

Universidade Federal Fluminense  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-graduação em Psicologia

**NARRATIVAS MÚLTIPLAS DO TRAUMA:  
DO CENÁRIO GLOBAL AO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Yuri Coutinho Vilarinho

Niterói  
2023

Yuri Coutinho Vilarinho

**NARRATIVAS MÚLTIPLAS DO TRAUMA:  
DO CENÁRIO GLOBAL AO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Arthur Arruda Leal Ferreira

**ORIENTADOR**  
Arthur Arruda Leal Ferreira

Niterói  
2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

V697n Vilarinho, Yuri Coutinho  
Narrativas múltiplas do trauma : do cenário global ao  
Brasil contemporâneo / Yuri Coutinho Vilarinho. - 2023.  
590 f.

Orientador: Arthur Arruda Leal Ferreira.  
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Instituto  
de Psicologia, Niterói, 2023.

1. Trauma. 2. Transtorno de estresse pós-traumático. 3.  
Etnografia. 4. Atenção psicossocial. 5. Produção  
intelectual. I. Ferreira, Arthur Arruda Leal, orientador. II.  
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III.  
Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

Yuri Coutinho Vilarinho

**NARRATIVAS MÚLTIPLAS DO TRAUMA:  
DO CENÁRIO GLOBAL AO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 07 de junho de 2023.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Arthur Arruda Leal Ferreira (Orientador)  
Instituto de Psicologia/UFRJ

---

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet  
PPGSA/IFCS/UFRJ

---

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva  
IMS/UERJ

---

Profa. Dra. Cristina Mair Barros Rauter  
Instituto de Psicologia/UFF

---

Prof. Dr. Felipe Sales Magaldi  
PPGAS/MN/UFRJ

---

Profa. Dra. Clarice Monteiro Machado Rios  
Dep. Antropologia/UCLA

## RESUMO

Entendido cada vez mais como uma condição atemporal e assumido como uma espécie de categoria popular, o conceito de trauma, nas duas últimas décadas, passou a servir como conceito explicativo para entendimento de questões não só clínicas, mas também sociais. O objetivo deste trabalho foi entender como determinadas discussões relacionadas ao trauma e a alguns de seus construtos relacionados, publicadas no contexto norte-americano e europeu, se aplicariam à realidade brasileira. Na primeira parte desta tese, exploramos alguns dos debates em torno do conceito de trauma no cenário internacional, especialmente nos contextos de língua inglesa, a fim de proporcionar uma ampla visão sobre esse campo diversificado e controverso. Partindo de exemplos empíricos, analisamos as rupturas de sentido que o conceito sofreu, particularmente após os chamados ataques às Torres Gêmeas de Nova York. Embora já estivesse presente na terminologia médica, a partir de então, este conceito torna-se disseminado. Na segunda parte da tese, nos voltamos para o modo como tais discussões se materializam no cenário brasileiro contemporâneo. Exploramos, primeiramente, como o cenário nacional de publicações se apropria do tema, destacando cinco campos teóricos distintos onde o conceito assume lugar de destaque. Tomando-se em conjunto os cinco campos, foi possível observar que o conceito de trauma tanto mais era estabilizado quanto mais existissem dois fatores. Em primeiro lugar, registros de narrativas em primeira pessoa e consequente visibilização dos mesmos. Em segundo lugar, um conjunto de políticas públicas e de um corpo jurídico normativo, na maior parte das vezes de caráter supragovernamental, que dava respaldo, legitimava e tornava possível o próprio corpo de testemunhos produzidos pelas vítimas. Obtido o panorama das discussões contemporâneas sobre o trauma no cenário acadêmico brasileiro, investigamos, na parte final desta tese, de que modo tais saberes se manifestavam na prática da assistência pública em saúde mental. Nesta parte, discutimos os resultados relativos à incursão etnográfica realizada num dispositivo público de saúde mental localizado no Estado do Rio de Janeiro, onde acompanhamos, por um período de pouco mais de dois anos, a prática diária de trabalho de profissionais de saúde mental. Buscou-se entender, aqui, de que maneira a discussão sobre o trauma ocorre nas diferentes práticas cotidianas de cuidado e de que modo a retórica teórica sobre tal conceito se traduz em prática. A partir dos diferentes quadros e cenários estudados, os achados gerais de nosso trabalho apontam para as dificuldades de conceituação do trauma e as discordâncias quanto às suas diferentes dimensões, em especial as entendidas como individuais e intrapsíquicas, de um lado, e sociopolíticas, de outro. Apontamos para a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que enfrente esse conceito em contato estreito com cenários sempre situados e considere de maneira conjunta suas dimensões político-sociais, históricas e psicológicas. Ademais, tais análises devem ser constantemente reconstruídas e analisadas, a depender das situações em questão. Atentamos também para as limitações dos estudos, no Brasil, dos efeitos da violência, e entre eles, do trauma. Não só para a carência de dados confiáveis sobre a prevalência de tais condições na população atendida, com as consequências na elaboração de políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental, mas também para a carência de estudos teóricos, em suas diversas acepções metodológicas, que levem em consideração as particularidades nacionais. Destacamos a necessidade de promoção de um diálogo mais aberto e colaborativo entre os diferentes campos de estudos e de práticas em prol de uma compreensão mais ampla, interdisciplinar e inclusiva dessas questões no Brasil. Por fim, enfatizamos a importância de ouvir e

legitimar as narrativas das vítimas como fonte de conhecimento valioso para a prática clínica e políticas públicas.

Palavras-chave: trauma, transtorno de estresse pós-traumático, etnografia, atenção psicossocial, saúde mental.

