teorização de Freud acerca da dialética falo-castração, como ponto de ancoragem do modo de identificação que permite a um homem ou a uma mulher considerarem-se como tais.

Para além da articulação da ameaça de castração com a lei, no plano imaginário, sob a égide da lógica ser/não ser e ter/não ter o falo, que os Três Tempos do Édipo¹³ lacaniano (idem) bem demonstram, interessa-nos a inscrição no plano simbólico sob o significante Nome-do-Pai através da metáfora paterna. A metáfora paterna é a substituição de um significante, o desejo materno, por outro significante, o Nome-do-Pai. A operatória é a seguinte: a mãe, com suas constantes ausências e presenças, já banha o bebê no simbólico. Diante disso, a criança se depara com o fato de que a mãe deseja algo para além dela, essa outra coisa é o x, um significado, o falo. Essa Outra coisa se situa na dialética do significante, do significante Nome-do-Pai e instaura uma inscrição que faz uma marca constitutiva. Vale notar que Lacan, na releitura que faz do complexo de Édipo, salienta que a interdição a que a metáfora paterna concerne é a interdição da mãe que, assim, não pode reintegrar seu objeto. Esse afastamento da mãe em direção ao pai, deixa a criança num estado de desamparo que instaura uma falta, mas que ao mesmo tempo, essa falta é o que impulsiona uma separação constitutiva da subjetividade enquanto desejo do Outro. Neste momento da primeira simbolização, o desejo em jogo é o desejo do desejo da mãe. O sujeito se constitui, assim, numa alienação ao desejo do Outro.

A criança, uma vez introduzida no registro da castração pela entrada em cena da dimensão paterna, passa a se interrogar sobre ser ou não ser o falo da mãe. A criança se dá conta de que não é o falo e de que não o possui, assim como sua mãe. É no terceiro tempo, no declínio do Complexo de Édipo que a criança irá dialetizar os outros dois tempos. A rivalidade fálica que gira em torno da mãe intervém e coloca o pai no lugar daquele que tem o falo e não como aquele que é.

A orientação que Lacan (idem) dá ao seu ensino, neste período, sistematiza a constituição subjetiva em torno da falta que a linguagem instaura na estrutura. O Nome-do-Pai é o significante que, na função de grande Outro, instaura uma Lei, um ponto de basta a partir do qual a cadeia significante se organiza. Essa operação instaura uma falta estrutural que situa um real, um ponto de impossibilidade ao qual o simbólico não recobre. A castração procede da linguagem que traduz uma perda de gozo que afeta o sujeito enquanto ser falante, sujeito de

¹³ Sobre os Três Tempos do Édipo ver em – “Seminário livro 5: as formações do inconsciente” (LACAN,1958).

linguagem, mas não sem a incidência do significante Nome-do-Pai representante de uma lei simbólica que ordena a cadeia e limita o gozo.

Em Freud e na primeira clínica de Lacan, a instauração da estrutura a partir da incidência ou não de uma ordem simbólica cujo significante Nome-do-Pai, emparelhado ao lugar do Outro é seu representante, era uma referência universal para todos, mesmo para os sujeitos para os quais essa ordem não operava. Estávamos diante de uma clínica estrutural da neurose, psicose e perversão bem delimitada.

Antes de concluir esta seção devemos destacar que a consideração estruturalista da subjetivação mostra que no mito do Édipo não é o pai que interdita, mas algo de uma verdade é revelada e que o resultado é a castração. O que está em jogo é a função do Pai ligada à castração e ao impossível encontro harmônico no sexo entre os seres falantes. O Édipo é uma ficção que provém do impasse sexual, da não relação sexual que se articula com o complexo de castração, mas não se resume a ele. Podemos, a partir disso, dizer que o Édipo deixa a primeira marca do impossível da relação sexual. Há um real em jogo cujas ficções edípicas são uma das respostas possíveis.

3.3 A PLURALIZAÇÃO DOS NOMES-DO-PAI

Encontramos nos desdobramentos do ensino de Lacan sobre o Pai a direção clínica para o manejo dos casos em que a amarração não ocorre, unicamente, pela via das identificações edípicas, cuja estrutura não está, assim, tão claramente, constituída, mas que, também, não podemos afirmar que o sujeito esteja solto. São outros modos de amarração, outros modos de subjetivação que não apenas as identificações edípicas.

Enquanto na metáfora paterna o que é considerado é o lugar que a mãe confere ao pai no discurso, agora a tônica é sobre a intervenção própria ao pai, ou seja, a maneira como ele se manifesta em sua relação afetiva com a mãe, enquanto mulher. A função do pai não é representar a lei, mas articular o desejo com a lei que ele realiza ao fazer de sua parceira objeto *a* causa de seu desejo. Essa passagem traz uma outra perspectiva para a questão do Pai. Há uma disjunção entre o Pai que porta a lei, o Pai que intervém simbolicamente e o Pai que de fato intervém na relação. No Seminário 17 encontramos uma citação precisa da questão: “A castração é a operação real introduzida pela incidência do significante, seja ele qual for, na relação do sexo.” (LACAN, 1969/1970, p.121).

A forma única como cada homem encontra para tomar uma mulher como objeto causa de seu desejo é destacada por Lacan como aquilo que mais importa na transmissão geracional que o Édipo comporta e a nomeia de versão do pai (NAPASRTEK, 2005). A versão do pai é, portanto, a transmissão da maneira como cada pai se vira com a pulsão, ou seja, já não se trata de um Pai ideal, mas de um pai imperfeito, posto que porta uma falta que é causa de seu desejo. O que importa como transmissão é como ele lida com a dimensão sem lei de seu gozo e como lança mão daquilo que não encontra uma regra universal para, através de uma posição de exceção, estabelecer um laço com uma mulher. Faz-se necessário desprender da ideia do Pai que o identifica à função de interdito que o limita a ser puro significante para permitir a abertura de uma perspectiva que articule a dimensão da lei e do desejo, como algo que faz função de limite ao gozo, mas é desta extração de gozo que pode aceder ao desejo.

Com a introdução do objeto *a* (LACAN, 1962/1963) como causa de desejo e a constituição do sujeito em sua alienação no campo do Outro, somos levados a explorar novas possibilidades de construções de subjetividades em que as identificações não são constituídas por ideais, mas extraídas de uma lógica articulada ao objeto *a* como uma extração de gozo, como uma falta. O objeto *a* organiza logicamente certa expressão de gozo, fixando certo modo de gozar.

Ocorre, no ensino de Lacan, um progressivo deslocamento das coordenadas do simbólico para o real e o gozo (ZENONI, 2007). O status do Pai muda: a função de fundamento do Outro evidencia-se como impossível. O Nome-do-Pai deixa de aparecer como idêntico ao Outro, como se fosse sua consistência, para aparecer como máscara, semblante que vela sua inconsistência (idem). A referência da identificação ao Ideal do Eu tende a desaparecer, surgindo uma nova versão que é o S1, o significante mestre, passando a designar um nó, onde múltiplos substantivos podem desempenhar a função de entrelaçamento entre o interdito e o desejo. O Nome-do-Pai, antes significante único garantidor do conjunto significante e de uma ordem necessária, hoje passa a ser a noção de fundação contingente, encarnada em diversos significantes-mestres. Rosa (2008) diz: “o Nome-do-Pai tinha o ar de ser o significante mestre por excelência; o que se esboça com a substituição por S1 é que o Nome-do-Pai não é senão um significante mestre entre outros, é por isso que Lacan acabará por pluralizar o Nome-do-Pai” (ROSA, 2008, p. 441).

O Pai se desloca de seu valor universal para daquilo que no universal mostra-se como exceção. Devemos apontar que não se trata de matar o pai, mas de reconhecê-lo em seu semblante. O que nos interessa apontar é que o pai vivo, real, perde sua unicidade, já que termos

variados podem cumprir função de tapa-buracos e nenhum deles é por definição o primeiro que está ausente. De lei para todos, fundamento universal, se desloca para uma multiplicidade de suplentes que permitem outros modos de amarração além do Édipo.

Lustosa, Cardoso e Calazans (2014), afirmam que a inscrição do Nome-do-Pai é compatível com um ambiente de descrença em figuras de autoridade cujo ponto de convergência está na sustentação lacaniana da pluralização dos nomes-do-Pai que leva à uma relativização da ideia de declínio do Pai na psicanálise.

O declínio da autoridade não é o declínio do Nome-do-Pai. A instauração do Nome-do-Pai pode não ocorrer, como é o caso das psicoses, mas é importante frisar que o declínio do Pai como Ideal não possui nenhuma relação direta com a causalidade da psicose. Apesar de não decidirem sobre a estrutura as mudanças sociais impactam no modo como os fenômenos aparecem, mais sutis, mais difusos exigindo novos manejos e invenções.

A função do Nome-do-Pai continua vigente, uma vez que a linguagem desnaturaliza o gozo, mas não o domestica (BRODSKY, 2006). A linguagem implica uma perda de gozo, mas há também uma recuperação. O campo do Outro, como campo da linguagem, dos significantes, não consegue domesticar totalmente o gozo, algo faz falta no campo do Outro: a presença de um significante especial, o Nome-do-Pai. Nesse sentido, é necessário reforçar que a função paterna como um ideal em declínio na cultura não se confunde com o declínio do Pai na psicanálise, já que o significante Nome-do-Pai ainda está vigente como operador psíquico, embora, não mais o único e central. Perde suas letras maiúsculas, mas para que cada sujeito em análise decline ou invente o que é para ele o seu caso (idem).

Lacan (apud idem) chamou, durante um longo período de seu ensino, de Nome-do-Pai aquilo que consegue limitar o gozo, mais tarde o nomeará de outro modo, *sinthoma*. Nome-do-pai e *sinthoma* têm funções equivalentes, pois tentam de uma maneira que tem relativo êxito, impor um limite ao gozo, pois fixam um certo modo de gozar. Esse traço de gozo possui o estatuto de um *sinthoma*, é um Nome-do-Pai, uma versão do Pai que amarra, que liga o simbólico e o real entre si, dando nome às coisas da vida. O *sinthoma*, em psicanálise, não se esgota na identificação, no ideal, na lei, mas onde reside o que faz para cada um sua irredutível diferença. A aposta não está na restauração do Pai como figura paterna, mas na saída singular sintomática que cada ser falante encontra para estar na vida.

3.4 O CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA PROLONGADA E A FUNÇÃO DOS PAIS

Podemos, nesse ponto, lançar mão da discussão atual em torno de um fenômeno denominado adolescência prolongada (LA SAGNA, 2009). Para o autor são sujeitos que, diante das infinitas possibilidades de escolha que o mercado oferece, mantém-se numa posição de um eterno porvir. As infinitas possibilidades geram uma tendência à procrastinação já que dificultam ao sujeito fazer uma escolha.

Viganò (2002) aborda a questão por uma perspectiva que interessa ao nosso argumento. A adolescência prolongada tem relação com uma conjectura social onde não há espaço para o atravessamento da chamada crise da adolescência. A crise já não é vivida, é adiada. A crise, se vivida, pode ser uma ruptura com uma dimensão de submissão. Entretanto, os adolescentes encontram um cenário em que não dispõem dos elementos que permitam uma cena que coloque a sua demanda de amor em jogo. A rebeldia, por exemplo, mas poderíamos incluir qualquer tipo de comportamento que violam as leis do Outro, pode ser tomada numa dupla vertente, por um lado, aponta um distanciamento, uma fuga do Outro, mas, por outro, veicula também um forte apelo ao Outro. A resposta que será dada a essa dimensão de demanda embutida na crise adolescente de alguma maneira determina suas vicissitudes. Dependendo da maneira como essa crise é abordada ela pode produzir uma responsabilização por parte do sujeito ou o que queremos apontar aqui, uma infinitização de uma posição irresponsável, submissa, em que os conflitos da adolescência não são resolvidos e num certo adiamento do nascimento do adulto.

Interrogamos se este fenômeno pode estar na base da dificuldade que alguns pais apresentam diante da problemática de seus filhos, já que para assumir uma posição implicada diante do sintoma dos filhos é necessário que já se tenha separado, ao menos em parte, da posição de filho. Segundo Viganó (2002) “os jovens se encontram frente a adultos que abdicaram de seu papel; e que são jovens por sua vez.” Se os pais estão encontrando dificuldades para se arranjar com as questões que a sua própria adolescência traz na passagem da posição infantil de desejado à posição de desejante (LACAN apud LA SAGNA, 2009) certamente encontrarão ainda mais dificuldades para atravessar as questões que a adolescência de seus filhos apresenta.

Nossa proposta é articular a dificuldade que alguns pais têm de exercerem sua função e que tem tantas repercussões para os filhos ao conceito de adolescência prolongada. Pensamos em abordar esse tema pelo viés da subjetividade dos pais, enquanto adolescentes prolongados,

diante da dificuldade que, em alguns momentos, percebemos na clínica para eles sustentarem uma posição de cuidado, acolhimento e de investimento no tratamento de seus filhos. Os casos clínicos deste trabalho não apontam a vertente da adolescência prolongada nos adolescentes, mas a perspectiva desta referência lançou luz sobre o que percebemos como impasse na posição de alguns pais.

Encontramos algumas referências (ALBERTI, 2009; AMADEO, 2018) que fazem menção a uma crise da adolescência, mas se há crise da adolescência, há também crise dos pais e da sociedade. A adolescência é o paradigma dos impasses do sujeito diante da confrontação com a impossibilidade de uma relação de completude entre os sexos. Há algo inerente a esse momento de separação, de desligamento da autoridade dos pais e de encontro com a dimensão impossível da relação sexual que incide sobre os pais trazendo à tona as suas próprias dificuldades enquanto adolescentes?

Situando algumas incidências das transformações sociais para o cotidiano da clínica em instituição, encontramos situações clínicas que conjugam dois elementos: jovens pouco ancorados no laço social, sujeitos a passagens ao ato, e pais angustiados por não saberem como lidar com seus filhos. São quadros de jovens em extremo isolamento social e familiar, em geral fora da escola ou tendo experiências difíceis lá, vivenciando sentimentos de inadequação e de não pertencimento. Os pais, por sua vez, demonstram dificuldades em estabelecer conexões simbólicas consistentes com a questão, se mostram, muitas vezes, desorientados, sem entenderem determinadas condutas no adolescente. Muitos justificam sua posição de afastamento no asoberbamento das exigências financeiras de sobrevivência, encontrando no sentimento de impotência um lugar sintomático diante do enigma colocado pela demanda em jogo na posição dos filhos. Essa dificuldade dos pais exige interpretação, pois pode ser considerada um elemento clínico que exige manejo dentro do tratamento do adolescente. Acreditamos que essa dimensão contingente da questão exigiria um aprofundamento maior da análise das condições de possibilidades para articularmos a dificuldade que alguns pais têm de estar ao lado de seus filhos nos momentos de sofrimento como um dos efeitos de manterem-se numa posição adolescente prolongada e não conseguir cumprir suas funções de pais.

Consideramos importante apresentar uma reflexão que fizemos ao longo do trabalho. À primeira vista, parece que o fenômeno da adolescência prolongada pode não ocorrer em todas as camadas sociais. Nas camadas mais pobres, da população vulnerável, percebemos uma “adultização” das crianças e adolescentes. Os altos índices de gravidez na adolescência, a evasão escolar em função da necessidade de trabalhar, irmãos mais velhos que ficam

responsáveis pelos cuidados dos irmãos mais novos, são alguns exemplos. Seria correto afirmar que o fenômeno da adolescência prolongada é percebido igualmente em diferentes camadas sociais? Poderíamos questionar se o fenômeno da adolescência prolongada seria um fenômeno mais próximo da realidade das famílias de classe média, onde há um certo terreno propício para que esse fenômeno se dê, diferentemente, da maioria da população que acessa o CAPSI, que é uma população, essencialmente, de comunidades carentes, em que a luta pela sobrevivência abrevia, limita a possibilidade de procrastinação. A luta pela sobrevivência é no aqui e agora. O que percebemos é que as condições precárias de vida convocam os sujeitos a responder de um lugar que parece antecipar, abreviar as etapas do sujeito e que isso não implica, necessariamente, que o sujeito se tornou adulto nos termos que estamos propondo. Tendemos a inferir que a impossibilidade de atravessar questões importantes relativas à separação simbólica dos pais e a constituição de um campo de referências próprias que essa “adultização” que a precariedade da vida atualmente impõe pode engendrar o fenômeno da adolescência prolongada enquanto crise não superada nas populações mais vulneráveis também. Não parece haver uma procrastinação que infinitiza um processo de formação, mas uma impossibilidade real de um investimento na formação do indivíduo que acabam por criar um ciclo de segregação. As situações de vulnerabilidade impõem limites onde o sujeito vê-se sem saída a não ser encontrar maneiras para sobreviver, mas essas situações engendram uma cronificação das situações precárias de sobrevivência. A ausência de um estado de bem-estar social se articula aos interesses capitalistas e produzem uma significativa segregação social. Nesse sentido, para além dos efeitos da adolescência prolongada dos pais apontamos mais um questionamento relativo à questão do sofrimento psíquico no adolescente: que incidência as situações de vulnerabilidade social e de segregação têm sobre a subjetividade do jovem hoje?

4 O MANEJO DA CRISE: A URGÊNCIA SUBJETIVA COMO OPERADOR CLÍNICO

A partir dos pontos desenvolvidos no capítulo anterior iremos, neste capítulo, tratar de articular o referencial teórico à prática clínica.

4.1 A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA EM INSTITUIÇÃO

Tomaremos como principal referencial teórico e orientação clínica da construção dos casos clínicos o trabalho de um grupo de psicanalistas argentinos da Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (BELAGA, 2004; SOTELO et al, 2007 e 2009) que, sob a égide da disciplina *Práctica Profesional Clínica de la Urgência* cunharam a noção de *urgência subjetiva*. As *Prácticas Profesionales* formam parte de um plano de estudos em que os alunos escolhem práticas com orientação psicanalítica e se inserem em espaços de assistência em instituições. Um dos espaços em que os alunos se inserem é o plantão de emergência hospitalar. Os trabalhos citados acima dão conta da rica experiência que foi sendo construída a partir da prática clínica em que o ponto de partida é a consideração de que não há paradoxo entre psicanálise e urgência. O laço entre psicanálise e urgência subjetiva está relacionado à consideração da psicanálise de orientação lacaniana de um real fora de sentido, impossível de simbolizar que irrompe como ruptura, como trauma, e de um manejo clínico que inclui esse real em oposição à ideia de que o sintoma é algo fora da ordem e que deve ser eliminado. A psicanálise toma o sintoma como um arranjo que permite o sujeito fazer frente a esse real fora de sentido, portanto, não deve ser eliminado, mas lido, interpretado pelo psicanalista, que a partir de uma dimensão ética não cede na exigência de apostar numa subjetividade responsável ali onde outras práticas produzem vitimização do paciente. Ao dar a palavra ao sujeito propiciar que ele advenha como tal.

Poderíamos pensar a irrupção desse real a partir da dimensão do trauma e achamos importante estabelecer o conceito de trauma fazendo a distinção entre o trauma como processo, um processo homologado na estrutura, do encontro do significante com o corpo e que instaura um furo, um real que nenhuma palavra pode cobrir com sentido, do trauma como um acontecimento, a irrupção de um acontecimento, de uma contingência que coloca em cheque as representações simbólicas que o sujeito tinha até aquele momento (BELAGA, 2004, p.14). A dupla caracterização do trauma permite entender que, em certo momento, o trauma como acontecimento imprevisto não faz mais que duplicar o trauma estrutural do ser falante (SOTELO, 2007, p. 18 e 19).

Este tema pode ser articulado com a adolescência por duas dimensões de crise distintas, mas que se entrecruzam: aquela que poderíamos chamar de crise da adolescência como um fenômeno estrutural da subjetividade localizada na crise que o encontro brusco e traumático com a falta de encaixe harmônico entre os sexos produz e a consideração do adolescente em crise que se articula ao contexto social atual e a seus efeitos sobre a subjetividade.

Podemos afirmar que há uma urgência generalizada e uma outra urgência em jogo nesse momento de crise que é a adolescência. A urgência generalizada diz respeito a um novo regime social, produto de um mundo transformado pela ciência e pela globalização econômica que traumatiza, tanto no nível coletivo quanto no singular, uma vez que já não contamos com um discurso capaz de ler um acontecimento.

Em nossa experiência clínica numa instituição cujo mandato num determinado território adscrito é o de responder como um lugar de acolhimento à crise recebemos jovens que demonstram uma grande dificuldade para atravessar sua adolescência num contexto social onde os laços sociais estão tão frouxos. O adolescente parece viver a crise generalizada com uma maior intensidade, pois o encontro com o outro sexo o faz confrontar-se com a inexistência da relação sexual, justamente num contexto em que aquilo que poderia dar-lhe uma bússola, ou seja, uma certa ordem simbólica, está diluída, já não conta com os mesmos referenciais universais.

Quais são as possibilidades de respostas que o adolescente encontra para atravessar sua adolescência nesse contexto? Nossa prática clínica em instituição nos permite apontar que respondem de maneira sintomática. As atuais formas de laço social mais frouxas podem ter influência no número expressivo de adolescentes em situação considerada de crise que chegam nos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Nas situações de urgência, diante da irrupção dos sintomas associada ao fato do paciente estar numa posição de nada querer saber sobre o que se passa com ele, o que se apresenta é um pedido, um apelo, para que tudo volte a ser como antes, pede uma restituição ao estado anterior. O encontro com um analista pode abrir-lhe um pouco a perspectiva e produzir um desejo de saber que sustente um tratamento analítico. O analista na instituição pode ser parceiro para o adolescente na invenção de um Outro. Para isso, precisa estar, firmemente, orientado a abster-se de qualquer saber de antemão que possa responder a esse apelo pela via do sentido, ou seja, firmemente, situado na consideração de que há uma falta estrutural, uma perda irreparável,

inexorável, mas que, ao mesmo tempo, dá uma margem de manobra para que o sujeito invente para si um Outro que comporte uma forma absolutamente singular para estar no laço social.

Tomar a urgência e torná-la subjetiva parece indicar uma direção para pensar o manejo clínico dos adolescentes que chegam à instituição em estados psíquicos denominados de crise. Ainda há uma supremacia da abordagem psicológica e psiquiátrica na abordagem ao problema, mas podemos perceber que cada vez mais as situações de crise são acolhidas nas instituições de saúde por equipes multidisciplinares e a noção de urgência subjetiva pode orientar não só o trabalho do analista na instituição, mas de toda a equipe, desde que ela tenha alguma afinidade com a existência do inconsciente e seja capaz de sustentar um “saber não saber” (BAIO, 1999). Essa abordagem orienta o manejo da urgência no adolescente para a escuta do detalhe, daquela dimensão singular que aparece no discurso de quem consulta e visa fazer aparecer a dimensão subjetiva a cada caso e em cada situação institucional. É uma prática que não responde com um protocolo pré-estabelecido, o que força aquele que está diante do sujeito e toda a equipe a exercitar a posição de um não saber, de duvidar, de colocar em suspensão qualquer saber prévio ao sujeito. É uma prática inventiva, no sentido de que, se não há protocolos e nem um saber de antemão, há que inventar, a cada vez¹⁴. Trata-se de uma prática que leva o praticante a confrontar-se com o real constitutivo de cada sujeito, pois supomos que toda situação traumática implica, de algum modo, uma reatualização de seu encontro com o traumatismo da não relação sexual. Diante disso, temos o dever ético de dar lugar ao que é mais singular em cada sujeito, seu sintoma.

Essa dimensão estrutural do trauma aponta para a necessidade imprescindível de obter o significante pelo qual o sujeito se localiza e se apresenta ao Outro – significante da urgência e que se introduza um tempo, uma pausa. A prática orientada pela urgência subjetiva aponta para um modo de acolher o sujeito visando a sua posição na cena, seguindo a direção que a trilha significante indica. Essa abordagem exige certo manejo da angústia e introdução firme de uma pausa nessa tensão temporal que a urgência engendra. O manejo clínico, orientado pela urgência subjetiva, implica uma estratégia frente ao espaço e ao tempo. Difere assim de uma abordagem psiquiátrica da crise na qual o que importa é o aqui e o agora do momento da entrevista, ou seja, o estado atual das coisas e a intervenção médica, a partir de um lugar de

¹⁴ A proposta desta prática é inspirada num campo de aplicação da psicanálise denominada por Miller de “prática feita por vários” numa instituição que recebia crianças psicóticas ou com grave acometimento psíquico. Ver Baio (1999).

saber que estabelece uma nosologia, visa a prescrição da terapêutica mais adequada ao restabelecimento do paciente à uma ordem social.

4.2 CONSTRUINDO INDICADORES PARA O TRABALHO COM A URGÊNCIA

Desenvolveremos alguns indicadores no manejo da urgência subjetiva (SOTELO, 2009), três deles, se destacam:

a) Localização da urgência;

As situações de urgência que chegam às instituições têm a marca de um excesso, que muitas vezes se apresentam como dor, como sofrimento insuportável, como ruptura de certa homeostase em que a vida transcorria. A urgência sempre dá conta de algo da ordem da ruptura, por isso é importante localizar o que quebrou essa homeostase, pois esse sujeito dava conta de sua vida até então. Quando esse ponto é localizado já podemos começar a fazer outra leitura. Trata-se de localizar o ponto de ruptura que põe em questão o arranjo que permitia o laço com os outros e com o seu próprio corpo e sua capacidade para resolver situações. É necessário verificar os possíveis pontos de desestabilização em que o recurso ao imaginário do corpo é a única saída encontrada para o sujeito, ou seja, empreender o esforço de localizar a dimensão do encontro com o real contida numa passagem ao ato. A localização dessa dimensão é fundamental porque pode ser que algum adolescente procure o serviço depois de uma passagem ao ato, ou que ele recorra a uma passagem ao ato na falta de ancoragem.

b) Estratégia frente ao tempo: pressa e pausa;

A dimensão do tempo é central na urgência. É necessário certo manejo do tempo que faça frente às exigências de respostas, principalmente, em instituições que se ocupam de crianças e adolescentes, como é o caso de um CAPSI. São juízes, escolas, familiares, abrigos e o próprio sujeito que pedem que se resolva logo a situação. Um manejo clínico que inclua a dimensão de urgência que determinadas situações trazem, principalmente, para o meio social, mas que não se sobreponha à indicação de uma pausa, necessária para a localização subjetiva. A localização do significante da urgência, que localiza a urgência e a posição do sujeito. Essa dimensão exige um manejo do tempo que não é cronológico, mas lógico, que inclua essa outra dimensão.

c) Tempo de compreender e resolução da urgência

Na análise, nos confrontamos com um outro saber. Há uma produção de saber, não um saber na vertente do conhecimento, mas do saber que não se sabe como lugar de impossível de

saber, ou seja, o saber inconsciente. A urgência é um dos lugares privilegiados para verificar a eficácia dos efeitos terapêuticos da psicanálise¹⁵, pois a “simples” entrada no discurso analítico pode produzir um efeito terapêutico, por exemplo, apaziguamento dos estados de pânico, cessação da angústia ou postergação de passagens ao ato. O analista acompanha o sujeito no trabalho subjetivo de inventar uma maneira de responder ao real com os poucos recursos simbólicos de que dispõem. O encontro com um analista, que, ao dar lugar aos efeitos do encontro traumático da linguagem com o corpo, pode operar uma redução do gozo implicado no sintoma (MAIA, 2018). O trabalho em instituição orientado pela psicanálise tem como desafio introduzir uma direção que possa ser compartilhada e sustentada não só pelo analista, mas que sirva de bússola para as diferentes intervenções e condutas nos diferentes setores da instituição. Neste aspecto, a reunião de equipe e a supervisão clínico-institucional são os dispositivos onde esse trabalho coletivo pode ser construído.

A clínica da urgência tem particularidades na clínica com adolescentes. Em geral, a urgência aparece localizada em outros: pais, escola, instituições. Eles detectam, primeiramente, que algo não vai bem, que acontece algo da ordem do sintomático. É necessário construir um saber sobre as coordenadas que precipitaram o atendimento. Assim, é conveniente localizar esta dimensão da urgência e dar-lhe lugar ao longo do tratamento, através de entrevistas que a equipe considere oportunas ou que os pais solicitem. Dar um lugar próprio e diferenciado para esta dimensão permite, também, sustentar a transferência com os pais, que é um motor fundamental para que uma análise de crianças e adolescentes se sustente. Ao receber o adolescente, geralmente, verificamos não haver coincidência entre a urgência deste e a dos pais ou professores. Necessário que haja lugar para essa outra dimensão do sintoma do sujeito. O adolescente é levado a partir da urgência de outros, mas pode começar a tomar a palavra, falar a outro, dando novas significações aos fatos e com o intuito de definir quem é, pode se encontrar com sua falta a ser.

4.3 DESAFIOS E IMPASSES DA CLÍNICA DA URGÊNCIA: ANGÚSTIA, *ACTING OUT* E PASSAGEM AO ATO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período da vida em que observamos uma tendência a viver perigosamente. A separação em relação às figuras parentais é um processo necessário, mas doloroso. O adolescente atravessa esse momento não sem correr riscos. Ele recorre, muitas vezes, a comportamentos considerados de risco, paradoxalmente, para se “sentir vivo”. Praticar

¹⁵ Sobre o tema dos efeitos terapêuticos ver Miller (2008).

esportes radicais, fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, envolver-se com o tráfico de drogas, dirigir perigosamente, ficar em aglomerações no período da pandemia de Covid 19, são alguns exemplos bem gerais de comportamentos considerados de risco. Esta relação paradoxal na qual para se sentir vivo o adolescente coloca sua vida em risco é vista com frequência na clínica e aponta a delicadeza com que devemos abordar situações em que o limiar entre a vida e a morte mostra-se bem tênue. Acompanhamos Lacadée (2007) ao considerar esses comportamentos de risco como novos sintomas, menos pela consideração de que seriam a expressão de uma nova patologia, mas, por eles demonstrarem elementos clínicos de certa ruptura, de curto-circuito na relação ao Outro. Entretanto, esses comportamentos de ruptura também podem implicar um endereçamento ao Outro (idem), podem conter um apelo, uma demanda de amor que pudesse vir em seu socorro, dando-lhe um lugar no desejo do Outro num momento de desorientação. Essa questão circunscreve um desafio para o profissional que se oferece ao trabalho com adolescentes. Em vários momentos, o adolescente apresenta comportamentos e atitudes que parecem prescindir totalmente do Outro numa busca que pode até levá-lo à morte, mas ao mesmo tempo podemos considerar que essa é também a forma que ele encontra para buscar alguma coisa que possa chamar de sua, algo novo, absolutamente original, que possa lhe permitir certa ancoragem. Comportamentos que colocam sua vida em risco, atitudes provocativas, então, podem ser consideradas maneiras de o adolescente estar no mundo diante de seus poucos recursos simbólicos, ou seja, são tentativas de, num ato, numa ação, dar conta das estranhas sensações que experimenta em seu corpo sem que tenha palavras para elaborá-las. Como diz Deltombe: “Trata-se de saber como separar-se do equilíbrio imaginário constituído durante a infância, equilíbrio que não se mantém mais, que não basta mais para conceber uma vida autônoma e responsável” (DELTOMBE, 2017, p. 12). Considerarmos esses comportamentos e atitudes como recursos do adolescente para enfrentar sua falta de ancoragem mostra-se, assim, uma orientação fundamental para o trabalho clínico com eles. Ela circunscreve uma questão que está para além da eliminação de um comportamento considerado inadequado. A maneira como respondemos a esses comportamentos pode fazer a diferença na solução que eles venham a encontrar.

Acompanhando Deltombe (2017) e Lacadée (2007) propomos acima que certos comportamentos que muitas vezes colocam a vida do adolescente em risco comportam uma dupla vertente: se por um lado, o sujeito se apresenta de uma forma que parece indicar que ele prescinde das relações com o Outro numa clara demonstração de ruptura com aquilo que é considerado autoritário, estabelecido ou ultrapassado como expresso nos conflitos entre

gerações por exemplo, por outro lado, esses comportamentos parecem indicar um caminho para o acolhimento das questões em jogo para o adolescente naquele momento, já que é através deles que o jovem encontra uma forma de estar no mundo. É fundamental que a resposta dada nesses momentos inclua a consideração de que está em jogo uma cena cuja encenação carrega a dimensão de um dito, de que há algo sendo dito, mas que pede interpretação, pede uma leitura para que algo novo possa advir capaz de promover uma separação (LACADÉE, 2007) e que o adolescente consiga tomar a palavra construindo um discurso sobre si e sobre o mundo.

O texto de Freud (1914b) “Algumas reflexões sobre a psicologia escolar” é primoroso ao apontar a responsabilidade que a instituição escolar tem de acolher o sujeito que pode se demorar nesse delicado período de transição. A escola é o primeiro lugar onde o adolescente experimenta de maneira mais intensa a separação das referências que lhe serviram de base até então, e um lugar onde ele experimenta situações em que muitas vezes se encontra sem uma bússola para responder. A educação pública vem sofrendo um processo de sucateamento ao longo de décadas, mas, apesar de toda a precarização, percebemos no cotidiano das relações institucionais um enorme esforço de diversos profissionais diante dessas dificuldades em transformar a escola num espaço de trocas e de experiências, um lugar onde o jovem possa exercitar de uma maneira mais protegida e acompanhada essa separação que vai ocorrendo das figuras parentais ao passo em que vai conquistando uma maneira de estabelecer seus projetos de vida e esperança de um futuro. Entretanto, a escola é também um lugar onde ele experimenta situações em que muitas vezes ele se encontra sem uma bússola para responder. Com isso, a escola acaba sendo um cenário privilegiado onde as dificuldades do adolescente entram em jogo e onde podem ocorrer muitas situações consideradas de crise. Uma parte significativa dos jovens que chega em crise ao CAPSI é encaminhada pela escola ou teve a escola como cenário de uma situação difícil. A escola é, assim, um espaço que condensa situações que por um lado trazem desafios e impasses, mas que podem, dependendo da maneira como as questões são abordadas, ser um lugar privilegiado onde o adolescente viva seus conflitos e encontre suas soluções.

Partindo destas considerações do cotidiano clínico na instituição abordaremos o problema pela perspectiva da clínica do ato e acompanharemos Lacan (apud LACADÉE, 2007) onde ele distinguiu dois conceitos: o *acting out* e a passagem ao ato, uma vez que o estabelecimento dessa distinção se mostra um potente recurso para o manejo dos comportamentos ditos de risco ou provocadores dos adolescentes com que lidamos tanto no cotidiano do CAPSI assim como os educadores no ambiente escolar.

No seminário sobre a angústia, Lacan (1962-1963) aponta o *acting out* e a passagem ao ato como duas maneiras extremas de o sujeito responder à angústia. Neste seminário, Lacan estabelece a angústia como um afeto sinal de que o eu se vê ameaçado por alguma coisa que não deveria aparecer, fazendo menção ao objeto *a*¹⁶. A angústia surge quando o objeto *a* que deveria estar fora da cena irrompe nela. Lacan toma o caso comentado por Freud em que uma adolescente homossexual que se fazia notar andando pelas ruas de Viena na companhia de uma dama de má reputação. Para Freud, esse comportamento estava referido ao pai para chamar sua atenção. Esta cena, organizada por ela, talvez sem nem saber, como um comportamento provocativo, foi considerado por Freud como um *acting out*. Entretanto, a reação que ela teve de se jogar de uma ponte sobre a linha do trem após ter se deparado com o olhar de reprovação de seu pai foi considerado uma passagem ao ato. Na distinção feita por Lacan, no *acting out* há a consideração de um endereçamento de uma mensagem que não foi possível dizê-la ao Outro na montagem de uma cena enquanto a passagem ao ato é, justamente, a demissão do sujeito num certo desaparecimento seu implicado no ato, quando o sujeito se evade da cena (LACAN, 1962-1963, p. 130).

Segundo GUIMARÃES (2007) o *acting out* seria a tentativa de saída para um sujeito diante da angústia, o *acting out* seria “da ordem da evitação da angústia” e constitui-se como uma encenação do sujeito com o objeto dentro da cena. Lacan (apud GUIMARÃES, 2007) salienta o caráter demonstrativo dessa encenação, sua orientação para o Outro. Essa é uma pontuação fundamental que pode orientar o manejo com os adolescentes. Considerar que há um caráter demonstrativo na montagem dessa encenação permite constituir uma abordagem que seja capaz de acolher esse endereçamento e com isso encaminhar a situação de uma maneira que viabilize que o jovem encontre algumas palavras para expressar aquilo que só pôde aparecer em ato até então.

Já a passagem ao ato apresenta uma outra característica, apesar de ainda tratar-se de uma saída do sujeito diante da angústia. A passagem ao ato é o recurso que o sujeito lança mão quando ele se encontra numa posição difícil que o impossibilita na ação e na palavra levando-o a um movimento desordenado caracterizado por uma agitação no corpo. Segundo Guimarães (idem) duas condições são essenciais à realização da passagem ao ato: a) identificação absoluta do sujeito com o objeto ao qual ele se reduz; b) estar diante de um confronto do desejo com a

¹⁶ Objeto *a* é o conceito considerado originalmente lacaniano e que aponta para um resto fruto da operação de constituição subjetiva a partir da sua relação com o Outro que produz concomitantemente um furo no Outro e um corte na suposta unidade do sujeito (GUIMARÃES, 2007).

lei. O fundamental em questão na passagem ao ato é a extração do objeto *a* da cena. Torna-se imperioso para o sujeito, numa circunstância determinada pela angústia deixar cair um objeto da cena como tentativa de restabelecer a condição do circuito do desejo. Condição de que o furo e a falta não faltem. Se faltarem, em vez de desejo é a angústia que advém. A passagem ao ato funciona como uma saída para esse momento crítico em que o furo não se apresenta. A passagem ao ato consiste em fazer esse furo no Outro que se completa com a apresentação do objeto *a*. O objeto deve sair da cena de qualquer maneira, ainda que seja o próprio sujeito identificado ao objeto *a*. O sujeito deixa cair alguma coisa da cena ou se deixa cair para sair deste lugar. Assim, o Outro completo volta a ter um hiato (GUIMARÃES, 2007). Podemos dizer que, diferentemente, do *acting out* em que o sujeito monta uma cena endereçada ao Outro, na passagem ao ato, é o próprio sujeito que sai de cena identificado ao objeto. O objeto precisa ser extraído da cena de modo a restabelecer o furo, pois sem esse furo o que aparece é a angústia. Então, diante da angústia que advém quando a falta falta (LACAN, 1962-1963) o sujeito pode excluir-se da cena numa tentativa de restabelecer o furo extraindo um objeto. Este objeto, na passagem ao ato, é o próprio sujeito. Por isso, dizemos que o sujeito desaparece na passagem ao ato. O estabelecimento da distinção entre um *acting out* e uma passagem ao ato pode orientar a conduta, o manejo numa direção que ora pode ser de um acolhimento daquilo que está endereçado e dito num ato, ora da consideração de que não há palavra em absoluto e que o trabalho visa restabelecer algum laço possível entre o sujeito e o Outro.

Se pensarmos que a separação em jogo nesta fase tão delicada que é a adolescência seria da ordem de uma separação objetiva, concreta, isso implicaria, justamente, na ideia de uma ruptura, que tem uma tendência a produzir respostas segregativas e de exclusão. Ouvimos de maneira muito corriqueira que o adolescente é “problemático”, “chato”, “difícil de lidar”, “rebelde”, “agressivo”. Essa maneira de se referir ao adolescente aponta mais para uma dificuldade em acolher e aceitar essa novidade que o adolescente traz para a cena do que uma característica dos sujeitos de uma determinada faixa etária. A separação em jogo a que nos referimos é o esforço que o adolescente faz para encontrar uma tradução possível de seu sofrimento através de uma palavra que lhe permita, de repente, se sentir diferente, se perceber diferente, justamente esse novo que o adolescente comporta, uma maneira nova e absolutamente singular que ele experimenta, que ele vive em seu corpo, mas que pede a chancela do Outro, já que é nesse “ponto de onde” ele se vê amado que lhe serve de sustentação para esse novo (LACAN, 1964, p. 261). Tomando as situações por esse prisma, ou seja, que de alguma maneira, o adolescente está empreendendo um esforço para construir uma identidade a partir

da qual possa estabelecer laços, poderemos, no meio institucional, ver as condições, encontrar formas para que esse novo seja acolhido, aceito, que se diga sim ao novo implicado na adolescência, de modo a acompanhá-lo nessa travessia.