## ABSTRACT

Increasingly understood as a timeless condition and assumed as a kind of popular category, the concept of trauma, in the last two decades, has come to serve as an explanatory concept for understanding not only clinical but also social issues. The objective of this work was to understand how certain discussions related to trauma and some of its related constructs, published in the North American and European context, would apply to the Brazilian reality. In the first part of this thesis, we explore some of the debates surrounding the concept of trauma in the international arena, especially in English-speaking contexts, in order to provide a broad overview of this diverse and controversial field. Starting from empirical examples, we analyze the ruptures of meaning that the concept suffered, particularly after the so-called attacks on the Twin Towers in New York. Although it was already present in medical terminology, from then on, this concept became widespread. In the second part of the thesis, we turn to how such discussions materialize in the contemporary Brazilian scenario. We first explore how the national publication scene appropriates the theme, highlighting five different theoretical fields where the concept assumes a prominent place. Taking the five fields together, it was possible to observe that the concept of trauma was stabilized the more there were two factors. First, records of first-person narratives and consequent visibility of them. Secondly, a set of public policies and a normative legal body, most often of a supragovernmental nature, which supported, legitimized and made possible the very body of testimonies produced by the victims. Obtaining an overview of contemporary discussions about trauma in the Brazilian academic scenario, we investigated, in the final part of this thesis, how such knowledge manifested itself in the practice of public assistance in mental health. In this part, we discuss the results related to the ethnographic incursion carried out in a public mental health device located in the State of Rio de Janeiro, where we followed, for a period of just over two years, the daily work of mental health professionals. We sought to understand, here, how the discussion about trauma occurs in different daily care practices and how the theoretical rhetoric about this concept is translated into practice. From the different frames and scenarios studied, the general findings of our work point to difficulties in conceptualizing trauma and disagreements regarding its different dimensions, especially those understood as individual and intrapsychic, on the one hand, and sociopolitical, on the other. . We point to the need for an interdisciplinary approach that confronts this concept in close contact with always situated scenarios and jointly considers its socio-political, historical and psychological dimensions. Furthermore, such analyzes must be constantly reconstructed and analyzed, depending on the situations in question. We also pay attention to the limitations of studies in Brazil on the effects of violence, including trauma. Not only because of the lack of reliable data on the prevalence of such conditions in the population served, with the consequences for the elaboration of public policies and mental health care practices, but also because of the lack of theoretical studies, in their various methodological meanings, which take national particularities into account. We highlight the need to promote a more open and collaborative dialogue between different fields of studies and practices in favor of a broader, interdisciplinary and inclusive understanding of these issues in Brazil. Finally, we emphasize the importance of listening to and legitimizing victims' narratives as a source of valuable knowledge for clinical practice and public policy.

**Keywords:** trauma, post-traumatic stress disorder, ethnography, psychosocial care, mental health.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão ao meu orientador, Arthur A. L. Ferreira, cujo apoio e orientação foram fundamentais ao longo de todo este trajeto. Seu comprometimento, paciência e dedicação ao longo do trabalho foram inestimáveis.

Agradeço aos professores Octavio Bonet, Martinho Silva, Cristina Rauter, Felipe Magaldi e Clarice Rios, pelas contribuições precisas e por terem aceitado participar da banca de defesa.

Aos colegas de doutorado, que me ajudaram durante toda a trajetória. Suas indicações e *insights* preciosos contribuíram muito para o desenvolvimento do estudo. Agradeço também aos “acadêmicos da memória”: Adriana Setemy, Gleysse de Paula, Iohanna Freitas, Tina Horta, Edna Bravo e Aline Brentini. Nossas trocas e debates foram essenciais, de múltiplas formas, para o trabalho.

A todos os profissionais com quem pude conviver por um longo período, atravessando a pandemia. Sua dedicação e resiliência diante de diversas dificuldades foram verdadeiras inspirações. Estendo meu profundo agradecimento aos pacientes que me concederam a oportunidade de conhecer mais profundamente suas histórias difíceis. Suas experiências foram o fundamento e o motivo deste trabalho.

A Beatriz, minha companheira incansável ao longo dessa jornada. Seu apoio e compreensão tornaram as dificuldades mais leves e as conquistas mais significativas. E a Agatha, minha filha, que veio ao mundo junto com este trabalho, minha inspiração e motivação constantes.

A meu pai, que esteve ao meu lado, como um apoio imensurável em todos os momentos, sou profundamente grato. Sua sabedoria e incentivo foram certamente sólidos pilares que me permitiram seguir em frente, mesmo nas adversidades.

A minha mãe, cujo amor incondicional e dedicação aos excluídos sempre me inspiraram, a luz que guia e guiará os meus passos. Seu exemplo de determinação e compaixão moldou o ser humano que sou hoje.

Minha gratidão a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta tese.

A todos os que são motivados, sinceramente, pelo Amor ao Conhecimento.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: CENÁRIO GLOBAL .....	23
1.1 Avisos de gatilho .....	24
1.2 Notas sobre o indivíduo e o trauma no panorama neoliberal contemporâneo.....	35
1.3 Um retorno aos anos 1990: trauma, epidemia de histeria e memórias infantis questionadas no final-de-século.....	47
1.4 Aversão ao trauma: rastreamento de uma controvérsia na psicologia.....	60
1.5 Desafiando a legitimidade do TEPT a partir de uma revisão sistemática .....	67
1.7 Adicionando mais um debate sobre o trauma.....	71
CAPÍTULO 2: BRASIL CONTEMPORÂNEO .....	89
2.1 O cenário acadêmico brasileiro do trauma .....	90
2.1.1 Violência e saúde pública .....	93
2.1.2 Psicologia dos Desastres .....	103
2.1.3 Migração e refúgio.....	122
2.1.4 Memória social, verdade e reparação.....	160
2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira dos anos 1990.....	215
2.2.1 Crítica ao modelo preventivista .....	220
2.2.2 O cidadão <i>versus</i> a vítima .....	225
2.2.3 Modelos de clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira.....	230
2.3 Psicanálise lacaniana e trauma .....	237
2.3.1 Estudos sobre a “urgência subjetiva” no eixo França-Argentina.....	239
2.3.2 “Trauma em Lacan” no Brasil do século XXI .....	248
CAPÍTULO 3 – O TRAUMA NA SAÚDE MENTAL COLETIVA .....	258
3.1 Participando de um evento acadêmico sobre desastres .....	259
3.2 Primeiras articulações com o campo etnográfico: deslizamento em um morro .....	275
3.3 Primeiros passos na rede de saúde mental.....	278
3.4 O Ambulatório de Saúde Mental .....	280
3.5 Identidade de pesquisador .....	286
3.6 Formação da equipe e alguns aspectos das articulações e dinâmicas de trabalho..	289