5 SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA COM A URGÊNCIA EM UM CAPSI

Para além da consideração política inicial acerca da sustentação dos Centros de Atenção Psicossocial como lugar privilegiado na rede para acolhimento de situações de urgência e emergência ligadas ao suicídio, convém mencionar que o CAPSI Maurício de Sousa, campo da atual pesquisa, se situa num prédio nos fundos do Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), tradicional hospital psiquiátrico da cidade, onde ainda conta com uma emergência especializada em psiquiatria. O CAPSI Maurício de Sousa é fruto da transformação gradativa de dois setores do IMPP voltados para a infância e a adolescência, a saber: o NAICAP (Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica) e o NIJ (Núcleo Infanto-Juvenil). Para sua inauguração em 08 de agosto de 2012, considerada um marco nessa transformação, foi realizada uma adequação no prédio onde estes dois serviços ficavam situados de modo que não houvesse uma ligação física, predial, interna pelo hospital¹⁷. Foi aberta uma porta externa ao IMPP, mas dentro do Campus da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro)¹⁸. A sutil mudança de uma porta pode parecer um mero detalhe no processo de transformação destes serviços, mas este fato, para além de uma adequação física para estar de acordo com a legislação vigente, foi considerado de capital importância simbólica pela equipe que participou da transição para a estruturação clínico/institucional do novo serviço.

Entretanto, não é a mudança no espaço físico que garante a mudança de uma lógica de trabalho e durante algum tempo aquela equipe trabalhou arduamente para estabelecer uma diferenciação entre o CAPSI Maurício de Sousa e o NIJ/NAICAP. A transformação de um serviço especializado que foi o primeiro serviço em saúde mental voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com graves problemas mentais (MONTEIRO, RIBEIRO e BASTOS, 2007) em um CAPSI inserido numa rede e cujo mandato é ser uma referência da lógica da atenção psicossocial num território¹⁹ trouxe alguns desafios que mereceriam um estudo a parte, mas não é o foco do presente trabalho. Entretanto, mencionamos essa consideração em função

¹⁷ Em cumprimento à Portaria do Ministério da Saúde no. 336/2002, artigo 3º., parágrafo único que determina que os Centros de Atenção Psicossocial “só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.”

¹⁸ A entrada do CAPSI Maurício de Sousa é feita por dentro do Campus Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pela configuração do prédio, essa foi a solução encontrada para evitar que a entrada ocorresse pelo hospital. Digno de nota, então, mencionar que o CAPSI Maurício de Sousa se encontra dentro de um espaço universitário e anexo a um hospital psiquiátrico. Apesar de não ser o enfoque da atual pesquisa, gostaríamos de registrar nossa consideração de que seria interessante avaliar o impacto dessa configuração na capacidade que o serviço apresenta de acolher às crises de seus pacientes ou servir de referência para um território.

¹⁹ De acordo com a portaria do Ministério da Saúde no. 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial e cujo Artigo 2º. tem a “ênfase em serviços de base territorial e comunitária” como uma de suas diretrizes.

das relações do CAPSI com a emergência psiquiátrica do IMPP. A proximidade física entre o CAPSI Maurício de Sousa e a emergência psiquiátrica do IMPP e o fato do CAPSI estar distante do ponto de vista geográfico de parte do território pelo qual é responsável tem como consequência que grande parte dos jovens que chegam ao CAPSI em estado de urgência são oriundos da emergência do IMPP, ou seja, já chegam ao CAPSI após alguma intervenção que em geral, é médica. Alguns pacientes vão ao CAPSI logo após serem atendidos e outros alguns dias depois. Também ocorre de algum integrante da equipe de emergência acionar o CAPSI e fazermos uma avaliação em conjunto ainda na emergência. Não entraremos nos desdobramentos e repercussões clínico/institucionais da estratégia de transformar uma parte do espaço hospitalar num CAPSI, mas achamos pertinente mencionar esta característica do campo da pesquisa, já que o tema principal diz respeito às situações de urgência e emergência.

Conforme mencionado em nossa metodologia, realizamos a construção de três casos clínicos de adolescentes que chegaram ao CAPSI Maurício de Sousa em situação de urgência e que foram recebidos clinicamente numa abordagem a considerar a situação como sendo de uma urgência subjetiva. Os casos foram escolhidos por demonstrarem alguns elementos clínicos que gostaria²⁰ de destacar. Primeiramente, são casos em que me encontro como técnica de referência e, assim, poderem refletir a minha prática clínica no CAPSI, incluindo a maneira como respondi aos impasses que a clínica e o trabalho institucional colocaram para mim e os efeitos de formação que a decisão de não recuar diante deles produziu. A possibilidade de determe no trabalho de construção dos casos permitiu certo distanciamento em minha posição subjetiva, que em alguns momentos esteve demasiadamente implicada, lançou luz ao manejo com a transferência dos pais, à construção do trabalho compartilhado com a equipe, ao trabalho miudinho, do detalhe, no cotidiano clínico com os adolescentes e suas questões e à perspectiva de saídas, absolutamente, originais que cada um deles encontrou. Destaco que esse exercício de distanciamento, tão fortemente marcado pelo trabalho dessa dissertação, não ocorre “naturalmente”, ele exige um esforço de cada praticante da clínica, um investimento subjetivo na direção do avanço de sua formação e da clínica, propriamente dita. A supervisão clínico-institucional é um dispositivo que visa favorecer esse exercício, mas em meu caso, o meu percurso na análise pessoal foi indispensável para a sustentação desse trabalho até sua conclusão.

²⁰ Como passarei a discutir os casos propriamente ditos, opto por utilizar a primeira pessoa do singular.

A coleta de dados para a construção dos casos ocorreu em prontuários de pacientes e em atas de reuniões de equipe/supervisão clínico-institucionais. Segui o seguinte roteiro para a coleta de informações: origem do paciente; queixa principal; manejo clínico e efeitos terapêuticos, mas foram minhas reflexões e leitura dos casos que formaram o substrato principal do trabalho de construção dos casos.

5.1 CASO 1: FRED, 15 ANOS

“Apenas” nervoso

Fred é um jovem de 15 anos que chega ao CAPSI encaminhado pela emergência psiquiátrica do IMPP. Fred foi levado para lá pelo Corpo de Bombeiros, a pedido de sua família, alguns dias antes por estar agressivo e quebrando coisas em casa. Tinha tomado vários remédios psiquiátricos da mãe e misturado com grande quantidade de energético. Durante a primeira consulta relatou que com esse ato tinha o intuito de morrer. Sua mãe estava bastante aflita e insistia que autenticássemos sua hipótese sobre o ocorrido não representar algo grave, que Fred tinha ficado “apenas” nervoso e que, por isso, não seria necessário tomar remédio. Ela demonstrava dificuldades em aceitar que seu filho passava por um problema grave. Fred foi medicado na emergência e chegou ao CAPSI mais calmo e, educadamente, afirmava não achar necessário o uso de medicamento. Não temos a informação de que seu estado psíquico mais estabilizado de alguns dias depois estaria relacionado ao uso de medicamentos. Parece que ele não tomou os remédios prescritos na emergência. O relatório médico indicava que Fred necessitava de atendimento psiquiátrico e psicológico com urgência. Percebi que, para ambos, o remédio representava algo que apontava para uma gravidade na situação que cada um negava de um modo distinto. Suspender a resposta pautada no discurso médico ou no discurso da psicoeducação, que explicaria a necessidade do uso da medicação em quadros como o que Fred apresentava, foi a primeira direção tomada no caso. Assumir a posição de “aprendiz da clínica” e seguir as vias que a cadeia significante apontava permitiu o estabelecimento de um laço inicial com Fred e com sua mãe que viabilizou a realização de alguns encontros para vermos, juntos, como ficaria o uso da medicação em seu tratamento.

Necessário destacar que aqui encontramos uma situação em que essa apreensão de Fred e de sua mãe sobre a indicação do uso do medicamento e do tratamento, apesar de distintas, se entrelaçavam de uma maneira forte. Foi necessário acolher essa indistinção inicial marcada pela recusa no uso da medicação para singularizar a demanda de cada um dos dois sujeitos. Situar no trabalho com a mãe a dimensão de urgência subjetiva desencadeada nela a partir da crise de

seu filho. Fred, por sua vez, a partir de sua estrutura psicótica, parecia se situar no vazio que a negação neurótica de sua mãe circunscrevia.

A partir da escuta individual de ambos pude, gradativamente, direcionar a demanda de cada um.

Nesse trabalho preliminar a mãe conta que está em tratamento para depressão desde o falecimento de um irmão muito querido no dia do aniversário de Fred há cerca de dois anos e que, desde então, não consegue comemorar a data de nascimento do filho por ficar remoendo a dor da morte do irmão. A pontuação dessa questão permitiu o endereçamento de uma demanda de tratamento em nome próprio para outra instituição.

A mãe conseguir subjetivar sua dificuldade em comemorar o aniversário do filho após o falecimento do irmão pareceu ter uma incidência positiva sobre Fred e seu tratamento, pois assim, foi possível deslocar um pouco a questão da mãe para Fred. Fred pareceu se descolar um pouco do lugar mortificado em que estava e passou a contar sua história para mim.

A cena e o desencadeamento

Com lucidez cortante descreve a cena precipitante à sua crise. Conta que ficou tomado por um ódio incontrolável ao ver o pai pagando o dízimo na igreja com cartão de crédito. Ele não consegue tomar emprestado nenhuma significação do imaginário social para a situação bem contemporânea do pagamento de um dízimo com cartão de crédito. Na história familiar, o pai de Fred, que era garçom, estava desempregado há algum tempo. A família vinha sendo sustentada pelo parco ordenado da mãe de Fred como camareira e passavam por dificuldades financeiras. Não pareceu ser um momento em que o pai, falicamente, saca o cartão do bolso e paga o dízimo demonstrando poder ou status. O cartão de crédito tem, cada vez mais, perdido a significação de poder e status atualmente. Ao contrário, a maioria das famílias de baixa renda está endividada com o cartão de crédito por acabar adquirindo bens ou serviços, sem ter a renda suficiente para pagar a fatura no final do mês. O pai de Fred é aquele que se deixa levar diante do apelo contemporâneo do compre, seja, faça, sendo capaz de se endividar para isso, ou seja, não tendo senso crítico capaz de auxiliá-lo a proteger sua família. Não teve força suficiente para não sucumbir a esse apelo mercadológico que as igrejas empreendem em seus fiéis.

Diante dessa cena Fred fica num vácuo simbólico e vemos desmoronar certa estabilidade que a relação com a igreja e com Deus conferia para ele. Nessa precariedade, só lhe restou ejetar-se da cena numa passagem ao ato em que tenta suicídio.

Durante meses, traz um discurso confuso, composto por fragmentos e uma voz quase inaudível. Destes cacos de linguagem vai esboçando uma narrativa. A cena inicial nunca mais é falada de maneira tão cortante e certa, mas ele passa a circundá-la a partir dos seus efeitos paranoides, de sua cólera paranoide. Passa a sentir raiva de todo o mundo e vê no extermínio da raça humana e no seu próprio a única solução para seu ódio. Conta que realizou algumas pesquisas na internet sobre como produzir armas, mas diz não ter dinheiro para isso. Era a época em que havia ocorrido a “Massacre de Realengo”²¹ e Fred me conta que estava acompanhando todas as reportagens que saíam sobre o assunto dizendo que a história servia de inspiração para o que deveria fazer diante de seu ódio. Nesse momento crítico, parece encontrar um ponto de apoio na certeza do amor de sua mãe por ele. Por ela ter depressão, sente que ela o compreende. Nesse momento, Fred formula um questionamento à família: “como eles são capazes disso?” que, por um lado é carregado de intensa raiva, por outro, a ideia que lhe vem como resposta permite que ele os perdoe. Parafraseando Jesus moribundo na cruz diz: “eles são uns alienados e não sabem o que fazem”. Parecia que sua referência à Cristo ainda era um vestígio de laço com a vida.

No trabalho de construção do caso percebi que não foi possível observar de que maneira a igreja funcionava para Fred até o rompimento a partir do pagamento do dízimo com o cartão de crédito. A princípio, parecia que ele, apenas, acompanhava os pais aos cultos, mas, ao longo do trabalho clínico com Fred, eu percebia que havia uma ligação dele com Cristo. Ele chegou a me dizer que sua fé na igreja estava abalada, mas a fé em Cristo, nunca! Em certos momentos eu esperava que ele iria dizer: “Eu sou Cristo!” Ele chegava bastante próximo de uma construção delirante que logo em seguida perdia a consistência e ele desviava o assunto ou negava o que tinha acabado de dizer ou falava alguma coisa de maneira totalmente incompreensível como se estivesse recuando ou encontrando algum ponto de basta.

A falta de dinheiro para fabricar armas, eu ousaria dizer falta de pragmatismo, e esse livramento dado à família, não são suficientes para apaziguar a intensa raiva que continua sentindo do mundo e em seus momentos de cólera continua ejetando-se das cenas e pagando com seu corpo através de inúmeras automutilações, queimaduras auto infligidas e tentativas de suicídio.

²¹ Massacre de Realengo refere-se à chacina ocorrida em 07 de abril de 2011 numa escola municipal localizada no bairro de Realengo no município do Rio de Janeiro em que um estudante armado invadiu a escola disparando contra alunos, matando doze e deixando 22 feridos, cometendo suicídio antes de ser detido pelos policiais. Ocorreu grande repercussão ocupando os noticiários por vários dias.

A vida não tem sentido nenhum, trabalhar, casar e ter filhos não passam de ilusões. Gravita também em torno de uma mística entre o bem e o mal, céu e inferno e chega a dizer que não se mata pois tem certeza de que irá para o inferno, como ele já está num inferno ele fica neste aqui mesmo que lhe é conhecido. Sinto-me no fio da navalha, acompanhando-o nesse trabalho de construção tão precário, mas que ainda o sustenta vivo, parecendo não ter rompido totalmente com as referências religiosas. Já estive com data e hora marcadas para o suicídio por enforcamento, mas desistiu por ter-lhe ocorrido um pensamento que nunca concordou em contar-me.

Nega sentir tristeza, conta sobre uma aflição insuportável em seu corpo e em sua mente quando está exaurido precisando dormir depois de tantas horas acordado e nesse estado de torpor fica confuso e agressivo.

Recorte institucional

Até então, o acompanhamento de Fred estava circunscrito aos atendimentos individuais comigo. Depois de um certo tempo do tratamento, Fred retoma suas reflexões sobre a indicação médica inicial e passa a dar uma leve abertura para a entrada de um médico que pudesse lhe dar algumas informações sobre medicamentos, seus usos e indicações, efeitos colaterais etc. Ele foi entrando nessa questão durante o tratamento e diante do limiar bem tênue que se observava entre a vida e a morte nos momentos de mais profunda melancolia eu considerei pertinente o compartilhamento do caso com um médico da equipe. Entretanto, foi necessária uma discussão inicial na supervisão clínico-institucional que pudesse precisar qual era a minha aposta na entrada desse outro colega da equipe no trabalho institucional.

Do ponto de vista da psiquiatria, Fred apresentava sinais e sintomas que apontavam a indicação do uso de medicamentos psicotrópicos, mas a indicação que se fazia necessária exigia que o médico concordasse em sustentar uma posição capaz de construir um vínculo que não se estabelecesse, unicamente, a partir da prescrição protocolar de medicamentos, ou seja, um médico que concordasse em ser um pouco não-médico. Na discussão realizada na supervisão clínico-institucional uma residente médica²² interessou-se pelo caso e Fred passa a contar com cuidados médicos embasados na construção de um vínculo em que o saber de Fred estava implicado e que, como efeito, viabilizasse a utilização de medicamentos, caso isso fosse

²² O CAPSI Maurício de Sousa é campo de estágio para a residência médica em psiquiatria do Instituto Municipal Philippe Pinel.

imprescindível. A partir dessa discussão nós, também, oferecemos um dispositivo coletivo²³ onde Fred passou a frequentar e a estar com outros jovens no CAPSI.

Rascunho de uma escrita

Depois de alguns meses do trabalho que consistia em acompanhá-lo e auxiliá-lo na costura dos cacos soltos de linguagem, das frases que pareciam brotar de um automatismo ele começa a construir uma narrativa que se aproxima mais de suas vivências, dos fatos de sua vida que passa a contar em análise. Numa ocasião, conta que existem outros meninos “suicidas” no bairro onde mora e que eles ficam ouvindo músicas que fazem apologia ao suicídio na internet. Contou-me que escreveu um rap e a meu pedido ditou-me a seguinte letra:

Pesadelo
Espero que isso tenha um fim
Arranquem esse demônio
de dentro de mim
Mas é melhor assim
Quase estou me acostumando
Me Destruindo por dentro
Isso o tempo não está curando
Cada vez mais tenso vou ficando
Andar contra o vento sozinho
pra mim já é uma coisa comum
Estou perdendo meus movimentos
Acho que minha vida agora
Não faz mais sentido nenhum

²³ Trata-se da “convivência de adolescentes da sexta à tarde”: este é um dispositivo clínico e de convivência que ocorre no CAPSI Maurício de Sousa que foi se constituindo a partir da presença de adolescentes na unidade. Sexta à tarde já era um horário que contava com uma circulação de adolescentes e aos poucos eles foram se dividindo nas salas, uma parte deles preferia ficar no totó e no tênis de mesa (ping pong), já outra preferia ficar em outra sala onde havia um bate-papo, um jogo de tabuleiro ou uma oficina de bijuteria. Passamos a realizar algumas “resenhas” e a comemorar aniversários. Também passamos a realizar rodas de conversa e a ser um espaço potente de acolhimento a jovens que estavam internados no IMPP. Os três casos trabalhados nesta dissertação tiveram uma passagem por este dispositivo que foi, de fato, um dispositivo disparador de várias questões para o trabalho.

A precariedade simbólica inicial vai dando lugar a uma construção em que as palavras vão tomando uma forma que parecem circunscrever um lugar para Fred e, talvez, fazer uma suplência.

A cólera paranoide inicial, caracterizada, principalmente pelas passagens ao ato, vai aos poucos cedendo em sua face melancólica, que muito me preocupava, e, conforme ele vai fazendo um trabalho com a língua, consegue construir uma frase sobre a experiência psicótica que tem. “Não tenho palavras para expressar o que sinto”. Tomar a literalidade de sua fala e deter-me diante do furor em auxiliá-lo a encontrar as palavras certas pareceu abrir uma perspectiva nova. Até então, diante do vazio simbólico com que se deparava no movimento metonímico infinito de tentar expressar o que sentia, seu único recurso diante dessa consistência era implicar seu corpo numa aflição sem fim.

O trabalho inicial de catar cacos de palavras vai, aos poucos, produzindo a possibilidade para Fred de construir um esboço de uma narrativa que parece abrir algumas vias, entre elas, a escrita do rap e certo pertencimento ao “grupo de suicidas” do bairro. Poderíamos introduzir estes dois pontos como fundamentais para o que depois mostra-se, mais claramente, como uma suplência.

Trabalho com a palavra e a palavra bíblica

Alguns meses após um breve afastamento devido ao retorno para a escola que era em tempo integral Fred vai acompanhado de sua mãe para despedir-se de mim e dos outros do CAPSI. Disse que com o horário integral da escola e a retomada das atividades na igreja não teria mais tempo para ir ao CAPSI. Tinha cortado os cabelos, estava arrumado e sorridente. Contou que estava trabalhando “com a palavra”, referindo-se ao estudo bíblico que iniciou na igreja. Mostrou, com orgulho, uma foto em que pregava a palavra no púlpito. Passou a exercer uma função na igreja que era de estudar e transmitir “a palavra bíblica” aos jovens. Essa parece ser uma descrição bastante precisa, assim como foi a descrição da cena precipitante ao desencadeamento, da saída encontrada por Fred para contornar o vazio absoluto de sentido e encontrar um lugar mais ou menos resguardado do que se apresentou para ele, na sua experiência psicótica, como Outro que goza dele. Não foi possível estabelecer, precisamente, o momento em que os laços com a igreja e com a palavra bíblica se restabeleceram, mas lembrei-me de um momento em que ele me contou que um “pensamento” lhe salvou de um suicídio com data e hora marcadas. Durante certo tempo eu acreditei que a construção de um delírio poderia ser uma saída para Fred, uma saída menos perigosa para sua vida que a melancolia.

Neste sentido, eu aponto uma questão que ficou em aberto para mim. Seria Fred um paranoico que ainda não sistematizou um delírio ou já há um delírio religioso que a igreja e a família absorvem bem, já que um delírio de certa maneira compartilhado? O trabalho inicial a partir dos cacos de palavra, um esboço de narrativa e a tomada da palavra na igreja parecem indicar um percurso clínico que parte da irrupção de um real que culmina num rompimento, caminha na direção do acompanhamento das vias que Fred vai conseguindo abrir até a possibilidade do restabelecimento de um laço sem que isso tenha sido tomado com um ideal prévio. Acredito que Fred ainda possa experimentar situações em que será convocado subjetivamente de um lugar que ele poderá encontrar dificuldades em seu repertório imaginário e uma nova crise possa se desencadear, já que ele está se arvorando a viver. Na história que ele me conta de como estavam as coisas antes da tentativa de suicídio e do ódio que ele passou a sentir ele me contou que não estava conseguindo ir à escola, pois se sentia desconfortável no transporte público. Dizia que era muito cheio e ele não gostava de lugares cheios. Desiste da escola por essa razão. Eu considero que são elementos indicativos de uma experiência de estranhamento que Fred vivia previamente ao desencadeamento e que não foram percebidos pela família ou pela escola. Por hora, o restabelecimento do laço com a igreja, com a escola e com a família são seu solo para seguir sua vida adiante.

5.2 CASO 2: CRIS/DUDA, 18 ANOS

“Conflito de gerações”

Não participei da equipe que recebeu Cris no CAPSI. Entrei no caso quando o psiquiatra referência do caso saiu do serviço. Até então, Cris era atendida exclusivamente por este médico. A minha entrada no contexto de substituição da referência de um médico para uma psicóloga exigiu um manejo, pois essa mudança foi tomada pela mãe como uma perda. A mãe vinha acompanhando Cris desde o encaminhamento da emergência do Pínel para o CAPSI e exigia que lhe fosse dito o que se passava com sua filha. Ela queria que lhe dissessem se o que estava acontecendo era fruto de uma doença ou de uma falta de caráter e achava que uma psicóloga não poderia lhe dar esta resposta. Demonstrou isso em vários momentos desdenhando de mim e de minhas atribuições. Eu percebi que essa transferência, apesar de negativa, em que não havia nenhuma suposição de saber endereçada para mim, continha uma pergunta, a pergunta sobre o que se passava com a filha. Apostar que a transferência se estabelece a partir do ato analítico e que uma oferta pode gerar uma demanda foi a direção seguida para sustentar minha posição na referência e recusar a entrada, imediata, de outro médico.

De acordo com os relatos em prontuário a paciente chegou ao CAPSI num quadro francamente psicótico. Apresentava delírios místicos de interpretação religiosa sobre culpa e redenção, mudança brusca de comportamento e escuta alucinatória, sem a menção de maiores detalhes acerca do conteúdo dos delírios e das alucinações. Estava desorganizada, andando nua pela casa e chegou a ficar alguns dias desaparecida, retornando para casa bastante descuidada e suja, segundo sua mãe, “como uma mendiga”.

Havia um tom de crítica, de julgamento moral, na maneira como a mãe relatava esses fatos e uma enorme dificuldade de subjetivar a possibilidade de sua filha estar passando por uma crise ou por um problema emocional. Chamava a atenção o fato de a mãe atribuir a causa de todos os problemas de Cris ao uso que fazia de maconha. O uso que Cris fazia de maconha era considerado pela equipe como insignificante e incapaz de produzir tamanha alteração psíquica. A mãe só conseguia enxergar isso e sua reação era de extremo autoritarismo. Expressava com virulência sua aversão ao fato de Cris matar aula, sair à noite, usar drogas e beber. Disse ter precisado parar de trabalhar para cuidar de Cris. O que chamava de cuidado era seguir Cris a todos os lugares que ela ia ou prendê-la em casa, quando precisava fazer alguma coisa na rua. Parecia que os sintomas de Cris despertavam em sua mãe algo impossível de suportar. Para a mãe era tão difícil descolar do discurso moral que atribuía ao uso da droga o quadro de sua filha que mesmo após Cris ter ficado um mês trancada em casa e ainda apresentar vários dos sintomas iniciais, a mãe ainda atribuía à droga a causa do que ocorria com a filha. Após alguns atendimentos a mãe pergunta para mim se a filha iria voltar a usar drogas.

Ao endereçar essa pergunta e receber o convite para vir falar sem a presença de Cris daquilo que estava sendo insuportável nessa convivência, começa a falar um pouco de sua história e conseguimos, com isso, localizar uma questão. Conta que sua mãe, a avó de Cris, era alcóolatra e o pai de Cris e de seu outro filho, com quem conviveu por alguns anos, usuário de drogas. Pontua que as duas situações foram traumáticas em sua vida e percebe uma repetição de sentimentos ligados às situações do passado na sua relação atual com a filha, principalmente, diante do uso de maconha e de álcool dela, que parece muito mais um uso social, onde a partir desse uso Cris estabelece alguns laços de amizade. Depois de localizar essa questão, fala de seu desejo de retornar à terra natal no interior de Minas Gerais, pois lá possui familiares e por acreditar que lá terá uma vida mais tranquila. Acontece que os filhos não querem ir e com isso, elabora outra pergunta. Passa a querer saber se Cris terá condições de viver sozinha e pergunta se ela, a mãe, seria responsabilizada caso resolvesse ir e algo de ruim acontecesse a sua filha no Rio de Janeiro. Aqui localizamos um conflito: desejava uma nova vida, mas se via

confrontada com a fantasia de que para isso teria que abandonar seus filhos, romper com eles, assim como fez com a sua própria mãe e com o antigo companheiro.

Resolveu ir e só me telefonou quando já estava em Minas Gerais. Ao ser questionada sobre o tempo que ficaria lá responde que por um mês. Algum tempo depois eu soube por Cris que a mãe já estava de volta e que teria arrumado um emprego no Rio de Janeiro. Não veio falar sobre as razões de sua decisão de ir, muito menos de voltar, mas parece que algo do amor pelos filhos, e talvez o de transferência, permitiu que ela modificasse a sequência de rupturas que produz sempre que se depara com algo que remeta à sua devastação na sua relação com o alcoolismo de sua mãe.

Esse trabalho clínico preliminar foi fundamental para dar um lugar ao horror sentido pela mãe frente aos sintomas da filha e à violência com que respondia a isso, pois percebemos que o laço entre essa mãe e sua filha estava por um triz de se romper. Acolher a questão e cuidar, momentaneamente, desse laço foi uma estratégia clínica por considerar que se esse rompimento ocorresse logo no momento inicial do tratamento deixaria a jovem numa fragilidade ainda maior do que a que já se encontrava.

Apesar da descrição em prontuário das primeiras consultas médicas demonstrar um quadro francamente psicótico, como “discurso desorganizado, verbigeração e distanciamento afetivo”, o médico, durante a discussão e transmissão do caso em reunião de equipe antes de sua saída, dá destaque ao que chamou de “conflito de gerações” na relação entre mãe e filha. O trabalho preliminar ao tratamento de Cris e essencial com sua mãe demonstrou que havia uma dimensão em jogo no que foi nomeado de conflito de gerações que estava para além da diferença de opiniões sobre a vida em função da diferença de idade entre elas. Esse além, produzia uma resposta violenta, às vezes cruel, por parte da mãe. A oferta de uma escuta que deu lugar a essa dimensão exigiu um intenso trabalho sobre os efeitos subjetivos dessa violência sobre mim. Havia um paradoxo para mim, um estranhamento, entre aquilo que o médico nomeou de maneira corriqueira como um conflito de gerações e a violência com que a mãe de Cris reagia diante de suas dificuldades na sua relação com sua filha. O estranhamento produzido diante desse paradoxo instigou em mim um desejo de saber que me levou em direção ao caso.

CAPSI e laço social

Agora, passarei à consideração do caso da jovem, trabalho que ocorreu concomitantemente ao trabalho com a mãe descrito acima.

Quando o médico saiu do CAPSI Cris estava um pouco melhor do que quando chegou. Estava utilizando dois tipos de medicamentos: um antipsicótico e um estabilizador de humor. Nas consultas iniciais comigo em que sua mãe estava presente Cris ficava parada, parecendo alienada ao relato de sua mãe sobre si. Entretanto, quando passou a ter consultas individuais comigo começou a recusar-se a tomar o remédio, interrogando o porquê de ter que tomá-los. Interrogava, fortemente, seu tratamento como um todo, inclusive a necessidade de frequentar o CAPSI. Foi um momento delicado, pois o vínculo com o CAPSI estava por um fio, já que sua mãe também questionava minha presença na referência. Tomar uma pergunta que, na verdade, veiculava sua posição contrária ao tratamento como uma pergunta que colocava em questão a indicação de tratamento incluindo Cris na reflexão das razões que a levaram até o CAPSI foi a manobra utilizada nesse momento inicial.

A delicadeza envolvia o fato de que Cris, ao interrogar seu tratamento, já apresentava indícios de uma nova desestabilização. Às vezes, quando vinha ao CAPSI ficava calada, com um olhar perplexo e um choro que se resumia a um intenso lacrimejamento. Um rio de lágrimas saltava de seus olhos sem que esboçasse qualquer sentimento ou expressão facial. Eu via uma extrema angústia psicótica e supunha que este estado apontava para a possibilidade de uma passagem ao ato. Cris era acolhida, mas eu achava importante fazer uma leve forçagem e insistir um pouco na construção de razões para seu tratamento quando o pouco que ela falava era para interrogar o porquê de estar lá. “Por que tenho que estar aqui? Por que tenho que tomar esse remédio?” Ficamos por algumas semanas recebendo Cris que só vinha acompanhada por sua mãe, que à época foi quem, mesmo com a transferência negativa, insistia para que Cris viesse. Neste momento em que vinha obrigada pela mãe chorava e aos poucos começou a dizer que não sentia as pessoas “positivas” e esboçou a pergunta se ela sofria de depressão. Ao ser interrogada sobre o que seria depressão para ela, conta que depressão é sofrer por vidas passadas e que ela achava que isso estava acontecendo com ela. Aos poucos vai se constituindo um discurso em torno do seu interesse pelo budismo que incluía tornar-se vegana como um modo de purificação, além da discussão em torno da reencarnação. Essa parecia ser uma saída delirante que estava encontrando naquele momento para subjetivar seu sofrimento e encontrou no CAPSI um lugar de endereçamento dessas questões.

Cris, aos poucos, vai estabelecendo relações no CAPSI e frequentando o serviço com mais regularidade. Passa a frequentar a convivência dos adolescentes e a se relacionar com

outros jovens, outros profissionais, residentes e estagiários²⁴. Concomitante a esse trabalho estava em curso o trabalho com a mãe mencionado anteriormente e nesse percurso o questionamento sobre a medicação perdeu espaço a ponto de só sabermos que Cris já estava sem tomar remédios há um tempo e que se sentia bem.

No início de sua adolescência, envolveu-se com uma pessoa, que posteriormente contou-me tratar-se de uma garota, de quem gostou muito, que a rejeitou e até hoje recordar-se disso a faz sofrer. Fala que a garota por quem se apaixonou esperava demais dela e que não tinha para dar o que ela exigia. Explica de maneira superficial que a garota queria sair, fazer coisas, circular pela cidade, mas Cris não conseguia acompanhar devido à falta de dinheiro. Não consegue elaborar ou construir mais que isso à época. Antes de ter esse amor que Cris coloca como não correspondido havia um garoto na escola que gostava dela e que ela não se aproximou por medo de se frustrar. Esses assuntos são tangenciados e eu opto por não arguir e deixar ver o que aparecia naturalmente. Era um período inicial do tratamento em que a questão sexual estava começando a aparecer.

Cris frequenta a escola, regularmente, tendo um rendimento satisfatório mesmo faltando aula, ocasionalmente. Cris conta que, às vezes, falta aula para visitar museus ou fazer outros passeios culturais com amigos. Fala de amigos de uma maneira superficial, mas chegou a pontuar uma questão em torno de um amigo e do uso da maconha. Havia um amigo com quem gostava de estar e de conversar, mas se sentia obrigada a fumar maconha quando estavam juntos e, às vezes, ela fumava maconha sem desejar, pois achava que a amizade deles dependia desse uso em dupla. Passou a vir sozinha para o CAPSI e a estabelecer alguns laços na convivência.

Possui vários talentos artísticos. Toca instrumentos, compõe músicas, escreve peças teatrais. Recentemente, passou a fazer parte de um conhecido grupo cultural e com eles participa de oficinas e performances.

Cris mora com a mãe e com um irmão dois anos mais novo. O pai, que morava no Nordeste, morreu em 2013 vítima de homicídio.

Não conheceu o pai, pois os pais se separaram ela era ainda um bebê. O pai foi para o Nordeste e nunca voltou ao Rio. Mantiveram contato telefônico por todos esses anos. Nesses contatos o pai sempre prometia que iria mandar dinheiro para ela visitá-lo, mas essa promessa

²⁴ O CAPSI Maurício de Sousa é campo de estágio do Programa de Residência Multiprofissional da SMS-RJ e do Programa de Residência Multiprofissional do IPUB-UFRJ, além de receber estagiários de psicologia de universidades conveniadas com a Prefeitura.

nunca foi cumprida. Relatou que gostava de falar com ele e que se sentia feliz com esse contato. Disse ter ficado muito triste com a morte dele, mas esse assunto não se desenvolveu.

Encontro sexual e ruptura

Três elementos pareceram significativos na história do desencadeamento da psicose dessa jovem.

Primeiro houve o garoto que ela rejeitou, depois a garota que a rejeitou e, em seguida, um estupro. Meses depois de estar frequentando o CAPSI contou sobre o estupro, dizendo inclusive, que veio para o CAPSI por causa deste fato, referindo-se aos efeitos do ocorrido sobre ela. A errância relatada pela mãe nas consultas iniciais foi relatada por Cris, neste momento posterior do tratamento, como uma reação que ela teve à violência sexual sofrida. Disse que ficou dias na rua sem dar notícias, pois se sentia culpada e questionava se tinha responsabilidade sobre o que ocorreu. Quando já estava andando igual uma mendiga, assim como a mãe a descreveu, decidiu voltar para casa e contou tudo para a mãe. Não foi possível localizar melhor o que teria funcionado como ponto de basta para fazê-la retornar para casa. O significativo mendiga que apareceu no relato da mãe apareceu no relato de Cris como algo que a motivou voltar para casa. Mais ou menos nessa época, ela também contou que ficava em casa pelada logo após ter retornado da rua como um protesto ao mundo machista em que vivemos. Pareceu uma construção realizada durante o tratamento. Cris é bastante inteligente e essas explicações continham uma dose de ironia. Em certo momento em que falava da experiência de viver uma violência sexual falou, com bastante angústia, que fazer sexo é estranho, que sente seu corpo estranho ao fazer sexo. Fazer sexo e ser vítima de um estupro são experiências, absolutamente, distintas que pareciam se imiscuir em seu relato e em sua vivência.

Certo dia, Cris chega desacompanhada ao CAPSI num estado um pouco familiar a nós que indicava que algo não estava bem. Sabíamos que Cris estava tentando dar conta de alguma coisa e achamos pertinente que eu fosse até ela para realizar o acolhimento. Cris chegou calada, com os olhos arregalados, com um olhar perdido e aquele lacrimejamento característico de seu estado de angústia. Eu fui sozinha até ela e ofereci minha escuta. Cris permaneceu calada sem olhar para mim, eu insisti um pouco e ela, subitamente, se levanta e vem em minha direção dizendo que queria me beijar. Eu fui pega de surpresa e a reação que tive foi dizer que aquilo não era possível, que eu achava importante que outras pessoas participassem do atendimento e me retirei da sala. Logo em seguida, Cris saiu do CAPSI sem falar com ninguém. Este fragmento do caso me colocou diante da seguinte questão: O que de mim se excedeu de modo

que Cris respondesse com uma erotomania? Essa situação não gerou um rompimento de Cris nem comigo e nem com o CAPSI, mas pontuou que talvez minha posição estivesse excessiva no caso.

A minha primeira reação, após a cena erotômana, foi discutir com a equipe, em reunião de turno, a ideia da entrada de uma outra referência no caso, além de mim. Só depois que consegui entender que a direção que se fazia necessária, justamente, ao contrário de somar, era subtrair. Subtrair um pouco minha posição subjetiva na conduta do caso.

Algum tempo depois Cris falou comigo de seu desejo de realizar um tratamento hormonal para mudança de sexo em função de seu incômodo com seu corpo, principalmente com os seios, mas não dava abertura para eu acompanhar mais de perto seus passos concretos neste sentido. Eu temia que Cris fizesse uso de hormônios por conta própria e ofereci acompanhar seu percurso, incluindo as articulações de rede que se fizessem necessárias para ele obter todas as informações e o acompanhamento adequado. Entretanto, Cris não endereçava essa demanda para mim.

A questão trans: “não é uma questão de gênero, mas uma questão de ser humano”

Cris nasceu menina. Desde que chegou ao CAPSI sua aparência era andrógina, possuía traços muito finos, um corpo franzino e usava um estilo conhecido como “cargo”, utilizando calças largas de tecido grosso e botinas, além de alguns cordões e pulseiras de couro ou metais com pedras, mesclando nisso seu interesse místico pela natureza.

Ao falar sobre Cris, na discussão do caso antes de sua saída, além da questão do conflito de gerações, o médico faz menção a uma “questão trans” que não tinha aparecido com força até então no andamento do caso com a minha entrada. Numa conversa com uma estagiária, a quem se ligou bastante, Cris questionou a divisão social sexual binária entre homens e mulheres. Não se sentia uma mulher, mas também não se sentia um homem. Disse que sua mãe achava que ela era homossexual, por seu interesse por garotas, e que quanto a isso não havia problemas entre elas.

Transcorridos alguns meses de trabalho chegou uma nova médica no CAPSI e consideramos importante, na época, que Cris passasse por uma avaliação médica, já que tinha parado de tomar a medicação por conta própria. Na verdade, consideramos que Cris estava bem e não havia nenhuma indicação aparente para o retorno da medicação. Poderia ser, inclusive, um endosso para sua decisão de não tomar remédios naquele momento, já que estava

frequentando o CAPSI regularmente e, supostamente, endereçando suas questões ao tratamento.

Foi realizada uma consulta médica da qual eu participei e a mãe também. Cris toma a palavra e aborda a questão de sua identidade de gênero. Conta que procurou uma assistente social que iria lhe ajudar com a documentação para tirar a identidade com seu nome social e, também, uma Organização não Governamental (ONG) que irá lhe ajudar no processo de transição hormonal e cirúrgica de gênero. Apesar de não se identificar como homem ou mulher, disse identificar-se com o corpo masculino. Acolhemos sua questão com cautela optando por acompanhar mais de perto os efeitos de seu trabalho em torno da sua imagem e de sua identidade.

Logo depois desse encontro veio me dizer, em particular, que aquela tinha sido a primeira vez que abordava o assunto com sua mãe. Disse que tinha escolhido aquela situação para falar com a mãe por sentir-se mais segura em nossa presença. Temia o fato de saber que sua mãe iria contar para seus familiares, mas que havia decidido não mais se esconder.

Algumas semanas depois chega ao CAPSI e coloca sua nova carteira de identidade sobre a mesa assim que entrou na sala. Tinha um novo nome. Contou sobre a escolha de seu nome, que o achava engraçado, pois era um apelido e um nome: Duda. Neste mesmo dia contou que esteve doente e que isso ocorreu logo após ter conhecido sua nova namorada. Disse que chegou a pensar que havia pegado alguma doença sexualmente transmissível após uma relação sexual. Falou novamente sobre um estranhamento sentido em seu corpo durante a relação sexual e que se sentiu doente logo depois.

Contou também que está lendo Judith Butler²⁵ e que teria ficado muito intrigada com um trecho que não saberia repetir na íntegra, mas concordou em me contar a sua interpretação do trecho: disse que, segundo Butler, “o movimento feminista é contra uma política, mas a partir da criação de uma outra política e que ambas excluem o sujeito em detrimento do gênero”. Esse trecho foi muito marcante para ela, quando peço que me explique isso melhor me falou que sua “questão não é uma questão de gênero, mas uma questão de *ser* humano”. Encerrei o atendimento neste ponto por considerar que ali havia uma significação, imaginária que fosse, mas que lhe conferia um ponto de basta.