3.7 Questões recorrentes na equipe: algumas das práticas e definições .....	292
3.8 Rastreamento dos primeiros casos.....	299
3.9 Ambiguidade de presença-ausência do trauma .....	305
3.10 Trauma entre fato e sujeito .....	315
3.11 O interesse (e um posterior desinteresse) na questão da violência no território... 341	
3.12 Um desinteresse sobre a questão: repercussões da fala de abertura e discussão de um caso clínico .....	346
3.13 Violência racial e de gênero: <i>trauma</i> racial e de gênero?.....	355
3.13.1 Dificuldades em torno de um caso: racismo, psicose ou efeito pós-cirúrgico? .....	361
3.13.2 Abuso sexual de uma adolescente: histórica ou traumatizada? .....	367
3.14 Pandemia de coronavírus e a mudança brusca na pesquisa.....	376
3.14.1 Mudanças na pesquisa.....	380
3.14.2 Início das reuniões como termômetro e outros impactos da pandemia .....	384
3.14.3 Rotina de trabalho e aumento da demanda .....	389
3.14.4 Um segundo momento da pandemia: possível retorno e outros ajustes na dinâmica de trabalho da equipe.....	392
3.14.5 Rearticulações diversas com o território.....	396
3.14.6 Trauma e pandemia de Covid-19.....	402
3.15 Retorno ao campo no modo presencial.....	415
3.15.1 Entre o banquinho e a secretaria .....	418
3.15.2 Percepções sobre a violência .....	422
3.15.3 O ponto de vista da vítima: narrativas em primeira pessoa em acolhimentos e recepções.....	435
3.15.3.1 Narrativa 1: Acolhimento de Cristina .....	437
3.15.3.2 Narrativa 2: Recepção de Milton .....	439
3.15.3.3 Narrativa 3: Recepção de Gabriel .....	442
3.15.3.4 Narrativa 4: Recepção de Fernanda .....	445
3.15.3.5 Narrativa 5: Acolhimento de Antônio.....	447
3.15.3.6 Narrativa 6: Acolhimento de Fábio.....	450
3.15.3.7 Narrativa 7: Recepção de Nanci .....	451
3.15.3.8 Narrativa 8: Acolhimento de Solana.....	454
3.15.3.9 Narrativa 9: Recepção de Silvia.....	456
3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.....	458
3.15.4.1 Caso 1: Lorena .....	458

3.15.4.2 Caso 2: Renato .....	475
3.15.4.3 Caso 3: Melissa.....	484
3.15.4.4 Caso 4: Sandro .....	492
3.15.4.5 Caso 5: Sara .....	498
3.15.4.6 Caso 6: Alessandra.....	503
3.15.4.7 Caso 7: Roberta.....	514
3.15.4.8 Caso 8: Andréa.....	519
CONCLUSÕES .....	532
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	566

## INTRODUÇÃO

### Narrativas múltiplas do trauma

Embora cada vez se saiba mais sobre as bases biológicas do chamado transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e a despeito do muito que já se discutiu sobre o estatuto do trauma – em suas mais variadas acepções teóricas –, pouco se entende como tais saberes se manifestam na prática, em particular no campo da assistência pública em saúde mental brasileira. Podemos dizer, em que pese a avalanche de estudos e obras já publicados sobre o assunto e as mais variadas possibilidades de concepção sobre o tema, que o estatuto do trauma e, por que não, da categoria psiquiátrica de TEPT, ainda permanece, de algum modo, contestado<sup>1</sup>. Especialmente sobre o TEPT, ainda que ele goze de amplo e crescente reconhecimento, existe uma importante disputa em torno de questões ligadas a este diagnóstico, verificável pelo modo como ele se inscreve no centro do debate público internacional, comumente em torno de controvérsias, e no campo das publicações e práticas daqui. Historicamente, é possível afirmar que, à medida em que a opinião pública passou a incluir os “traumas não relacionados à guerra” no espectro de tal categoria psiquiátrica, alargando-a, esta ganhou o *status* de verdadeiro ator na arena pública, além de exercer papel central no cenário cultural, no vocabulário do debate sobre políticas públicas, e no diagnóstico médico. É preciso lembrar também o que já se tornou relativamente conhecido mais recentemente na historiografia do tema, que a emergência deste diagnóstico não derivou de descobertas e avanços laboratoriais, mas de intensa e ampla luta política. Foi somente a partir de um processo travado entre os veteranos de guerra norte-americanos e a *American Psychiatric Association*, nos anos 1970<sup>2</sup> que o trauma foi aceito, finalmente, como uma categoria psiquiátrica legítima. No último quartel do século XX, o trauma ainda não havia se tornado, portanto, nem objeto de classificação “oficial” nosológica, nem, tampouco, alcançara de forma tão profunda o imaginário e o saber comum coletivo. A questão girava, de modo particularmente distinto do que vemos na atualidade, em torno de movimentos políticos restritos, como o do reconhecimento dos sofrimentos de grupos específicos (como o do movimento de ex-combatentes da Guerra do Vietnã [1955-1975] e de círculos feministas, sempre nos

---

<sup>1</sup> Charles Rosenberg. Forward. In: Allan Horwitz. **PTSD: a short history**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2018, p. ix-xii.