²⁵ Judith Butler é filósofa e uma das principais teóricas da questão contemporânea do feminismo, teoria queer, filosofia política e ética. Em sua obra, Butler aponta a falsa estabilidade da categoria mulher e propõe buscar um modo de interrogação da constituição do sujeito que não requeira uma identificação normativa com o sexo binário.

Alguns integrantes da equipe mais próximos de Duda e eu enfrentamos uma dificuldade inicial em absorver a mudança do nome. Assim que ela apresentou sua nova carteira de identidade entendemos que deveríamos chamá-la pelo seu nome social, mas sentíamos certo constrangimento a respeito de que artigo usaríamos para nos referir à Duda: masculino ou feminino? A língua portuguesa é estruturada na divisão binária entre os gêneros masculino e feminino e estávamos diante de um constrangimento devido à nossa falta de informação a respeito de uma discussão atual em torno da linguagem não-binária ou neutra²⁶, forma de linguagem de extrema importância para pessoas trans não binárias como era o caso de Duda. Optei, inicialmente, por evitar usar artigos ao me referir à Duda, mas isso era impossível na língua portuguesa. Passei a observar qual o gênero Duda utilizava para referir-se a si próprio. Por um tempo, parecia que ele próprio ainda não havia definido isso. A estagiária, que a essa altura era quem dividia a referência de Duda comigo, mencionou numa reunião de turno²⁷ após o coletivo de adolescentes que Duda não se identificava com nenhum gênero. Duda diminuía tanto a voz que era impossível entender o que era falado e eu não achava pertinente fazer perguntas sobre isso naquele momento. Eu e a equipe levamos um tempo para conseguir identificar mais claramente que Duda referia a si mesmo pelo artigo masculino e assim passamos a fazer. Essa passagem reflete de maneira bastante clara o preconceito social que acabamos por repetir diante de um sujeito não-binário, que não inscreve seu gênero dentro das categorias feminino ou masculino. Duda não fazia uma crítica contundente ao modo heteronormativo como a sociedade se organiza, mas questionava os padrões de masculino e feminino como únicas maneiras de alguém se identificar. Até o momento, não está engajado em nenhuma mobilização mais organizada sobre a discussão de gênero, mas parece encontrar um lugar para si na discussão desse tema tão contemporâneo.

A ligação de Duda com algumas formas de arte também tem uma importância na construção do caso. A partir de sua ligação com um famoso coletivo de artistas passou a fazer alguns cursos profissionalizantes ligados ao teatro. No momento está concluindo um curso de contra-regragem. Mandou, orgulhoso, fotos de seu projeto final para mim e para outros jovens através de um aplicativo de mensagens, recebendo elogios. Duda mandava, frequentemente, notícias de seu trabalho artístico. Um, em especial, me chamou atenção: era uma instalação com

²⁶ Linguagem não-binária ou neutra é um conjunto de formas linguísticas para se comunicar de maneira a não demarcar gênero para pessoas. Ver (LAU apud LAU & SANCHES, 2019).

²⁷ Reunião de turno é um dispositivo clínico-institucional no qual a equipe se reúne após os término das atividades assistenciais para discutir, recolher e compartilhar impressões clínicas, elementos clínicos ocorridos durante os atendimentos individuais e coletivos do dia de modo que esse trabalho coletivo da equipe passe a orientar as próximas intervenções e planejamentos institucionais.

várias esculturas de pênis. Eu sempre demonstrei interesse por seu trabalho, ora fazendo algumas perguntas, ora fazendo alguns comentários. Este trabalho, em especial, me remeteu a uma artista chamada Márcia X²⁸ que também fazia intervenções artísticas com esculturas e desenhos de pênis e conversamos um pouco sobre isso. Além disso, passou a organizar saraus e feiras junto com outros jovens de sua comunidade. Nesses eventos monta brechós com o intuito de levantar recursos para o seu sustento e verba para produzir o próximo evento. No CAPSI temos um bazar e de lá tirou a ideia e a doação de algumas roupas para iniciar o projeto.

A possibilidade que Duda encontrou de ser recebido no CAPSI, lugar onde estabeleceu laços, endereçou algumas questões sobre suas experiências psicóticas a partir de seu encontro traumático com o sexo e do seu trabalho em torno da construção de uma identidade e de um nome próprio, abriu vias inéditas de um vínculo que pode ter produzido uma incidência em seu laço com a família, com o grupo cultural e com sua arte, criando possibilidades de relações, de trabalho e de circulação pela cidade.

5.3 CASO 3: ANA, 15 ANOS

Uma intervenção precipitada?

Ana chega ao CAPSI encaminhada pela emergência do IMPP com indicação para psiquiatria e psicologia intensivos, pois tratava-se, segundo a médica que a recebeu na emergência, de um “quadro de depressão moderada/grave”. O encaminhamento não trazia nenhuma descrição dos sintomas da jovem ou uma contextualização deles. Além da impressão diagnóstica acima constava a prescrição que lá foi feita de ½ comprimido de Clonazepan 2mg à noite até que fosse atendida no CAPSI. Chegou ao CAPSI, acompanhada pelo pai, 3 dias após essa primeira intervenção.

Eu e uma residente médica realizamos o primeiro atendimento num dispositivo chamado porta de entrada. A porta de entrada é o dispositivo onde realizamos o primeiro acolhimento de quem chega ao serviço, geralmente realizado por uma dupla de profissionais. A ideia de a porta de entrada ser um dispositivo que conta com a presença de dois profissionais está embasada na importância clínica que o modo como o serviço recebe o caso tem para o encaminhamento das questões. Além do fato de podermos contar com dois olhares, o principal, é que possa haver uma interlocução entre esses dois profissionais que, juntos, tomam uma direção para o caso.

²⁸ Márcia X foi uma artista plástica brasileira que utilizava objetos eróticos, brinquedos infantis e objetos religiosos em suas performances, vídeos e instalações, em geral, com o intuito de questionar o status quo das coisas e dos objetos.

A médica que participou do processo de entrevistas iniciais considerou que Ana apresentava uma síndrome depressiva, pois ela apresentava uma série de queixas ligadas ao humor, aos afetos e à vontade que incluíam pensamentos de ruína. Diante disso, a médica optou por iniciar uma medicação antidepressiva. Eu considerava que, de fato, havia uma urgência, mas estava mais inclinada a manejar a situação considerando que fosse uma urgência subjetiva e não uma urgência psiquiátrica que exigisse a prescrição imediata de medicamentos. Minha posição estava embasada na articulação de seu estado emocional agudizado a uma cena traumática vivida poucos meses antes. Entretanto, no trabalho institucional, encontrei dificuldades para interrogar a prescrição e sustentar a direção que eu considerava mais adequada. Este trabalho institucional de realizar os atendimentos iniciais em dupla nem sempre ocorre da maneira ideal em que nenhum saber se sobrepõe ao outro. Neste caso, o saber médico se sobrepôs e a residente médica, enfaticamente, prescreveu para a jovem um antidepressivo na primeira entrevista. De fato, a jovem estava angustiada, com insônia e havia relatado em primeira mão para nós já ter lido ocorrido pensamentos suicidas. Diante dessa situação eu recuei e concordei com a prescrição de medicamentos. Do ponto de vista transferencial eu acabei ficando numa posição em segundo plano e um dos efeitos mais nítidos foi a médica conduzir o tratamento.

Alguns poucos meses depois, uma contingência institucional apresentou para mim uma nova possibilidade de intervenção no caso. O período de estágio da residente terminou e o serviço passou por um tempo significativo sem médico. Diante deste cenário, eu me apresento, novamente, e chamo Ana para atendimentos individuais ao que ela, prontamente, concordou e, a partir daí, retomamos o trabalho de subjetivação de uma demanda de tratamento.

Sexualidade e trauma: um “segredo” familiar

Nesse segundo momento, voltou a falar de um assunto que havia trazido logo no primeiro encontro na porta de entrada. Disse que seus “sintomas de ansiedade” começaram a partir de uma situação, considerada traumática por ela, na qual o avô materno entrou em sua casa enquanto estava sozinha tomando banho. Contou que havia um segredo familiar de que este avô teria abusado sexualmente de sua mãe. Quando questionei como tinha tomado conhecimento deste segredo ressaltou ser um daqueles segredos de que se fala nas entrelinhas e, que, ao longo do tempo, foi “ligando os pontos”. Contou que neste dia, o dia em que o avô entra em sua casa e a encontra tomando banho sozinha, sentiu muito medo de que ele abusasse dela também. Diante deste medo, reagiu gritando com o avô e empurrando-o porta afora. Ana justificou sua reação falando, enfaticamente, que tanto a mãe quanto o pai sempre a orientaram

a nunca ficar sozinha com esse avô, que “ele não prestava”, mas não disse se chegou a questionar a razão dessa recomendação tão expressa. Ana não manteve segredo da presença ameaçadora do avô e contou para os pais que sabia da história da mãe falando abertamente disso que a família disfarçou por tanto tempo, inclusive o seu próprio pai que sabia dos abusos sofridos pela esposa enquanto criança e adolescente. Essa situação gerou uma crise familiar em que Ana foi tomada como mentirosa pela avó materna, sendo acusada de gerar um grande conflito familiar. No auge desse conflito a avó materna tentou suicídio. Não sabemos o estatuto desse ato, mas no relato de Ana é nesse momento que a mãe, de 40 anos, que já sofria de pressão alta, teve um aneurisma e, num momento de desorientação a caminho do hospital, disse: “Para pai, para pai.” Essa cena e essas palavras causaram uma enorme comoção em Ana que as interpretou como uma confirmação dada pela mãe de que ela teria sido estuprada pelo pai.

A mãe sobreviveu ao aneurisma, mas ficou com uma parte do lobo frontal lesionada e, como seqüela, passou a apresentar uma significativa alteração de comportamento e a ficar extremamente agressiva, principalmente, com a filha. Ana ressentiu-se com sua mãe por conta de sua reação. Achou que expor para todos sobre o abuso sofrido pela mãe traria um alívio para ela, mas não foi isso o que aconteceu. Ana contou que passou a sofrer uma pressão de sua mãe para que negasse ou esquecesse o que havia ocorrido. Segundo Ana, sua mãe achava que ela deveria conviver normalmente com os avós maternos, assim como ela mesma fez. Aquilo soava como algo absolutamente absurdo para Ana que dizia que sua mãe tinha um “amor submisso” por sua avó. Ana não aceitou o que chamou de passividade de sua mãe frente à sua avó e afirmou que ela não queria estar mais na presença da família materna. Disse que sua avó não era uma mãe e que nunca iria aceitar o que seu avô fez com sua mãe. Identificada à mãe, pois achava que o avô planejou fazer o mesmo com ela, localizou aí o início de seus sintomas. As brigas entre Ana e sua mãe se intensificaram, Ana ficou muito entristecida e passou ter pensamentos de morte.

Mãe e filha: uma relação, sempre, traumática

Apesar da descrição precisa de um momento de ruptura, da crise familiar desencadeada pela revelação de uma situação mantida em segredo por tanto tempo, Ana ficou por algum tempo falando de suas queixas físicas, como tremedeiras, desânimo, insônia, falta de concentração, falta de memória, entre outras coisas, sem conseguir associar estes dois pontos. Falava do seu corpo como se ele fosse exterior a ela, ou seja, ainda sem uma implicação sua nos sintomas que descrevia. Eu apostava nessa articulação, pois a própria Ana pontuou o início de seus sintomas a partir do medo que sentiu de ser molestada pelo avô assim como sua mãe

foi. Aos poucos, começou a trazer a questões que se referiam à sua relação com a mãe. Inclusive, questões anteriores ao aneurisma, ou seja, questões subjetivas da relação entre mãe e filha que não estavam, exclusivamente, relacionadas às sequelas da lesão cerebral de sua mãe.

Ana contou que a mãe sempre foi uma pessoa rígida e exigente. Ana era bolsista numa escola particular onde a mãe era professora. Por essa razão a mãe lhe exigia um comportamento “modelo”. Ana conseguiu dizer que este fato a impediu de viver várias situações consideradas legais por ela na escola, como participar de abaixo assinados para terem debates e filmes, pois a mãe a proibia. Sua mãe tinha medo de que seu engajamento pudesse ser mal visto pelos donos da escola e ela acabar sendo demitida, como uma retaliação. Estava num momento em que tinha crises de ansiedade na escola ou ficava muito sonolenta durante as aulas devido à dificuldade de dormir à noite e isso era visto pela mãe, segunda Ana, como “frescura”, “teatro” e “invenção”. Nesta época a mãe já estava licenciada devido ao problema de saúde e não autorizava, em hipótese nenhuma, Ana faltar aula ou sair mais cedo, mesmo quando estava “passando mal.” Ana trouxe um pequeno fragmento, embora muito significativo, de uma conversa que buscou ter com sua mãe. Contou que, nessa conversa, a mãe teria lhe dito que, devido ao fato ocorrido entre ela e o pai, nunca teria conseguido dar-lhe carinho. Apesar de Ana dizer que a mãe “nunca foi a mais carinhosa”, conta que após a “doença” “ela não me dá mais carinho”, “não fica perto de mim”, “só grita e me diminui”, passou a se sentir muito perdida sem contar com os cuidados de sua mãe fazendo uma alusão, exclusivamente, às sequelas do aneurisma. Estariam Ana e sua mãe, vivendo muito mais os efeitos e consequências de outra questão que não a física, ligada ao aneurisma, mas os efeitos sobre sua mãe e na relação das duas da maneira como Ana denunciou os abusos sofridos pela mãe? Quais os efeitos e de que maneira incidiram na relação de Ana e sua mãe a experiência do abuso sexual de modo a fazerem com que Ana expusesse isso da maneira como fez? Ana reconheceu o sofrimento da mãe, mas manteve a posição de discordância frente a forma como a mãe respondeu e ainda responde à questão. Ana achava que sua mãe deveria afastar-se dos próprios pais que tanto lhe fizeram sofrer e não conseguia compreender a mãe por manter-se ligada a eles e colocar-se contra ela. A mãe de Ana, por sua vez, insistia em que Ana mantivesse o contato com o avós, exigindo que ela mantivesse o pacto de silêncio do estupro familiar. Tal posição de sua mãe produzia uma enorme irritação em Ana que se revoltava, brigava, falava sobre o assunto e se recusava a fazer o que sua mãe exigia. Ana contou que era muito apegada à avó, mas que nunca mais conseguiu “chegar perto dela”. Ana tinha muita dificuldade em acolher a mãe em seu sofrimento, respeitar sua resposta e em última instância compreender a maneira que a mãe

estava encontrava para lidar com aquilo, pelo menos até aquele momento, principalmente, pelo fato de que sua mãe exigia que Ana agisse da mesma forma. Nem Ana nem sua mãe conseguiam acolher a maneira singular como cada uma das duas respondia à questão.

Sexualidade infantil e Édipo

Ana começou, aos poucos, a fazer um importante trabalho psíquico em torno da formulação de uma demanda de amor endereçada à mãe. Ana resgatou em sua história alguns pontos da relação delas anteriores ao aneurisma e suas consequências. Entretanto, ao que tudo indica, o fato de Ana trazer à tona, “denunciar” os abusos sofridos pela mãe produziu uma crise, não só em Ana, mas num arranjo familiar que, sintomaticamente, funcionava até então.

Segundo Ana, sua mãe contou para o seu pai sobre ter sofrido abuso sexual na infância e adolescência, e este, apesar de achar errado a convivência de sua mulher com a família, não conseguia se impor nem em relação a isso, nem em relação às atitudes agressivas da esposa com a filha. Argumentava para Ana que ele tinha essa posição para não aumentar o problema. Ana e seu pai tem uma relação afetuosa e ele tenta proteger a filha das críticas recebidas pela família materna. Quando chegaram ao CAPSI deram o endereço da avó paterna e o pai afirmava ser esta casa, da avó paterna, um refúgio para Ana nos momentos em que as discussões se intensificavam.

Ana disse interpretar como fraqueza a maneira como o pai maneja as relações familiares após a doença da mãe. Quando ela abordou a questão com o pai disse que ele respondeu que a “grosseria” tem relação com a doença e que ela precisa “se acostumar”. Ana não falou nada sobre a relação dela com o pai ou dos pais antes do aneurisma. O aneurisma e suas repercussões parecem ter obnubilado todas as questões anteriores ou orbitais a ele. Ana reconheceu que seu pai ama muito sua mãe e diz que se sente muito triste ao ter certeza de que se ele tivesse que escolher entre ela e a mãe ele escolheria a mãe. Disse que não gosta do ambiente familiar relacionando isso à presença de sua mãe, mas apontou que quando o pai a levou para a casa da avó paterna, para se afastar um pouco, sentiu-se abandonada, preterida. Ana disse que acha que seu pai deveria “se impor” diante da esposa em defesa da filha e tem bastante dificuldade de elaborar a possibilidade de haver algum laço afetivo entre seus pais. Já chegou a dizer que seu pai é muito apaixonado por sua mãe, mas depois disse que seu pai não ama sua mãe, mas sente-se responsável. Ana interpreta como fraqueza, submissão, a relação do seu pai com sua mãe, assim como interpreta como submissão a relação de sua mãe com sua avó. No auge de suas crises de ansiedade disse que se sente “presa”, “tonta”, “como se todos olhassem para mim” e

fica angustiada por “não quero ser o centro das atenções”, mas parece que, assim, sintomaticamente, busca encontrar um lugar para si no desejo do Outro.

Ana é uma jovem de aparência descuidada, por vezes já esteve no CAPSI com um odor muito ruim em suas roupas. Tem questões relacionadas à sua aparência, ao seu cabelo. Diz que sua mãe critica o seu modo de se vestir, seu cabelo, que a acha feia. Falou dar muito valor ao que sua mãe pensa e fala dela: “Ela é minha mãe” e do quanto gostaria que a mãe a apoiasse. Diante de tantas brigas disse cogitar morar com a avó paterna e ficou perplexa quando a mãe não a deixou ir. “Ela me quer por perto, mas não me ama.” Não conseguiu aceitar a hipótese de que sua mãe não a deixou ir embora, justamente, por amá-la. Neste dia, falou que estranhou, parecendo questionar, sua posição de tentar não chatear a mãe, mas que isso é inevitável. Parece ter sido uma criança pouco investida, do ponto de vista libidinal, pouco cuidada. Acho que seu desleixo pode ser uma maneira de endereçar uma demanda para a mãe, já que a reação da mãe é de acusar recebimento pela via de um certo horror que isso provoca na mãe que fica muito incomodada com o jeito de Ana ser e de se vestir. Ana contou uma passagem que ocorreu no último carnaval. Estava fantasiada saindo com primos para um bloco. Sua mãe disse que ela estava “ridícula” e que não era para reclamar se algum homem “passasse a mão” nela, talvez fazendo alguma alusão ao horror que a sexualidade de Ana representava para ela. Neste momento, seu pai disse que ela estava linda e desejou que se divertisse muito.

Algum tempo depois falou sobre seu livro predileto: “Lolita”. “É pesado, me fez ficar em choque, mas é um livro bom.” Disse que o enredo da história a fez lembrar sobre o evento de sua mãe com seu avô e ter, a partir da leitura do livro, esclarecido e clareado certos pensamentos em sua cabeça. No relato em prontuário, não havia nenhuma menção aos esclarecimentos encontrados com a leitura do livro, mas chamou a atenção que seu livro predileto seja uma história de amor entre uma jovem e um homem mais velho que poderia ser seu pai e de Ana associar essa história de amor ao abuso sexual que sua mãe sofreu de seu pai. Parece haver algo da sua fantasia sexual edípica em jogo nessa associação. Infelizmente, essa pontuação foi trazida para um profissional que não a recolheu como algo a ser desenvolvido. Pretendo, na continuidade do acompanhamento, ficar atenta ao retorno dessa questão uma vez que ela dá uma pista bem consistente sobre a estrutura histórica da jovem.

Adolescência, sexualidade, amores e dissabores

Algum tempo depois, passou a participar da convivência de adolescentes na sexta à tarde, onde passou a estar com outros jovens, outros profissionais, residentes e estagiários, além do atendimento individual comigo.

Suas amigas têm grande importância para Ana. Encontra neles refúgio e apoio que alega não encontrar na relação com a mãe, mas também vive impasses quando essas mesmas relações trazem alguns conflitos. Não suporta ser criticada e, segundo Ana, isso acontece com frequência. Diz que seus amigos são legais com ela e que ficam tentando levantar o seu astral, mas que, às vezes, se sente mal, culpada, pois percebe que seus colegas também têm problemas e ela fica levando mais problemas para eles. Parece ser uma turma de jovens com problemas familiares e emocionais onde se apoiam uns nos outros.

Contou também que estava namorando com uma garota, mas que fica insegura quando escuta críticas dela. Disse gostar de “meninos e meninas”. Não se sente à vontade para conversar sobre isso com a mãe. Disse sentir vontade, mas não ter coragem. Disse que gostaria de encontrar compreensão. Pensou em falar com a avó paterna, já que ela tem uma filha “lésbica”, acha que a avó a compreenderia melhor.

Fez uma associação, percebendo uma semelhança em sua posição diante dos pensamentos suicidas: “tenho vontade, mas não tenho coragem”. Em vários momentos de seu relato aparece o desejo de sumir, de desaparecer. São momentos que, em geral, estava diante de impasses no laço com os amigos, na escola ou nos relacionamentos amorosos em que tinha dificuldades para se posicionar. Contou-me ter um tendência a achar que ela é “culpada por tudo”, que tudo que acontece tem relação com algo de ruim relacionado a ela. Isso a deixa “muito mal”, “pra baixo” e que logo pensa no “botão de sumir”.

Disse estar “bugada”. Sobre isso, falou que é a dificuldade de entender as coisas que estão acontecendo. Gostaria de entender melhor as coisas que acontecem com ela. Poderíamos dizer que houve um deslizamento da questão inicial ligada à dificuldade de concentração, memória, foco que hoje se liga mais à uma dificuldade de interpretar e elaborar, de “compreender” o que se passa com ela? Em sua queixa inicial buscava ser compreendida pelo outro, principalmente, por sua mãe, agora busca ela própria compreender o que se passa com ela. Até então, dormir era seu modo de agir na maioria das situações.

Um dos grandes desafios deste caso foi a construção de um diálogo institucional, principalmente, com os médicos que acompanharam Ana durante este percurso de tratamento.

A paciente recebeu o cuidado de três médicos neste período e cada um tomou uma direção que apontava para a remissão de sintomas, unicamente, sem levar em consideração que esta direção estava produzindo um outro conjunto de sintomas, entre eles um uso abusivo do benzodiazepínico.

A primeira médica, que esteve presente na recepção de Ana ao CAPSI percebeu traços que apontavam para uma depressão e iniciou, logo na primeira consulta, a prescrição de medicamentos antidepressivos: fluoxetina e donaren. Percebemos um alívio imediato dos sintomas e alguma retomada da vida.

A segunda médica atendeu Ana alguns meses depois de sua chegada ao CAPSI após recaída dos sintomas de ansiedade. Momento em que Ana falava de suas dificuldades de estar na escola e de apreender a matéria. A minha proposta era de pensarmos uma alternativa que tivesse como horizonte o desmame da medicação e a possibilidade de articulação com o território de modo que Ana pudesse contar com um atendimento ambulatorial em psicologia, mas diante da intensidade dos sintomas, a médica aumentou o antidepressivo e introduziu um benzodiazepínico.

Em pouco tempo Ana já estava fazendo uso abusivo desta medicação e lançando mão deste recurso quase que diariamente diante dos momentos conflituosos em que tinha “vontade de sumir”. Estava usando o remédio como um parceiro em sua posição de dormir diante dos problemas.

A terceira médica reconheceu o uso do benzodiazepínico como uma muleta e, diante disso, optou por não retirar de imediato. Eu era a favor de retirar de imediato e mantinha a minha posição de que houvesse uma abordagem medicamentosa que auxiliasse o desmame. Ana dizia não ver o mesmo efeito no remédio e pedia mudança. Disse: “Remédio não faz milagre, mas ajuda”. A mudança não era para ser, necessariamente, a que ela pedia que era aumentar a dosagem, mas era necessária uma mudança. Considero que, neste momento, houve um atraso na resposta e, mesmo após algumas consultas, a médica insistia na mesma prescrição. Numa madrugada em que não conseguia conciliar o sono após brigar com o único primo ligado à família materna com quem mantinha contato ela toma 4 comprimidos de clonazepan 2mg e, ao invés de dormir, ou “sumir”, como gostaria, ela começa a passar mal, a ter taquicardia e ficar ainda mais agitada. Pede ajuda ao pai dizendo: “Me ajuda, eu só quero morrer”. Esclarece que pediu ajuda diante do pensamento insistente de morrer, uma vez que não queria morrer. Ao relatar essa circunstância ela cometeu um ato falho dizendo que o que ocorreu promoveu uma

“oportunidade de mudar”, referindo-se ao remédio, mas aponte que era exatamente disso que se tratava: uma oportunidade de mudar.

5.4 DISCUSSÃO

O primeiro caso demonstrou o desencadeamento da psicose de um adolescente diante da cena em que vê o pai se endividar pagando o dízimo com cartão de crédito. O jovem é invadido por uma cólera ao ver o pai sucumbindo a um dos imperativos mercadológicos contemporâneo de pagar, através do dízimo, pelo livramento de todo o mal e da pobreza, estratégia muito utilizada nas pregações de televangelistas pentecostais e carismáticos. Ele experimenta sua frágil estabilidade, que se amparava na relação com a igreja que frequentava, desmoronar e tenta dar conta disso agarrando-se, imaginariamente, a uma situação trágica em que um jovem em surto invade uma escola, mata vários estudantes e se mata em seguida.

Foi necessária uma manobra clínica preliminar com a mãe para incluí-los na transferência com a instituição e ao mesmo tempo permitir ao filho separar seu sintoma do sintoma familiar. A relação com a família, principalmente com a mãe, parecia dar a ele um ponto de apoio e o trabalho inicial com a mãe foi fundamental. Apostei na distinção absoluta das questões de Fred e de sua mãe diante do uso da medicação apesar da semelhança com que os dois se referiam a ela. Situar no trabalho com a mãe a dimensão de urgência subjetiva desencadeada nela a partir da crise de seu filho. Fred, por sua vez, a partir de sua estrutura psicótica, parecia se situar no vazio que a negação neurótica de sua mãe circunscrevia. Reconhecer esses elementos e orientar a escuta e as intervenções a partir disso foi fundamental e demonstrou que colocar-se como “aprendiz da clínica” não implica num vazio absoluto de saber, mas numa posição de esvaziamento subjetivo que visa a construção da subjetividade dos sujeitos em questão. O analista não se coloca em posição de sujeito, mas na posição de objeto causa de desejo para o sujeito em questão. Recolher que havia uma tragédia familiar implicada na maneira como a mãe estava enfrentando o dilema com o filho e incluir isso no manejo permitindo que a questão dela fosse encaminhada para um lugar onde pudesse executar seu próprio trabalho subjetivo parece ter aberto uma via para Fred seguir em seu tratamento também.

A relação de Fred com sua mãe também é digna de nota. Apesar desses elementos não terem sido aprofundados durante a construção do caso achamos pertinente demonstrá-los. Fred toma os remédios de sua mãe com intenção de morrer. A mãe tomava os remédios por estar deprimida após falecimento de um irmão querido no dia do aniversário de Fred que a partir de

então tem uma mãe que só consegue sofrer a morte do irmão e não consegue comemorar o nascimento e a vida do filho. Podemos dizer que a passagem ao ato de Fred no momento de seu desencadeamento teria alguma relação com a hipótese de ele estar objetificado na relação com a mãe identificado ao tio morto? A forte ligação de Fred com sua mãe é colocada quando, durante o tratamento, Fred aponta que sua mãe, por ter depressão, o compreende. Teria sido esse elo fundamental para deter Fred nos momentos em que se via à deriva e ficava à beira de uma passagem ao ato bem sucedida? Devo destacar que a transferência estabelecida com a mãe foi fundamental num momento crítico para o tratamento. O pai, que até então, acompanhava o filho ao tratamento consegue um emprego e Fred não consegue ir ao CAPSI desacompanhado sentindo-se mal no transporte público como se sentia no caminho para a escola e que culminou na desistência de estudar. O tratamento correu o mesmo risco que a escola. Neste momento, ocorre uma virada na posição da mãe. Até então, ela colocava na conta do fato de ter de trabalhar muito para sustentar sua família e com isso não conseguir realizar o seu tratamento regularmente. Ela decide, já que o marido estava empregado, deixar que ele sustentasse a casa de modo que ela pudesse sair do emprego para acompanhar Fred ao tratamento e realizar o seu próprio tratamento regularmente. Ocorre uma aproximação com a questão que o filho trazia para ela, sem que isso fosse aprofundado no CAPSI. O que cabe destacar é que a mãe de Fred se coloca disponível para acompanhá-lo e com essa atitude demonstra ter autorizado o tratamento do filho que pôde seguir com esse apoio até o momento de seu término.

O trabalho tateante de ir acompanhando calmamente, mas com muita atenção àqueles cacos de palavra, sons quase inaudíveis, sem que isso consistisse num interesse pessoal em suas questões, mas à uma posição ética de absoluto respeito pelo que ele estava passando. A aposta na consideração de que aqueles cacos eram um trabalho discursivo e que aqueles encontros poderiam em algum momento produzir uma novidade que seria acolhida, mas não com muita animação, de modo a verificarmos os possíveis efeitos terapêuticos desse trabalho foi a direção clínica tomada.

A construção do caso de Fred permitiu situar um momento de chegada com a percepção da indicação de um trabalho subjetivo com a sua mãe, concomitante, ao trabalho com Fred. O trabalho, propriamente dito, com Fred e seus cacos de palavras até o esboço de uma narrativa em que ele junto com o grupo de suicidas do bairro escreve o rap, até um momento em que restabelece os laços com a igreja, volta a estudar e vem ao CAPSI acompanhado por sua mãe para encerrar seu trabalho.

No segundo caso, conseguir suportar a transferência negativa inicial da mãe que recusava de maneira violenta a minha entrada no caso considerando que eu não estava à altura de um médico para abordar a situação e manejar isso que vinha como uma urgência, ou seja, que o médico que saía do serviço fosse substituído, imediatamente, por outro médico, de modo a suspender um tempo de resposta, viabilizou a abertura de uma questão que estava por engendrar um rompimento radical entre a mãe e a filha em crise.

Além dessa manobra inicial foi necessário lançar mão no manejo de certa dimensão de equívoco da língua – manobra ousada com um paciente psicótico - e tomar um questionamento como uma questão. Este caso demonstra que só podemos operar a partir de um consentimento do sujeito. Cris dá esse consentimento após alguns encontros quando encontra palavras para dizer de sua experiência psicótica na breve e inicial construção delirante sobre o estranhamento que sente diante das pessoas e da hipótese de que sofre de depressão como resultado de suas vidas passadas, após seu encontro traumático com o sexo. Esse é o precioso momento em que Cris morde a isca e estabelece um laço com a analista. Não tomar a psicose como um déficit e apostar que a construção de um delírio é uma tentativa de cura que o sujeito realiza foram os pilares de minha posição de não recuar diante da demanda imaginária sobre a função de um médico e de me colocar como parceira nessa construção até o momento em que Cris inclui o CAPSI no seu circuito pela cidade indo nos encontrar regularmente já sem a presença da mãe.

Passada a fase de urgência inicial e de certo laço estabelecido comigo e com o CAPSI Cris foi situando alguns elementos de sua história que apontam mais claramente o seu desencadeamento relacionado ao seu corpo e ao sexo. Em minha hipótese, o momento em que Cris fica como mendiga na rua é o momento de ruptura, o momento do desencadeamento e que a dieta vegana extremamente rigorosa que empreendeu com o objetivo de purificação era uma forma de resgatar seu corpo, de esvaziar o excesso que lhe invadia. Suas reflexões sobre a suposta culpa não encontram um contorno simbólico àquilo que do sexual se desvelou como traumático. A forma como responde a esse real sem véu, privilegiando o imaginário, implicando seu corpo, localiza sua posição subjetiva psicótica. Considero que, no decurso do tratamento, a localização de que o que sente seja uma depressão fruto de vidas passadas, que também implica numa evolução ou purificação a cada reencarnação, seja uma tentativa de solução que toma o corpo como bengala imaginária.

Cris vai dando notícias de um trabalho em torno da sua identidade e tangenciando sua falta de lugar nas referências sociais binárias de gênero a partir do estranhamento experimentado em seu corpo parece encontrar um contorno num nome social “neutro”,

escolhido por ele. Suponho que o nome social escolhido tenha funcionado como possibilitando que agora, Duda, e não mais Cris, tenha encontrado um lugar no mundo quando ele desloca a questão do ser trans para ser humano. Isso é comovente. Parece que o nome Duda lhe confere um lugar entre os humanos, o humaniza.

Eu tinha um receio de que se Duda, sendo um jovem psicótico, pudesse ter algum tipo de prejuízo se fizesse uso dos hormônios por conta própria. Eu temia por sua vida, mas essa preocupação era demonstrativa de uma dificuldade minha de me lançar radicalmente num trabalho de acompanhar Duda em seu percurso, que só ele poderia fazer. Uma direção de trabalho que implicasse um apagamento de minhas questões subjetivas ligadas ao caso foi sendo construída. Duda estava construindo uma saída para seu mal-estar que só precisava ser acompanhada e com intervenções que visassem alinhar as suas saídas singulares. Ele endereçava questões interessantíssimas para as estagiárias e para as residentes no coletivo fazendo ali laços importantes na sua vida, experimentando estar no laço. Experiência que até então estava muito amparada no uso de maconha com alguns amigos, experiência que chegou a interrogar comigo. “Eu gostaria de tê-los como amigos sem ter que fumar maconha para isso.”

Logo após o episódio erotômano eu indiquei a entrada de um médico no caso. Ocasionalmente Duda indicava por mensagem o pedido de um remédio que lhe auxiliasse a “controlar suas emoções”, mas esse pedido não tomava uma consistência maior e Duda encontrava outras saídas para “lidar melhor com seus sentimentos”. Foi através de uma estagiária e não de um médico que eu encontrei a parceria clínica necessária para modular o meu *furor curandis*. Em casos de psicose como Duda a possibilidade de trabalho institucional operar a partir de muitos é fundamental de modo a evitar que a presença de um único técnico se torne uma presença maciça e produzir num sujeito psicótico a experiência de uma certeza delirante de que o Outro o deseja, como Duda demonstrou na cena erotômana do beijo.

Este caso ensinou-me algo muito precioso para a prática clínica. Ao discutir com a equipe a ideia de uma nova referência médica após a cena erotômana eu já estava trabalhando na construção do caso para a dissertação e me ocorreu a seguinte questão: Será que havia algo neste caso a ser endereçado a um médico? A construção deste caso começa com a minha entrada sustentando a oferta de uma escuta, após a saída de um médico. Essa entrada foi muito questionada pela mãe, nunca por Duda. Entretanto, Duda começa a falar sobre suas questões trans, pela primeira vez, durante uma consulta médica. Esse trabalho não teve continuidade com a saída da médica. Minha presença e interesse pela questão, apesar de ter importância no tratamento de Duda no CAPSI, não produziu esse endereçamento para mim. Minha presença

não abriu, concretamente, as vias de sua transição de gênero ou ao menos seu percurso, como eu supus de início. Havia um interesse prévio meu quanto à questão trans e um desejo de ouvir a esses sujeitos. Há algum tempo eu participava de um grupo de psicanalistas que vinha refletindo e discutindo sobre a questão do sofrimento das pessoas trans, mas encontramos certa dificuldade de oferecer nossa escuta à cidade. Daí veio meu interesse de entrar no caso quando da saída do primeiro médico.

O trabalho fundamental que Duda realizou com o meu acompanhamento foi a construção de um laço no qual ele fazia o uso que ele quisesse. Ele podia me procurar quando quisesse no CAPSI e regularmente o fazia, às vezes, “simplesmente” passava lá. Depois ficava um tempo sem aparecer e vinha dizer que não estava se sentindo muito bem no CAPSI e que tinha dado “um tempo de CAPSI”. Ele não demandou que o CAPSI fizesse nada concretamente em sua vida, mas parece que a “simples” existência dessa instituição e das pessoas que lá ele tinha a possibilidade de encontrar parecem ter produzido uma referência para a qual Duda vinha dar notícias, não só de sua produção artística, mas de seu trabalho subjetivo que culminou na invenção de um nome que pareceu conferir-lhe uma existência.

Passaremos ao terceiro caso. Na discussão do terceiro caso eu gostaria de trazer algumas reflexões preliminares sobre a resposta institucional dada à jovem quando chegou ao CAPSI num quadro de intensa angústia. Diferentemente de outras situações em que jovens chegam ao serviço mais calados, desconfiados, Ana, na primeira consulta, trouxe o relato da cena vivida com o avô, das repercussões familiares de sua atitude de rejeitá-lo e da tristeza que sente pelo fato de interpretar que sua mãe não a ama.

O enquadramento institucional de realizarmos as consultas iniciais em dupla não garantiu uma resposta institucional que suspendesse a urgência de Ana e nós também entramos em estado de urgência. Acho que poderíamos ter manejado a situação inicial sustentando um tempo de suspensão, pois seus sintomas no corpo, tomados como a abertura de um quadro de angústia denotando a opacidade do desejo do Outro, a partir da reação agressiva da mãe à sua denúncia, poderiam ser um trabalho subjetivo já em curso que dava algumas indicações de sua posição subjetiva.

Cabe questionar se houve uma precipitação na prescrição dos remédios, pois, gradativamente, Ana vai retomando suas atividades, seus sintomas vão cedendo, mas não percebemos uma mudança em sua posição. Uma precipitação do momento de concluir que

produziu alguns efeitos terapêuticos, sem, no entanto, ocorrer uma mudança em sua posição subjetiva diante de sua queixa.

Minha divisão subjetiva impediu que eu dialogasse ou até sustentasse, se fosse preciso, que a prescrição na primeira consulta era uma precipitação, mas não suportei arriscar no laço que permitiu que ela falasse pela primeira vez sobre suas ideias suicidas. Ao invés de tomar a fala de Ana como um laço de trabalho cujo endereçamento permitiria, justamente, ela não partir ao ato, eu fui tomada por uma angústia que remetia ao medo de que ela fizesse algo contra si. Minha posição de paralisia impediu que se estabelecesse um diálogo com a médica que desse a ver que se tratava de uma urgência subjetiva e não uma urgência médica/psiquiátrica. O médico é formado para curar, aliviar sintomas, prescrever, dar uma resposta a uma demanda que também é social. Como é possível uma transmissão da psicanálise no trabalho institucional? Certamente não ocorre pela via do saber, mas, por onde se dá, então? Este caso trouxe esse impasse. Ter certa clareza de uma direção clínica para certos casos, mas encontrar dificuldades na construção coletiva de uma direção comum.

A composição múltipla das equipes e o desafio de trabalhar questões clínicas extremamente complexas, em que o aparato institucional é convocado sem que haja uma fórmula adequada para cada situação exige uma formulação institucional coletiva, sem que isso implique no apagamento da subjetividade de cada integrante da equipe, aliás, levando isso em conta. O dispositivo da supervisão clínico institucional é o espaço privilegiado para a construção desse trabalho, entretanto, alguns complicadores podem interferir: a dificuldade que a própria supervisão/supervisor pode encontrar para sustentar sua posição de intervir em situações em que a subjetividade de um ou mais integrantes da equipe se sobrepõem ao caso, ou seja, a subjetividade em questão deve ser a do caso. Discussões de caso pautadas em posicionamentos preconceituosos e moralizantes também são muito daninhos a esse trabalho. Meu empenho, como psicanalista em formação, tem sido intervir, como integrante da equipe, de modo a favorecer a discussão e a construção do caso clínico em questão e que as disputas narcísicas de saber não sejam toleradas.

No segundo momento da construção do caso, momento em que tomo minha responsabilidade clínica nas mãos de novo, damos início a um novo trabalho.

Ana começa a dar lugar à sua implicação no mal-estar que sente quando começa a situar sua demanda de amor em relação a sua mãe. O que poderíamos dizer acerca da construção dessa demanda em sua denúncia do estupro familiar? Em certa medida, parecia haver uma

intromissão de Ana na vida de sua mãe ainda maior do que a que ela se queixava em relação à sua mãe. Ana decidiu “não fingir que estava tudo bem e falar tudo o que pensava.” Essa foi a saída de Ana, não de sua mãe. Ana assumiu uma posição do tipo, mexeu com minha mãe, mexeu comigo²⁹. Para a mãe de Ana foi devastador, nada libertador, ter sua filha como porta voz da sua dor. Para algumas pessoas falar, publicamente, sobre um abuso sexual sofrido pode ser bom. Devo salientar minha reserva quanto a uma generalização desta saída como uma boa saída para todas as pessoas vítimas de abuso sexual. Existem movimentos sociais importantíssimos que lançam luz em questões negligenciadas por décadas como a tomada de palavra de pessoas vítimas de abusos sexuais, entretanto, muitas vezes, parecem que os movimentos veiculam um discurso quase que imperativo para que as pessoas falem sobre abusos sofridos. Talvez Ana estivesse atravessada por esse discurso.