<sup>2</sup> Cf. Wilbur Scott. PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. **Social Problems**, v. 37, p. 294-310, 1990.

Estados Unidos), que lutavam então para terem os seus sofrimentos reconhecidos e transformados em condições legitimamente médicas<sup>3</sup>.

Então, em 1980, fruto deste processo, o TEPT passou a figurar no rol das legítimas categorias incluídas na terceira versão do mais importante manual de psiquiatria, o DSM<sup>4</sup>. É válido destacar que autores como Ian Hacking e Ruth Leys<sup>5</sup>, dedicados à historiografia desta categoria, chamam a atenção para a importante ruptura de sentido do trauma a partir da emergência dos anos 1980, de modo que o próprio conceito passaria a servir como algo mais amplo, como uma espécie de princípio explicativo geral para muitos males contemporâneos. Ambos apontam para o fato de que o trauma rapidamente se alastrou, extrapolando o restrito universo dos campos biomédico-psiquiátricos e o da psicologia propriamente ditos, passando a ser identificado em registros antigos, como o da Epopeia de Gilgamesh<sup>6</sup> e o Salmo 137<sup>7</sup>. Entendido como uma condição atemporal e assumido como espécie de categoria popular, passou a servir como conceito para entendimento de questões não só clínicas, mas também sociais. Assim, Bistoën<sup>8</sup> mostra uma vasta literatura sobre o TEPT que surgiu a partir de dois grandes campos de discussão, com “valores, hipóteses metodológicas, metodologias, crenças e objetivos radicalmente divergentes”<sup>9</sup> Por um lado, como objeto de pesquisa clínica, “abarcando disciplinas tais como neurociências, psicologia cognitiva e comportamental, clínica psiquiátrica, psicanálise”, e, por outro, estimulando um largo

---

<sup>3</sup> Allan Young. **The Harmony of Illusions**. Nova Jersey: Princeton University Press, 1995.

<sup>4</sup> Cf. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3 ed. Washington, DC: Author, 1980. Utilizaremos a sigla DSM a partir daqui, quando nos referirmos a este manual.

<sup>5</sup> A lista de publicações que abordam o tema é imensa. Além dos trabalhos de Hacking e de Leys, cujas referências são indicadas no final desta nota, certamente outros títulos poderiam ser indicados para uma compreensão ampla da historiografia do trauma e da emergência específica da categoria de TEPT. Remetemos o leitor aos seguintes trabalhos: Edgar Jones e Simon Wessely. **Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War**. Nova York: Psychology Press, 2005; Eric Dean. **Shook over hell: post-traumatic stress Vietnam, and the Civil War**. Cambridge e Londres: Harvard University Press, 1997; Ben Shephard. **A war of nerves: soldiers and psychiatrists in the twentieth century**. Cambridge: Harvard University Press, 2001. Além dos trabalhos mencionados:, cf. também Ian Hacking. **Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory**. Nova Jersey: Princeton University Press, 2000; Ruth Leys. **Trauma: a genealogy**. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

<sup>6</sup> Philippe Birmes et al. Early historical literature for post-traumatic symptomatology. **Stress and Health**, v. 19, issue1, p. 17-26, 2003.

<sup>7</sup> Caleb Lack. A brief history of PTSD. **Skeptic Ink**, 30 de março de 2016. Disponível em: <<https://www.skepticink.com/gps/2016/03/30/brief-history-ptsd/>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>8</sup> Gregory Bistoën. **Trauma, ethics and the political beyond PTSD: the dislocations of the real**. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016, p. vi.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. vi.

campo de debates e controvérsias que se estenderam a “campos de pesquisa culturais, como literatura, estudos do holocausto, estudos feministas e pesquisa pós-coloniais”.<sup>10</sup>

Assim, se já é possível encontrar nos anos 1980 e 1990 um enorme interesse sobre o trauma e sua classificação diagnóstica correspondente, nos últimos dez anos, parece ter havido um deslocamento ainda maior, até desenfreado, na sua direção. Apontamos, por exemplo, as mudanças terminológicas nos trabalhos da socióloga Jackie Orr (autora de *Panic Diaries*, em 2006) e da historiadora Joanna Bourke, que se debruçara sobre os anais da história das duas guerras mundiais do século XX e a emoção do medo que emergiu nestes contextos. Orr torna-se coautora de *Critical Trauma Studies*, em 2016. Já Bourke, que havia publicado títulos como *Fear: a cultural history*<sup>11</sup>, torna-se coautora, também em 2016, de *Traumatic Memories of the Second World War and After*. Reparemos nas datas e no deslocamento: do *pânico* (Jackie Orr) e do medo (Joanna Bourke) para o *trauma*; trocas terminológicas certamente sutis, mas que não derivam do éter. No Brasil, analogamente, encontramos títulos como *Guerra, catástrofe e risco: uma leitura interdisciplinar do trauma*<sup>12</sup>, organizado pelos psicanalistas Joel Birman e Isabel Fortes, um bom exemplo desta virada. Vale destacar, nesta última coletânea, uma mudança de ênfase, não exatamente a emergência do interesse sobre o tema, o que significa dizer que o *trauma* vem de antes. Em termos de ruptura, o que queremos enfatizar é a abordagem mais articulada com questões atuais e conceitos teóricos contemporâneos. O tema do trauma é evocado para ser atualizado e relacionado a novos problemas. O que deve ser observado desde já é que o tema, nos últimos dez anos, é mais explicitado e referido em títulos de publicações e em eventos relacionados, o que não ocorria antes.

Nesta introdução, é preciso dizer que um dos fios que nos conduziu ao presente trabalho tem origem em nossa pesquisa de dissertação de mestrado<sup>13</sup>, onde realizamos uma genealogia do olhar médico sobre o medo. A partir de arquivos, principalmente médicos, elaborados num contexto de guerras, investigamos o modo como a Medicina abordou as diferentes categorias associadas à experiência de pavor. Algumas das questões que enfrentamos naquele momento continuaram a ecoar, contribuindo, de certa maneira,

---

<sup>10</sup> Ibid., p. vi.

<sup>11</sup> A autora publicou títulos em campos como o da história da medicina e da guerra. A título de exemplo, Joanna Bourke. **An intimate killing**: face to face killing in twentieth century warfare. Nova York: BasicBooks, 1999; e **Fear**: a cultural history. Londres: Virago, 2005.

<sup>12</sup> Joel Birman e Isabel Fortes (org.) **Guerra, catástrofe e risco**: uma leitura interdisciplinar do trauma. São Paulo: Zagodoni, 2018.

<sup>13</sup> Yuri Coutinho Vilarinho. **Narrativas médicas do medo**: do coração ao cérebro. 198f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

como mola propulsora do presente trabalho. É importante destacar que, pelo fato de termos nos debruçado predominantemente sobre uma literatura estrangeira do medo e do trauma, ainda não tínhamos verificado como essa literatura se articulava com a situação brasileira, especialmente com a realidade cotidiana dos diferentes profissionais de saúde mental e dos seus pacientes. Como determinadas discussões sobre TEPT, em particular, publicadas no contexto norte-americano e europeu, se aplicariam às nossas práticas públicas de saúde mental? Esta pergunta se tornou a primeira das questões relevantes no início da presente investigação. Levando em conta o quadro brasileiro, nos perguntávamos de que maneira os múltiplos aspectos levantados pela questão do trauma se materializariam em nossa tão específica realidade. Diante da violência urbana, da profunda desigualdade social, dos desastres socioambientais, da recente pandemia do Coronavírus, do ataque múltiplo à população desferido pelo último governo (e sua base social, os grandes oligarcas exportadores e financeiros) e o desastre que se instala e se dissemina no Brasil, de forma alarmante, como, hoje, se materializam os saberes acadêmicos e as práticas dos profissionais, por um lado, e a vivência das pessoas atendidas no nosso sistema de assistência pública? O que a conjuntura brasileira material atual tem a ver com o sofrimento, tal como ele é apresentado, na perspectiva de primeira pessoa, dos usuários de um dispositivo ambulatorial público, e de que modo estes mesmos pacientes são atendidos?

Desde que comecei a estudar o modo como os discursos científicos foram produzidos para dar conta das experiências de terror que acometiam os soldados, tive dificuldades em nomear tamanha divergência de visões a partir de um único prisma. Da mesma maneira, conforme me debrucei sobre a historiografia (do passado e do presente, vale dizer) do trauma, que está intimamente ligada à do medo, tive de lidar com a mesma dificuldade, não sendo à toa que adiantei o termo “múltiplas” ao título deste trabalho, de forma que o leitor já pudesse antever que se tratava de investigar justamente tal característica de multiplicidade entre os muitos registros onde o trauma se inscreve. Não apenas do trauma, é preciso frisar, mas também da própria categoria nosológica de TEPT, porque se tornou patente que o uso que se faz desta categoria não deixa de se manifestar de forma extremamente rica, muitas vezes contraditória, e certamente controversa. Portanto, é sobre o corpo de questões que a questão do trauma evoca que nos dirigimos, em particular, no presente trabalho, para o modo em que as discussões sobre ele se materializam nas diferentes produções acadêmicas e, em especial, no campo da saúde

mental, já que foi num dispositivo inserido na rede de atenção psicossocial que pudemos passar pouco mais de dois anos em um exercício etnográfico.

Tendo presentes estas questões, o trabalho que ora apresentamos ao leitor pretende contribuir para iluminar a experiência dos que tratam e dos que sofrem dessas perturbações. De modo geral, é possível afirmar que, por um lado, temos um campo de entendimento científico (neurociências e biologia molecular, por exemplo), onde são propostos modelos acerca da mente, do cérebro e do corpo, e de suas relações na saúde e na doença; de outro, estamos na era da informação globalizada. Graças, certamente, às novas tecnologias, a informação nunca alcançou tão rapidamente as sociedades. O impacto do conhecimento e das práticas da psiquiatria na produção de subjetividades nunca se deu de forma tão profunda e intensa.<sup>14</sup> As informações do campo da saúde mental não alcançam apenas os profissionais, mas também organizações de pacientes, instituições diversas, além de um amplo público leigo.

Neste emaranhado de informações, conhecimentos, práticas e experiências, em nenhum destes casos encontramos homogeneidade. O trauma é tratado de forma heterogênea e múltipla tanto pela ciência quanto pela perspectiva dos que sofrem. É daí que perguntamos sobre que modo se articulam, então, teoricamente e na prática, esta miríade de possibilidades de vivências disso que pode ser nomeado como trauma? Tratando-se de um sofrimento eminentemente ligado ao social, já que está em jogo, do ponto de vista etiológico, um fator externo como causa, como se combina a miríade de possibilidades, sejam as encontradas nos acidentes automobilísticos ou nas catástrofes ambientais, nas inúmeras situações de violência, nos assaltos e nas guerras, sejam as oficialmente reconhecidas, sejam as naturalizadas e cotidianas como as que encontramos na periferia e nas favelas brasileiras? Como se combinam as questões em torno do racismo e da violência estrutural e sistemática existente no nosso país?