O pai de Ana, ao chegar no primeiro dia, deu o endereço de sua mãe na região coberta pelo CAPSI na expectativa de, assim, conseguir o atendimento para a filha lá. Essa manobra dele ficou flagrante logo no primeiro atendimento, mas resolvemos acolher aquela demanda para situá-la melhor antes de cogitar fazer um encaminhamento para um CAPSI de outro território. Inicialmente, apareceu a tentativa de separar mãe e filha de maneira objetiva, levando sua filha para mais próximo da família paterna e afastando, fisicamente, Ana de sua mãe. Posteriormente, o que se destacou para mim foi um movimento de um pai em torno do cuidado de sua filha. Cuidado ainda frágil, já que este pai precisou ser convocado a sustentar o tratamento de Ana nos momentos em que Ana esteve mais ausente no CAPSI. Diante da dificuldade que a mãe de Ana demonstrava, aquele parecia ser um movimento que o pai fazia na direção de buscar ajuda para a filha encontrar formas de lidar com aquilo.

Opto por encerrar a construção deste caso neste trabalho no momento posterior ao *acting out* e ao ato falho de Ana em torno dele por considerar que estes dois elementos apontaram para aquilo que não pôde ser ouvido em sua chegada: uma “oportunidade de mudar”. A maneira como nos deixamos tocar pelo fato abriu a possibilidade de encontrarmos uma nova resposta que acolhia seu sofrimento e seu pedido de que aquele mal-estar que sentia cessasse incluindo a consideração de uma dimensão sintomática naquele ato, ou seja, incluindo que essa tinha sido

²⁹ Ana não faz menção a nenhum movimento feminista de luta contra abusos sofridos por mulheres, mas era a época em que uma figurinista da Rede Globo denunciou, publicamente, o assédio sofrido por meses pelo famoso ator José Mayer dando origem ao movimento “Mexeu com uma, mexeu com todas”. Além desse episódio, vários movimentos feministas vêm fortalecendo campanhas para que as mulheres vítimas de abusos e de violência sexual denunciem as situações e rompam com o silêncio que permanecem, muitas vezes, por uma vida inteira.

a maneira como Ana tinha encontrado para colocar em cena o seu pedido por uma oportunidade de mudar.

CONCLUSÃO

Este trabalho trouxe um debate sobre a adolescência nos dias de hoje e seus impasses. Discutimos a incidência das modificações sociais na sua subjetividade e porque vias o adolescente pode encontrar saídas para lidar com o seu mal-estar. A distinção entre a crise do adolescente, como o trabalho psíquico que o adolescente faz para encontrar sua maneira própria de estar no mundo uma vez que as referências identificatórias das figuras parentais já não lhe servem de apoio, e a crise que a sociedade hoje enfrenta sem as referências mais coletivas que davam uma orientação compartilhada foi um exercício importante. O fato de não haver certos ideais coletivos não nos levou a uma reflexão nostálgica à referência ao Nome-do-Pai como significante universal da subjetividade, sendo ele recalçado ou foracluído, mas radicalizou a exigência que cada sujeito tem de encontrar os seus próprios parâmetros, a partir de sua posição sintomática, para estar no mundo.

A maneira como a chamada crise do adolescente é acolhida pode favorecer ou não o seu atravessamento. Percebemos que alguns fenômenos contemporâneos, efeitos das novas formas sociais, em alguns casos, não permitem que o adolescente encontre nem espaço nem tempo para proceder a esse atravessamento.

A clínica com adolescentes mostra que não se trata de restabelecer a ordem anterior das coisas, mas de encontrar um manejo que permita o acolhimento e o acompanhamento do caminho que o adolescente vai percorrer.

O percurso deste trabalho sobre a clínica com adolescentes e sobre o acolhimento à urgência inclui uma dimensão que por um lado é árida, exige um exercício rigoroso de decantação de minha posição subjetiva, por outro é uma espécie de luz, de orientação para o trabalho clínico.

A construção dos três casos apresentou alguns pontos em comum: apesar da clínica não apresentar um caráter cronológico linear eles permitiram a demonstração de alguns elementos clínicos em seus momentos lógicos, a saber: a chegada do paciente e sua família portando uma queixa, um pedido que pode ser de um restabelecimento de uma situação anterior, a localização do momento de ruptura de certa homeostase que existia até o momento da urgência, um manejo que incluía a dimensão de um tempo que suporta suspender uma resposta imediata de qualquer ordem que seja, durante esse manejo localizar a posição subjetiva do sujeito, ou seja, localizar no discurso de que lugar o sujeito está veiculando a sua demanda e colocá-lo a trabalho psíquico nela. A passagem da localização da posição subjetiva para a construção de uma demanda

implicada exigiu um trabalho preliminar que ora indicou a presença da família, ora indicou uma presença mais consistente do aparato institucional que conjugasse o endereçamento de um pedido de ajuda, de um pedido para que o Outro eliminasse um mal-estar ao questionamento sobre sua própria posição no seu sofrimento como no caso da jovem neurótica ou a uma abertura para um trabalho de bricolagem, de invenção de uma saída como nos dois casos dos jovens psicóticos.

A tarefa de construir um caso clínico é muito mais complexa do que a simples leitura dos documentos clínicos e compilação da história de um paciente dentro de um serviço de saúde mental. Ela implica uma leitura própria daquele que se dispõe a realizar tal exercício. Uma leitura capaz de extrair a lógica do caso, aqueles pontos que muitas vezes passam como mero detalhe ao leitor desatento. A opção por trabalhar com casos que estavam sob meus cuidados clínicos foi a direção tomada de modo que a construção do caso pudesse inserir, justamente, aquilo que complexifica, mas que por outro lado não poderia ficar de fora. Não foi um exercício simples, pois a consideração de um real em jogo, um ponto cego em cada caso remetia ao ponto cego de meu próprio caso, ou seja, à minha posição subjetiva diante daquilo que se fazia enigma para mim. Aquilo que sem percebermos pode acabar por orientar nossa escuta numa direção que não aquela que o caso indica, mas que por outro lado, somente assim, ou seja, incluindo a consideração da dimensão de um real em jogo é possível que o real do caso seja extraído e sirva de orientação para a direção do tratamento. O exercício clínico de construção dos casos trouxe uma contribuição incomensurável para minha formação.

Do impacto inicial do encontro com a clínica com adolescentes, a perspectiva de um trabalho de acolhimento ao momento de crise que um adolescente e seu entorno atravessam ao exercício pessoal e coletivo de encontrar formas de sustentar um lugar no tempo e no espaço para que essa crise seja vivida e atravessada um longo percurso foi transcrito. Os casos demonstraram a importância de recolher o fino dessa clínica com as pequenas indicações que estes jovens deram e do quanto que recolher esses pequenos indícios pode ser fundamental para dar contorno às situações de crise da adolescência, da psicose ou dos dois ao mesmo tempo.

Esperamos que a demonstração desses pequenos detalhes contribua para o debate sobre o tema da adolescência, da prevenção do suicídio na adolescência, principalmente, contribuindo para que as equipes estejam atentas e sensíveis a essa clientela que, muitas vezes, sofre com estereótipos do tipo “aborrecência”, fazendo menção a um certo aborrecimento que o adolescente, em geral, personifica com seus conflitos, seus impasses e suas soluções “problemáticas”.

Percebo uma resistência de algumas pessoas, mas também de algumas equipes diante do adolescente. Uma posição de afastamento, de evitação, de exílio, até de extermínio com que reagem à presença do adolescente e de seus dilemas. O adolescente, por sua vez, também recorre a uma espécie de exílio, de afastamento das referências que estruturaram sua infância para efetuar uma separação e encontrar uma outra identificação nos seus grupos de zap, na comunidades das redes sociais que lhe servem de muleta até certo ponto, até que ele possa construir esse algo novo, esse pensamento novo sobre o que ele é para o Outro que lhe permita no seu próprio exílio do seu modo particular de gozo encontrar uma maneira de estar no mundo.

Este trabalho teve como intuito contribuir para que as equipes e a rede consigam encontrar formas de acolher, acompanhar os detalhes do percurso e favorecer que o adolescente encontre seu caminho. Devo mencionar que para isso não temos uma fórmula, mas temos orientações e este trabalho destacou algumas delas. Entretanto, a perspectiva desse trabalho cujo objetivo é encontrar essas formas somente ocorre com cada sujeito a cada encontro. Temos as orientações, mas a dimensão do desejo tem uma incidência direta, já que protocolos, neste caso, não são suficientes. A pergunta de como fazer a cada vez exige do praticante/analista/equipe uma posição desejante diante da pergunta sobre a sua própria subjetividade que relance e viabilize a sustentação da formulação da pergunta daquele que vem ao serviço num estado de urgência.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

AVALIAÇÃO do risco de suicídio e sua prevenção. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde, 2016. (Coleção Guia de Referência Rápida). Disponível em: <https://subpav.org/download/prot/GuiaSuicidio.pdf> Acesso em: 01 mar. 2020.

BAIO, V. O ato a partir de muitos. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 66-73, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf Acesso em: 10 set. 2020.

BASSOLS, M. O bárbaro. *In*: DELGADO, Osvaldo; FRIDMAN, Pablo (comp.) **Indagaciones psicoanalíticas sobre la segregación**. Buenos Aires: Olivos: Grama Ediciones, 2017.

BOLETIM da atenção psicossocial carioca, Rio de Janeiro n.2, jan. 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/9ea3ac61-f3f5-4242-a5ae-0cf4f5b712db> Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/constituicao-federal.asp>. Acesso em: 25 abr. 2020.

BROSDKY, G. Parte I: A causa do pai. **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 46, 2006.

BROSDKY, G. Parte II: Pai, não vê que... **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise** n. 46, 2006.

BURSZTYN, D, C. **A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental**. 2012. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.pgpsa.uerj.br>. Acesso em 22 jul. 2018.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v.11, n. 4, p.640-652, São Paulo, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000400010&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 21 abr. 2020.

COTTET, S. O avesso das famílias: o romance familiar parental. **aSephallus**, v. II, n. 4, p.12-17, 2007. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/asephallus04.pdf Acesso em: 17 nov. 2020.

DI CIACCIA, A. Inventar a psicanálise na instituição. *In*: HARARI, Angelina et al. (org.). **Os usos da psicanálise**: primeiro encontro americano do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003, p. 33-38.

FIGUEIREDO, A.C. et al. Pesquisa clínica em psicanálise. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v.2, n.1, p. 131-135, 2002. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7746/5596> Acesso em: 13 out. 2020.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v.7, n.1, p.75-86, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v9qDvJVsYY4tHQPdJtC9FgH/abstract/?lang=pt> Acesso em: 10 out. 2020.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, v.3, n. 5, p.43-55, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004 Acesso em: 29 out. 2020.

FREDA, D. A. de. Entrevista Damasia Amadeo de Freda. [Entrevista cedida a] Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – CIEN. **Almanaque - Revista Eletrônica do IPSM-MG**. n. 22, 2018. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/entrevista-damasia-amadeo-de-freda/> Acesso em: 22 set. 2020.

FREUD, S. Um caso de histeria. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**: (1901/1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.7). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-07-1901-1905.pdf> Acesso em: 20 set. 2020.

FREUD, S. Breves escritos (1910): contribuições para uma discussão acerca do suicídio. *In*: FREUD, S. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**: (1910). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.11). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-11-1910.pdf> Acesso em: 18 set. 2020.

FREUD, S. **Totem e tabu e outros trabalhos**: (1913/1914). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.13). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-13-1913-1914.pdf> Acesso em: 17 set. 2020.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos:** (1914/1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.14). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf> Acesso em: 3 set. 2020.

FREUD, S. Algumas reflexões sobre a psicologia escolar. *In*: FREUD, S. **Totem e tabu e outros trabalhos:** (1913/1914). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.13). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-13-1913-1914.pdf> Acesso em: 17 set. 2020.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise:** partes I e II: (1915/1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.15). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf> Acesso em: 18 out. 2020.

FREUD, S. A organização genital infantil: (uma interpolação na teoria da sexualidade). *In*: FREUD, S. **O ego e o id e outros trabalhos:** (1923/1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.19). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-19-1923-1925.pdf> Acesso em: 13 out. 2020.

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo. *In*: FREUD, S. **O ego e o id e outros trabalhos:** (1923/1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.19). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-19-1923-1925.pdf> Acesso em: 18 out. 2020.

FREUD, S. **Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos:** (1925/1926). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Sigmund Freud, v.20). Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-20-1925-1926.pdf> Acesso em: 18 set. 2020.

GUIMARÃES, M.C.P. **A passagem ao ato falha. Da angústia ao ato na teoria laciana.** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LACADÉE, P. A passagem ao ato nos adolescentes. **aSephallus**, v.2, n. 4, p. 85-92, 2007. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/asephallus04.pdf Acesso em: 17 nov. 2020.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). *In*: LACAN, J. **Escritos:** (1949), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.96.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. *In*: LACAN, J. **Escritos**: (1953), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.239.

LACAN, J. **O seminário**: livro 5: as formações do inconsciente: (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. Juventude de Gide ou a letra e o desejo. *In*: LACAN, J. **Escritos** (1958), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.766.

LACAN, J. **O seminário**: livro 9: a identificação: (1961-1962). Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2003.

LACAN, J. **O seminário**: livro 10: a angústia: (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. Ato de fundação. *In*: LACAN, J. **Outros escritos**: (1971). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, J. **O seminário**: livro 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise: (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. Nota sobre a criança. *In*: LACAN, J. **Outros escritos**: (1969). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.369.

LACAN, J. **O seminário**: livro 17: o avesso da psicanálise: (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, J. **O seminário**: livro 18: de um discurso que não fosse semblante: (1971). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

LACAN, J. **O seminário**: livro 19: ... ou pior: (1971-1972). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

LACAN, J. **O seminário**: livro 20: Mais, ainda: (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. Prefácio à O despertar da primavera. *In*: LACAN, J. **Outros escritos**: (1974). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.577.

LACAN, J. **O seminário**: livro 23: o sintoma: (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007, p.91.

LACAN, J. Prefácio à edição inglesa do seminário 11. In: LACAN, J. **Outros escritos**: (1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p.567.

LA SAGNA, P. A adolescência prolongada, ontem, hoje e amanhã. **Almanaque - Revista Eletrônica do IPSM-MG**. n.16, [20?]. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/adolescencia-prolongada-ontem-hoje-e-amanha/> Acesso em: 13 ago. 2020.

LAU, H. D.; SANCHES, G. J. A linguagem não-binária na língua portuguesa: possibilidades e reflexões making herstory. **Revista X**, Curitiba, v.14, n.4, p. 87- 106, set. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revistax/article/view/66071/39460> Acesso em: 07 dez. 2020.

LAURENT, É. O analista cidadão. **Revista Curinga**, n. 13, p. 7-13, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf Acesso em: 10 ago. 2020.

LEAL, E.M. A formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, v.1, n. 1, 2008.

LEÓN, O. D. Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In: FREITAS, Maria Virgínia de (org.). **Juventude e adolescência no Brasil**: referências conceituais. São Paulo: Ação Educativa, 2005, p.9-19. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf> Acesso em: 10 nov. 2020.

LIBÉRIO, M.; ALBUQUERQUE, P. (org.). **12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde/ Coordenação de Saúde Mental/ Gerência dos Programas de Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, 2008.

LUSTOZA, R. Z.; CARDOSO, M. J. d'E; CALAZANS, R. “Novos sintomas” e declínio da função paterna: um exame crítico da questão. **Revista Ágora – Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 17, n.1, p.201-213, Rio de Janeiro, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000200003> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/9hDBzBX8gxmvmkjg4Y59Rw6S/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 13 out. 2020.

MAIA, A. M. O encontro com um analista no CLAC. In: **Blog Centro Lacaniano de Atendimento e Consultas**, Rio de Janeiro, 16 abr. 2018. Disponível em: <https://clac-rio.blogspot.com/2018/04/o-encontro-com-um-analista-no-clac.html> Acesso em: 26 out. 2019.

MILLER, J. A. **Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise**: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise/Scriptum Livros, 2008.

MILLER, J. A. **Em direção à adolescência**: intervenção de encerramento da 3ª jornada do Instituto da Criança. 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/57727007-Em-direcao-a-adolescencia-por-jacques-alain-miller.html> Acesso em: 27 ago. 2019.

MONTEIRO, K. A. C., RIBEIRO, M. M. C. e BASTOS, A. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p.290-303, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/fdMygWcFtMTTyMvKnSt5jkn/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 08 dez. 2020.

MUÑOZ, N. M.; BURSZTYN, D. C. Testemunho e construção: sobre o ensino da psicanálise na universidade. **Fractal: Rev. Psicol.**, v.31 n.2, p.76-82, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922019000200076&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 04 abr. 2020.

NAPARSPEK, F. Do pai universal ao pai singular. **Revista Curinga**, n. 21, p.41-54, 2005. Disponível em: <https://ebp.org.br/mg/2020/11/07/curinga-021/> Acesso em: 10 set. 2020.

POLI, M.C. **A construção ficcional de um corpo sexuado**: psicanálise e teoria queer. 2016. Projeto de pesquisa (Bacharelado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

PREVENTING suicide: a global imperative. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?jsessionid=99FAD0B1E671D79DD3FC705648DA2F55?sequence=1. Acesso em: 01 março 2020.

ROSA, M. Ser um homem segundo a tradição? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n.2, p. 437-446, 2008. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4705/4440> Acesso em: 10 set. 2020.

SANTIAGO, A. L.; LIMA, N. L.; CUNHA, C. F. et al. (org.). **Mais além do gênero**: o corpo adolescente e seus sintomas. Sobre as investigações teóricas e clínicas de orientação psicanalítica em projetos de pesquisa e extensão da UFMG. Belo Horizonte: Scriptum, 2017.

SOTELO, I. et al. **Clínica de la urgência**. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2007.

SOTELO, I. **Perspectivas de la clínica de la urgência**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

TARRAB, M. Produzir novos sintomas. **aSephallus**. v.2, n. 4, 2007. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_02/artigo_05port_edicao02.htm Acesso em: 17 nov. 2020.

VERTZMAN, J. et al. Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia de pesquisa. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 9, n. 4, p. 647-667, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/xTBTNCKMpPsbHMkZjjTqLxj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 ago. 2020.

VIDAL, P.E.V. Édipo, sonho de Freud. **Analytica – Revista de Psicanálise**. São João Del Rei, v. 2, n. 3, p. 11-39, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/461/458> Acesso em: 10 nov. 2020.

VIEIRA, M.A. **A voz e os limites**: aspectos de uma alteridade sem corpo na experiência psicanalítica e na configuração subjetiva contemporânea. 2014. Projeto de pesquisa (Bacharelado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

VIGANÒ, C. A Construção do caso clínico em saúde mental. **Opção Lacaniana Online** v.1, n.1, mar. 2010. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf Acesso em: 21 jun. 2018.

VILANOVA, A.; VIEIRA, M. A. O sujeito da psicanálise não é sem corpo. **Arquivos Brasileiros de Psicanálise**. v.66, n.1, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672014000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 27 ago. 2019.

ZENONI, Alfredo. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. **Revista Abreampcos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p. 12-93, 2000.

ZENONI, A. Versões do Pai na psicanálise lacaniana: o percurso do ensinamento de Lacan sobre a questão do pai. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v.13, n.1, p.15-26, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000100002 Acesso em: 10 ago. 2020.

ZUCCHI, M. O corpo na adolescência (coord.). *In: COLÓQUIO DESPERTAR DA ADOLESCÊNCIA: DO GOZO AO DESEJO*, 1., Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise/ Instituto de Clínica Psicanalítica, 2016. [Coletânea de Textos].