Não é fácil encontrar a resposta para estas questões. Impõe-se, introduzindo uma preocupação metodológica, a seguinte questão: o que autorizaria juntar eventos tão diversos sob um mesmo rótulo? Como relacionar experiências tão diversas, como a do “adulto que foi molestado sexualmente na infância, a do sobrevivente de terremotos, do veterano que cometeu crimes de guerra, de civis cujas famílias foram massacradas, do

---

<sup>14</sup> Joseph Dumit. **Picturing personhood**: brain scans and biomedical identity. Nova Jersey: University Press, 2004. Nikolas Rose. Disorders without borders? the expanding scope of psychiatric practice. **BioSocieties**, v. 1, n. 1, p. 465–484, 2006. Fernando Vidal. Brainhood, anthropological figure of modernity. **History of the Human Sciences**, v. 22, n. 1, p. 5-36, 2009.



ativista político torturado, dos judeus que foram vítimas do Holocausto”<sup>15</sup>, dos eslavos, por exemplo, bielorrussos, exterminados pelos ocupantes nazistas, “massacres, estupros em massa, tortura e ritos de humilhação”<sup>16</sup>, “exploração do trabalho, zonas de conflito armado, catástrofes industriais, desastres naturais, políticas defensores do Estado mínimo, colapso do sistema ecológico”<sup>17</sup>, negros escravizados, indígenas, mulheres abusadas sexualmente? Acidentados, sequestrados, comunidades atingidas por desastre, vítimas de violência urbana, homossexuais, mulheres vítimas de violência doméstica e obstétrica, sociedades ameaçadas por terrorismo, trabalhadores em situações de risco?

Haveria uma essência passível de ser identificada em cada um destes casos? Ao nos colocarmos diante dos conceitos relativos ao nosso objeto de estudo, devemos reconhecer que, a despeito das especificidades histórico-culturais das situações apontadas<sup>18</sup>, não se pode negar que, em todas elas, há um potencial sofrimento. Na esteira do que escreveu Rebecca Lester<sup>19</sup>, quando afirmou que “a despeito de quais significados sociais ou culturais possam advir, as pessoas sofrem genuinamente”<sup>20</sup>. E, de acordo com esta mesma autora, que qualquer “consideração antropológica do trauma não pode – e não deveria – perder de vista este fato”<sup>21</sup>. Aliás, de que as pessoas “não apenas sofrem, mas resistem e, às vezes até transcendem.”<sup>22</sup> Assim, neste trabalho, partimos de uma concepção, central para nós, que não pretende negar o sofrimento real, em favor de uma perspectiva de mera “construção social”, seja do trauma, seja do TEPT. Interessa-nos estudar o modo como tais possibilidades de entendimento sobre o sofrimento são vistas,

---

<sup>15</sup> Didier Fassin e Richard Rechtman. **The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood**. Nova Jersey: Princeton University Press, 2009. Joanna Bourke. Why History hurts. In: Peter Leese e Jason Crouthamel (eds.) **Traumatic memories of the Second World War and after**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016, p. 269-289.

<sup>16</sup> Bourke, 2016.

<sup>17</sup> Eric Wertheimer e Monica Casper. Within trauma: an introduction. In: Monica Wertheimer e Eric Casper. **Critical trauma studies: understanding violence, conflict and memory in everyday life**. Nova York: New York University Press, 2016, p. 1-18.

<sup>18</sup> O que se coloca em questão aqui é como lidar com o estatuto e a especificidade histórico-cultural de cada uma destas experiências de sofrimento. Para autores como Judith Herman e Slavoj Zizek, o trauma pode ser abordado a partir de uma perspectiva universalista. Por exemplo, para Herman, autora do seminal livro “*Trauma and recovery*”, há ressonância entre o trauma de violência sexual feminino e o sobrevivente judeu do Holocausto, enquanto Zizek sugere que imagens como a do Holocausto eludem “ao fato de que estamos lidando (...) com o ‘real’ em nossa civilização, que retorna como o mesmo núcleo traumático em todos os sistemas sociais.” Para a referência de Herman e de Zizek, respectivamente, cf. Judith Herman. **Trauma and recovery: the aftermath of violence: from domestic abuse to political terror**. Nova York: Basic Books, 1992; Slavoj Zizek. **The sublime object of ideology**. Londres: Verso, 1989.

<sup>19</sup> Rebecca Lester. Back from the edge of existence: a critical anthropology of trauma. **Transcultural Psychiatry**, vol. 50, n. 5, p. 753-762, 2013.

<sup>20</sup> Lester, 2013, p. 754.

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> Ibidem.

hoje, pela comunidade acadêmica e pela comunidade de praticantes que trabalham na assistência pública, e como tais visões se chocam ou não com a experiência em primeira pessoa, daqueles que sofrem. Entender em que medida, na visão destes grupos, tais experiências poderiam ser consideradas ou não traumatogênicas. Portanto, uma questão mais próxima daquela que Didier Fassin e Richard Rechtman trabalham em “*L’Empire du traumatisme*”<sup>23</sup>, quando destacam o fato “de que, todas essas realidades estejam hoje reunidas sob o rótulo de trauma, é uma importante indicação a respeito do modo como o trágico é entendido nas sociedades contemporâneas”, isto é, que não é pelos motivos clínicos, mas *antropológicos*, que todos estes indivíduos e eventos “podem ser pensados em termos semelhantes”. Dito de outro modo, os autores sustentam que a “revolução ideológica produzida pelo conceito de trauma alterou o *status* do soldado ferido, do sobrevivente de acidente e, mais amplamente, do indivíduo alcançado pela má sorte”.<sup>24</sup>

Metodologicamente, também é útil a perspectiva indicada por Joanna Bourke<sup>25</sup>, quando indagou: “O que o conteúdo de uma ontologia situada histórica e geograficamente nos diz sobre o modo como as pessoas no passado entenderam o trauma?” Para Bourke, não caberia ao historiador do trauma definir aquilo que foi traumatizante ou não. Neste exercício de historicizar o “presente do trauma”, implicaria “levarmos a sério” a perspectiva tanto daqueles que tratam (os profissionais) quanto, principalmente, dos analisados. Além disso, no que se refere ao ponto de vista metodológico, é preciso indicar o que poderia ser considerado como o aspecto *social* do trauma. Ora, não se pretende dar a essa dimensão um *status* de fator explicativo, de modo que, como afirmou Bruno Latour, seria menos no sentido de abordá-lo – o *social* - como uma “cola que poderia consertar tudo” e mais no de entender “o que é colado através de muitas outras conexões”.<sup>26</sup> Em outros termos, no presente trabalho, relativizar a ideia de trauma ou mesmo desafiar o sentido reducionista (seja ele qual for) dado a esse grupo de sintomas, através da consideração de seus aspectos históricos e sociais, tomaria o sentido de considerar o “social” mais como resultado do que causa, ou seja, mais uma estabilização num tempo e espaço, como resultado de uma trama complexa de conexões entre diferentes atores, como um conceito articulador, uma ferramenta de entendimento de questões próprias de nossa realidade contemporânea. Na linha do que Stevens expôs, “examinar criticamente

---

<sup>23</sup> Fassin e Rechtman, op. cit., p. 277.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> Joanna Bourke, *Why History hurts*, p. 274.

<sup>26</sup> Bruno Latour. **Reassembling the social**: an introduction to actor-network theory. Oxford: Oxford University Press, 2005, p. 5.

o trauma requer que mantenhamos atenção no que o trauma faz, em como ele faz, para quem e com quais consequências”.<sup>27</sup> Enfim, conceituamos o trauma mais como uma resposta a questões próprias de nosso tempo e menos como mero efeito do mesmo, menos como diagnóstico no sentido de “espelho da natureza”<sup>28</sup>, no sentido do que Roger Luckhurst<sup>29</sup> propôs, quando escreveu que a disseminação do trauma na atualidade não se dá por uma suposta maior incidência no mundo globalizado, mas pelo número de ligações ou associações que ele faz, quantos efeitos produz entre diferentes tipos de conhecimento, instituições, práticas e fóruns culturais e sociais. Deixemos, portanto, que o campo (investigado aqui em seus rastros da literatura e no próprio campo etnográfico) nos mostre como se dão tais conexões.

Esta tese está dividida em três capítulos principais, além desta introdução e das conclusões que finalizam o trabalho. No primeiro capítulo, o leitor encontrará uma apresentação geral do campo de discussões do trauma. Enquanto forma de apresentação, não adotaremos uma abordagem linear dos conceitos, baseada de maneira exaustiva e exclusiva na discussão *teórica* dos principais problemas do campo. Esta forma, vale dizer, atravessará todo o trabalho. Por quê? Porque escolhemos, na medida do possível, permitir que os próprios atores do campo falassem e apresentassem a discussão. Isto não exclui a possibilidade de, em determinadas passagens, nos basearmos inteiramente numa apresentação mais conceitual, como no capítulo 2 da tese. Como o leitor poderá notar, tentamos ao máximo, como princípio metodológico “latouriano”, não sobrepor o plano conceitual - supostamente explicativo - ao campo, entendendo como “campo”, tanto os rastros possíveis de serem mapeados, seja em documentos, fóruns de discussão e em outros tipos de site, como também o próprio material empírico retirado de nossa incursão etnográfica num ambulatório de saúde mental. Acreditamos que o exercício descritivo em si possibilita “desmontar” o conceito de trauma (bem como qualquer um de seus derivados, como o TEPT) e facilitar ao leitor uma perspectiva que demonstre, por ela mesma, o modo de construção dos diferentes saberes. Assim, longe de encontrar um panorama internalista ou puramente conceitual do tema, o leitor se deparará gradualmente com alguns exemplos controversos que poderíamos chamar de “pragmática do trauma”,

---

<sup>27</sup> Maurice E. Stevens. Trauma is as trauma does. The politics of affect in catastrophic times. In: Monica Wertheimer e Eric Casper. **Critical trauma studies: understanding violence, conflict and memory in everyday life**. Nova York: New York University Press, 2016, p. 19-36.

<sup>28</sup> Ou como algo acabado, natural ou como fenômeno reduzido à sua dimensão clínica, passível de ser descoberto na natureza pura e em laboratórios.

<sup>29</sup> Roger Luckhurst. **The trauma question**. Londres: Routledge, 2008.

ou seja, de que modo o trauma é utilizado? Para que serve? O que levanta de desafio? Quem se coloca contra? Todas estas questões não foram colocadas de antemão. Se, *a posteriori*, hoje, podemos destacar tais perguntas, como exemplo, é porque permitimos que nosso interesse inicial sobre o trauma fosse afetado pelas próprias controvérsias do campo. Ainda no âmbito da introdução, é importante reforçar que nunca tivemos interesse, por um lado, numa história internalista sobre o trauma, uma vez que o nosso foco sempre foi questionar: que tipo de histórias do medo, do pânico e do terror estão presentes para além dos arquivos propriamente científicos, sejam biomédicos ou mesmo psicanalíticos? O que mais poderia ser dito para além dos “sistemas oficiais de enunciabilidade” acerca do trauma e que histórias poderiam ser acrescentadas? O que nos dizem os seus arquivos? Sejam estes arquivos vivos e suas palavras que se perdem no tempo, sejam os papéis amassados e empoeirados de prontuários arquivados num ambulatório público de saúde mental, ou até os rastros deixados em blogs na web sobre o sofrimento contemporâneo norte-americano estudantil ou, ainda, os relacionados a um caso judicial de abuso infantil? Tais interrogações nos conduziram – como tom - do início ao fim no presente trabalho.