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – INSTITUTO DE PSIQUIATRIA (IPUB/UFRJ)

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TÍTULO DO PROJETO: Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude.**PESQUISADORA:** Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva, psicóloga, estudante do mestrado profissional em atenção psicossocial IPUB-UFRJTelefone: (21) 96700.4947 E-mail: patguima@yahoo.comCurrículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3167759194056656>

CONTATO COMITÊ DE ÉTICA IPUB:

Tel.: (21) 3938.5510

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

CONTATO COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Tel.: (21) 2215.1485

E-mail.: cepsms@rio.rj.gov.br*Prezados (as) Senhores Pais e/ou Responsáveis*

Por favor, leiam atentamente as instruções abaixo antes de decidir com seu (sua) filho (a) adolescente sob sua responsabilidade se ele (a) deseja participar do estudo e se o (a) Sr. (a) concorda que ele (a) participe do estudo. Se possível, discuta com ele (a) para que seja uma decisão em conjunto.

Gostaria de convidar seu (sua) filho (a) adolescente sob a sua responsabilidade a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude”, que se refere a um projeto de Mestrado Profissional em atenção psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB-UFRJ.

O objetivo da pesquisa é descrever e analisar diferentes modos de manifestação da urgência subjetiva em jovens que frequentam o Capsi e discutir o seu manejo clínico. Chamamos de urgência subjetiva àqueles momentos em que irrompe um intenso mal-estar e manejo clínico o modo como os profissionais dos serviços de saúde acolhem e tratam os jovens nesses momentos.

Dois motivos nos levam a estudar esse assunto: o primeiro é o número expressivo de jovens que chega ao Capsi, em estado de urgência subjetiva e o segundo a pretensão de que a pesquisa possa ajudar aos profissionais da rede de saúde a encontrarem formas de lidar com os jovens que estejam nessa situação. A pesquisa pretende contribuir para que cada vez mais, os jovens que estejam vivendo um momento como esse encontrem profissionais qualificados e um local adequado para que possam receber o cuidado necessário.

RUBRICA DO PESQUISADOR

RUBRICA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

RUBRICA DO ADOLESCENTE



Para este estudo aconteça não será precisa a participação de seu filho (a) em nenhum outro evento adicional e não será necessário preencher nenhum tipo de questionário. O estudo será fundamentado nos registros clínicos e anotações em prontuário realizados pela profissional pesquisadora e pela equipe de cuidados. Os registros clínicos são, conforme a resolução 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia, notas escritas pelo psicólogo sobre os atendimentos realizados. O prontuário é o documento onde os profissionais do Capsi registram informações, observações, sua frequência, sua prescrição, se você estiver tomando medicações, e algumas reflexões sobre o andamento do tratamento. No entanto, os registros clínicos do atendimento de seu filho (a) e anotações de prontuário só poderão fazer parte desse estudo caso você concorde explicitamente, firmando sua autorização no presente documento. Caso você concorde agora e decida desistir depois, você poderá me comunicar sua decisão para assinatura de um termo de desistência, sem prejuízo ao seu atendimento e tratamento.

Apesar da pesquisa não beneficiar seu filho (a) diretamente, poderá trazer benefícios indiretos, ao contribuir para que a temática da urgência subjetiva na juventude alcance mais visibilidade e contribua para o melhor acolhimento e tratamento dos jovens. Toda pesquisa com seres humanos envolve algum grau de risco ou dano direto ou indireto. Diante disso, e, orientados pela Resolução 466/2012, procuramos minimizar, ao máximo, qualquer incômodo que a participação na pesquisa possa gerar ao participante. Optamos por realizar a pesquisa através de análise documental de modo que não seja necessário nenhum procedimento alheio ao atendimento psicológico. Além disso, garantimos que os dados dos participantes serão tratados de maneira anônima, serão protegidos e codificados de maneira a não expor o participante ou características que o identifiquem. Os dados dos participantes da pesquisa são confidenciais e, absolutamente, sigilosos. Entretanto, se, mesmo com todo o cuidado exposto acima, algum participante sinta alguma inquietação ou dúvida está garantida a assistência ao participante da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras, relatórios, artigos científicos e no trabalho de conclusão da dissertação, garantindo a privacidade e o sigilo dos participantes de acordo com as diretrizes éticas na resolução no.: 466/2012.

O profissional pesquisador se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, além de prestar assistência e apoio se necessário ao seu filho (a), oferecendo consultas extras no serviço.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade federal do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.

Este termo em duas vias, onde uma via ficará em meu poder, certifica que:

Eu _____ concordo que meu filho (a) adolescente sob a minha responsabilidade, _____ pode participar da pesquisa como voluntário do projeto acima mencionado.

RUBRICA DO PESQUISADOR

RUBRICA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

RUBRICA DO ADOLESCENTE



Estou ciente que tenho plena liberdade e autonomia para recusar e retirar meu consentimento para que meu filho (a) adolescente sob a minha responsabilidade deixe de participar em qualquer fase da pesquisa, se assim eu desejar, sem penalização alguma e sem prejuízos à continuidade do acompanhamento no Capsi Maurício de Sousa.

Por fim sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas de forma que eu obtenha esclarecimento sobre a minha dúvida.

Rio de Janeiro, _____ 2019.

Assinatura do adolescente:

Assinatura dos

Pais/responsáveis: Assinatura

do pesquisador:

ANEXO B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – INSTITUTO DE PSIQUIATRIA (IPUB/UFRJ)
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TÍTULO DO PROJETO: Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude.

PESQUISADORA: Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva, psicóloga, estudante do mestrado profissional em atenção psicossocial IPUB-UFRJ

Telefone: (21) 96700.4947 E-mail: patguima@yahoo.com

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3167759194056656>

CONTATO COMITÊ DE ÉTICA IPUB:

Tel.: (21) 3938.5510 E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

CONTATO COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Tel.: (21) 2215.1485 E-mail.: cepsms@rio.rj.gov.br

RUBRICA DO PESQUISADOR

RUBRICA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

RUBRICA DO ADOLESCENTE

RUBRICA DO ADOLESCENTE

Prezado (a) jovem usuário do Centro de Atenção Psicossocial Maurício de Sousa,

O consentimento significa que você concorda em participar da pesquisa intitulada: “Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude.” Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer. Por favor, leia atentamente os itens abaixo.

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: “Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude”.

Nessa pesquisa pretendemos descrever e analisar diferentes modos de manifestação da urgência subjetiva em jovens que frequentam o Capsi e discutir o seu manejo clínico. Chamamos de urgência subjetiva àqueles momentos em que irrompe um intenso mal-estar e manejo clínico o modo como os profissionais dos serviços de saúde acolhem e tratam os jovens nesses momentos.

Dois motivos nos levam a estudar esse assunto: o primeiro é o número expressivo de jovens que chega ao Capsi, em estado de urgência subjetiva e o segundo a pretensão de que a pesquisa possa ajudar aos profissionais da rede de saúde a encontrarem formas de lidar com os jovens que estejam nessa situação. A pesquisa pretende contribuir para que cada vez mais, os jovens que estejam vivendo um



momento como esse encontrem profissionais qualificados e um local adequado para que possam receber o cuidado necessário.

Para este estudo acontecer não será preciso sua participação em nenhum outro evento adicional e não será necessário preencher nenhum tipo de questionário. O estudo será fundamentado nos registros clínicos e anotações em prontuário realizados pela profissional pesquisadora e pela equipe de cuidados. Os registros clínicos são, conforme a resolução 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia, notas escritas pelo psicólogo sobre os atendimentos realizados. O prontuário é o documento onde os profissionais do Capsi registram informações, observações, sua frequência, sua prescrição, se você estiver tomando medicações, e algumas reflexões sobre o andamento do tratamento. No entanto, os registros clínicos de seu atendimento e anotações de prontuário só poderão fazer parte desse estudo caso você concorde explicitamente, firmando sua autorização no presente documento. Caso você concorde agora e decida desistir depois, você poderá me comunicar sua decisão para assinatura de um termo de desistência, sem prejuízo ao seu atendimento e tratamento.

Apesar da pesquisa não lhe beneficiar diretamente, poderá trazer benefícios indiretos, ao contribuir para que a temática da urgência subjetiva na juventude alcance mais visibilidade e contribua para o melhor acolhimento e tratamento dos jovens. Toda pesquisa com seres humanos envolve algum grau de risco ou dano direto ou indireto. Diante disso, e, orientados pela Resolução 466/2012, procuramos minimizar, ao máximo, qualquer incômodo que a participação na pesquisa possa gerar a você. Optamos por realizar a pesquisa através de análise documental de modo que não seja necessário nenhum procedimento alheio ao atendimento psicológico. Além disso, garantimos que os seus dados serão tratados de maneira anônima, serão protegidos e codificados de maneira a não expor você ou características que o identifiquem. Os dados dos participantes da pesquisa são confidenciais e, absolutamente, sigilosos. Entretanto, se, mesmo com todo o cuidado exposto acima, você sinta alguma inquietação ou dúvida está garantida a assistência ao participante da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras, relatórios, artigos científicos e no trabalho de conclusão da dissertação, garantindo a privacidade e o sigilo dos participantes de acordo com as diretrizes éticas na resolução no.: 466/2012.

O profissional pesquisador se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, além de prestar assistência e apoio se necessário, oferecendo consultas extras no serviço.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.

Este termo em duas vias, onde uma via ficará em poder de meu responsável, certifica que:

Eu _____ concordo em participar da pesquisa como voluntário do projeto acima mencionado.

RUBRICA DO PESQUISADOR

RUBRICA DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

RUBRICA DO ADOLESCENTE

Estou ciente que tenho plena liberdade e autonomia para recusar e retirar meu assentimento e deixar de participar em qualquer fase da pesquisa, se assim eu desejar, sem penalização alguma e sem prejuízos à continuidade de meu acompanhamento no Capsi Maurício de Sousa.

Por fim sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas de forma que eu obtenha esclarecimento sobre a minha dúvida.

Rio de Janeiro, _____ 2019.

Assinatura do adolescente: Assinatura dos Pais/responsáveis:

Assinatura do pesquisador:

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA 100



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude

Pesquisador: PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01008818.9.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.076.618

Apresentação do Projeto:

Neste estudo, investiga-se o modo de operar da psicanálise aplicada ao campo da saúde mental em um serviço de atenção psicossocial para adolescentes, considerando o modo de apresentação da juventude na contemporaneidade e seu modo de laço social fundado em sintomas que muitas vezes funcionam como um traço de identificação entre os sujeitos.

Percebe-se no cotidiano do trabalho clínico que alguns jovens ficam à deriva nesse trabalho psíquico de reconfiguração. Entram em estado de angústia por não encontrarem parâmetros simbólicos suficientes para esse processo.

Objetivo da Pesquisa:

Primário

Descrever e analisar diferentes modos de manifestação da urgência subjetiva em adolescentes e discutir o manejo clínico destas situações.

Secundário

Contribuir para o avanço e para a qualificação do cuidado de jovens em sofrimento psíquico, principalmente as situações que se apresentam como urgência subjetiva, ou seja, quadro considerado de crise. A partir de situações clínicas, mapear condutas diante da urgência subjetiva. Verificar que condutas produziram efeitos terapêuticos e localizar saídas encontradas pelos jovens

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.076.618

para lidarem com o seu mal-estar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa dizem respeito à exposição do sujeito e de sua vida, que serão minimizados pela garantia de anonimato.

Os dados serão protegidos e codificados de maneira a não expor o participante, ou características que o identifiquem, evitando o risco de quebra de confidencialidade. Os dados dos participantes da pesquisa são confidenciais e sigilosos.

Benefícios:

Diante do número expressivo de jovens que chegam aos serviços de saúde em estado de urgência subjetiva acreditamos que a pesquisa possa ajudar aos profissionais da rede a encontrar formas adequadas de lidar com os jovens que estejam nessa situação. A pesquisa pretende contribuir para a qualificação da rede e para o debate no tocante ao tema

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese:

O modo como o discurso da ciência está sendo apropriado pelo capitalismo vem produzindo um contexto social marcado pela liquidez das relações e proliferação de objetos e estilos de vida que, em geral, podem ser tomados pelo sujeito como um imperativo que trazem como consequência um fenômeno de desorientação/precariedade simbólica, principalmente nos jovens que se vêem à deriva, ou seja, sem referenciais simbólicos mais consistentes para lidar com o mal-estar gerado pelo fato de vivermos em sociedade. As passagens ao ato em adolescentes, que hoje são um fenômeno de massa, podem ser considerados uma resposta a esse mal-estar e requerem a viabilização de novas formas de abordagem clínica que auxiliem estes sujeitos a se ampararem. Reflete um problema social relacionado ao adoecimento e os conflitos subjetivos

vivenciados na adolescência nos tempos atuais e as respostas (dificuldades e possibilidades) das instituições que atendem este público. Por se tratar do relato e experiências de uma profissional que se insere em um espaço de atendimento a este público, traz o arcabouço da vivência e as impressões que evidenciam os desafios reais e objetivos no lidar da questão apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela direção do IPUB

Carta de recomendação (anuência) assinada pela direção do CAPSI Mauricio de Sousa

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.076.618

(IPUB)

Orçamento: financiamento próprio descrito em itens e o valor correspondente para cada item.

Cronograma: 1 ano (compatível à execução do estudo).

TCLE

Linguagem clara e acessível

Objetivos: contém

Justificativa: contém

Procedimentos a serem utilizados na pesquisa: contém

explicitação dos possíveis desconfortos e riscos: sim

garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa: sim, porém apenas coloca a possibilidade de retirada a partir do desejo do responsável

garantia de sigilo: sim

garantia de uma via do tcle para o entrevistado: não foi explicitado

garantia de ressarcimento de despesas tidas pelos usuários: não haverá despesas pelos usuários

esclarecimento sobre acompanhamento: sim

garantia de indenização: não se aplica

Recomendações:

abaixo listadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1 – No item "Riscos", coloca-se que não há nenhum dano direto ao participante por se tratar de coleta de informações de registro em prontuário dos participantes e que os riscos indiretos envolvidos nesse tipo de pesquisa dizem respeito à exposição do sujeito e de sua vida, que serão minimizados pela garantia de anonimato.

Porém, ao saber que suas informações serão base para produção de uma pesquisa, isto pode gerar ansiedade e desconforto no adolescente mesmo tendo a garantia do anonimato.

Justamente por estas possíveis inquietações e dúvidas que possam surgir, seria importante explicitar neste item como será trabalhada esta questão com o adolescente e qual suporte profissional será ofertado, caso necessite.

Resposta:este item foi reorganizado pelo pesquisador no corpo do projeto e no TCLE.

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.076.618

2 – Opcional: substituir o termo descrito na metodologia "Serão construídos três casos" pelo "serão utilizados três casos"; ficaria melhor esclarecido quantos participantes (casos a ser levantados) efetivamente teriam na pesquisa.

Resposta: atendido

3 – TCLE bem explicativo, entretanto utiliza alguns termos que podem trazer dúvidas aos responsáveis, podendo ser substituídos:

"Os riscos indiretos envolvidos nesse tipo de pesquisa dizem respeito à exposição do sujeito e de sua vida, que serão minimizados pela garantia de anonimato". (parágrafo 5).

"Os dados serão protegidos e codificados de maneira a não expor o participante, ou características que o identifiquem, evitando, assim, o risco de quebra de confidencialidade" (parágrafo 5).

Resposta: atendido no TCLE

4 - Ainda sobre o TCLE, somente é explicitada a possibilidade da desistência do consentimento para a pesquisa pelos responsáveis.

Deveria estar claro também que a desistência também é de livre escolha e direito dos adolescentes, que são os participantes e que o mesmo não trará também consequências.

Resposta: atendido no TCLE

5 – Informar no TCLE que será entregue uma via do documento ao responsável do adolescente.

Resposta: atendido no TCLE

Considerações Finais a critério do CEP:

DE ACORDO COM AS NORMATIVAS CONEP, É DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR, A EMISSÃO DE RELATÓRIOS PARCIAL E FINAL DE PESQUISA.

OS RELATÓRIOS SÃO ENVIADOS, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, CONSISTINDO EM BOA PRÁTICA DE PESQUISA.

A NÃO EXECUÇÃO DESTA ETAPA IMPLICA EM SANÇÕES PREVISTAS EM NORMATIVAS.

TODA E QUALQUER ALTERAÇÃO DE PESQUISA, EVENTO ADVERSO, COMUNICAR IMEDIATAMENTE, AO CEP, ATRAVÉS DA PLATAFORMA BRASIL.

Endereço: Av. Venâncio Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.076.618

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1202251.pdf	04/12/2018 21:02:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	04/12/2018 20:39:38	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/12/2018 20:32:10	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoexigencia.pdf	11/10/2018 20:42:41	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	23/08/2018 14:23:32	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@pub.ufrj.br

**ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E
PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SMS – RJ**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude

Pesquisador: PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01008818.9.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS/RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.268.647

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado profissional em atenção psicossocial intitulado:

"Considerações sobre a urgência subjetiva na juventude", que será desenvolvido pela pesquisadora responsável: Patrícia Martins Guimarães Vieira da Silva, pertencente a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e orientada pela Profa. Dra. Nuria Malajovich Muñoz.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Geral:

- Descrever e analisar diferentes modos de manifestação da urgência subjetiva em adolescentes e discutir o manejo clínico.

* Objetivos específicos:

- Contribuir para o avanço e para a qualificação do cuidado de jovens em sofrimento psíquico, principalmente as situações que se apresentam como urgência subjetiva, ou seja, quadro considerado de crise;

- A partir de situações clínicas, retiradas de registros de discussões em equipe e de prontuários clínicos, mapear diferentes condutas que profissionais e/ou equipe tomaram diante da urgência subjetiva apresentada em jovens tratados na Unidade;

- Verificar, a partir de relatos dos profissionais em prontuários, algo do discurso dos sujeitos que indiquem possíveis efeitos terapêuticos produzidos pelas intervenções e localizar soluções

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

UF: RJ

Telefone: (21)2215-1485

CEP: 20.031-040

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.268.647

encontradas pelos jovens para lidarem com o seu mal-estar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Resolução 466/2012 "... A eticidade da pesquisa implica em (...) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos..." "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.

Foi apresentado como risco: "Toda pesquisa com seres humanos envolve algum grau de risco ou dano direto ou indireto. Diante disso, e, orientados pela Resolução 466/2012, procuramos minimizar, ao máximo, qualquer incômodo que a participação na pesquisa possa gerar ao participante. Optamos por realizar a pesquisa através de análise documental de modo que não seja necessário nenhum procedimento alheio ao atendimento psicológico. Além disso, garantimos que os dados dos participantes serão tratados de maneira anônima, serão protegidos e codificados de maneira a não expor o participante ou características que o identifiquem. Os dados dos participantes da pesquisa são confidenciais e, absolutamente, sigilosos. Entretanto, se, mesmo com todo o cuidado exposto acima, algum participante sinta alguma inquietação ou dúvida está garantida a assistência ao participante da pesquisa."

E como benefício: "Diante do número expressivo de jovens que chegam todos os dias nos serviços de saúde em estado de urgência subjetiva acreditamos que a pesquisa possa trazer à luz um instrumental aos profissionais da rede de saúde e que estes possam encontrar formas adequadas de lidar com os jovens que estejam nessa situação. A pesquisa pretende contribuir para a qualificação da rede e para o debate no tocante ao seu tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados corretamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da documentação encaminhada para revisão, consideramos o projeto como aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

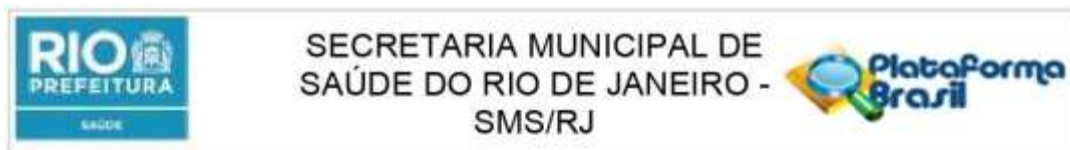
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.268.647

aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.268.647

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1301343.pdf	22/03/2019 19:03:17		Aceito
Outros	Resposta.docx	21/03/2019 13:01:42	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cvorientador.pdf	19/03/2019 23:57:39	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CustosDigitalizado.pdf	19/03/2019 23:36:38	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_RUBRICA.docx	14/02/2019 00:20:16	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteiro_coleta_de_dados.docx	14/02/2019 00:17:28	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	13/02/2019 23:47:46	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/02/2019 23:47:12	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CurruculoPlatBrasil.docx	13/02/2019 15:01:28	PATRICIA MARTINS GUIMARAES VIEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br