Neste sentido, iniciamos a tese com uma das problemáticas mais recentes sobre o trauma, sobre a qual praticamente não existem trabalhos teóricos publicados. Nesta seção da presente tese, baseamo-nos em relatos em primeira pessoa disponibilizados em blogs e em matérias jornalísticas, cujo tom e conteúdo nos possibilitaram um entendimento mais próximo dessa dimensão pragmática do trauma. Trata-se dos chamados *avisos de gatilho* (“*trigger warnings*”), um debate que emergiu nos anos 2010. Esta discussão própria do “trauma contemporâneo”<sup>30</sup> foi propiciada, entre outros motivos, pelo maior acesso do grande público aos meios de comunicação e, conseqüentemente, pela maior circulação de suas próprias experiências privadas no âmbito público. Destacamos o fato de que abundam, aqui, as referências em primeira pessoa, o que contrasta com outros debates. Ora, trata-se de evidenciar como este caso é específico do trauma contemporâneo e do “norte global”. Adiantamos que, diferentemente da metrópole (exemplificada aqui pelos *gatilhos*), na periferia (onde estamos), nem todos são considerados traumatizáveis.<sup>31</sup> Nos subcapítulos 1.3, 1.4 e 1.5, recuamos um pouco no tempo, exatamente para os últimos anos do século XX. A partir do exemplo do abuso sexual infantil, tal retorno nos propiciou

---

<sup>30</sup> Entendendo por “contemporâneo”, aqui, como o período que se inicia na década de 1980, particularmente com a criação da categoria de “PTSD”, no DSM-III.

<sup>31</sup> Na esteira do que Judith Butler desenvolve sobre aqueles que “não são passíveis de luto”.

apontar para o que está *em questão* no trauma deste fim-de-século, e o quanto ele difere do quadro seguinte, já na primeira década do século XXI. Este retorno nos permitiu contrastar os *gatilhos* com o tema do abuso sexual infantil, exemplificado pela controvérsia provocada por um artigo publicado pela *American Psychological Association*, onde os autores concluíram, a partir de um estudo estatístico, que o abuso sexual infantil não deveria ser entendido como uma importante fonte de traumatização. Outro ponto importante que pode ser derivado da comparação entre esses dois cenários controversos é que, enquanto, nos avisos de gatilho, encontramos uma maior simetria entre aqueles que falam sobre o trauma e os que o vivenciam, por efeito do maior acesso às ferramentas de troca instantânea de informação, no abuso sexual infantil há um grau descomunal de assimetria, uma vez que a voz das vítimas não só é silenciada, como, no momento em que se coloca diante de um contexto especificamente jurídico, é deslegitimada de maneira fundamentada no discurso científico. Mostraremos o quanto é recente a configuração dessa episteme contemporânea do trauma – de certa maneira, alastrada - e, para tanto, delimitaremos o contraste nesses dois períodos. O primeiro capítulo finaliza com o evento das Torres Gêmeas, considerado por muitos autores como um marco de transição do campo do trauma, uma vez que resultou na sua exportação, intensa e veloz, da metrópole para a periferia. Os pontos de continuidade entre o que chamamos de atual, iniciado em 2001, claramente explicitados na literatura do fim da primeira década do século, são menos importantes aqui do que os pontos de ruptura. Se é verdade que, nos anos 1990, já havia uma disseminação da categoria do trauma, uma espécie de globalização, no imaginário popular e nas diversas práticas *psi*, a partir dos anos 2000, sob vários aspectos, o cenário do trauma se aprofunda. Além disso, se antes tínhamos uma espécie de hegemonia dos grandes discursos sobre tal conceito (a saber, o biologicista-psiquiátrico, o psicanalítico e o da virada linguística, onde todos, à sua maneira, ofereciam modelos ou concepções gerais de certo modo universalizantes sobre tal condição), agora, na época contemporânea, tais visões se multiplicam e dão lugar a abordagens mais locais. Emergem novas vozes. A novidade passa a ser a maior receptividade à experiência local e aos estudos que valorizam esse tipo de dor humana, não de forma universalista, mas considerando suas especificidades locais sócio-históricoculturais.

O segundo capítulo serve como transição, justamente, entre a apresentação do campo e o cenário de publicações e de práticas no contexto brasileiro. Enquanto nos subcapítulos anteriores o escopo principal foi investigar o lugar ocupado pela ideia de

trauma no panorama de discussões internacionais contemporâneo, passamos, à segunda parte, tendo como foco principal investigar como tais questões levantadas são materializadas no caso particular brasileiro. Tendo em vista a lacuna considerável entre a suposta legitimidade médica do trauma e seu amplo uso social na atualidade, nosso objetivo foi realizar, em primeiro lugar, uma arqueologia recente brasileira sobre o trauma; em segundo lugar, tentar compreender como se dá, como já dissemos, a pragmática brasileira do trauma. Aqui, graças à possibilidade de incursão no campo etnográfico, pudemos nos aproximar daqueles que cotidianamente cuidam, e dos que recebem cuidados num dispositivo ambulatorial de saúde mental. Nosso material empírico parte dessa incursão etnográfica realizada, quase toda, numa única instituição municipal localizada no Estado do Rio de Janeiro, onde acompanhamos, por um período de pouco mais de dois anos, a prática diária de trabalho de profissionais de saúde mental. Nesta parte da tese, nosso trabalho será basicamente o de acompanhar de que maneira a discussão sobre o trauma ocorre nas diferentes práticas cotidianas de cuidado e de que modo a retórica teórica sobre tal conceito se traduz em prática.

O leitor poderá reparar na transição que fizemos, partindo de casos oriundos de contextos estrangeiros em direção ao contexto brasileiro. Talvez seja um sintoma próprio de nosso ambiente acadêmico o fato de muitas de nossas discussões ainda terem a marca da importação do que o hemisfério norte produz, pensa e postula. Esperemos que o contraste entre a primeira e a segunda parte da tese não seja em vão, seja para constatar aquilo que, de alguma forma, sintoniza ou ajuda, seja para verificar o grau de disparidade de tais discussões em relação à nossa realidade. Para além das descontinuidades, é importante considerar que há um panorama comum entre ambos os cenários (internacional e nacional), seja porque é possível traçar uma rede de conexões, de vocabulário, de diferentes níveis de importações, apropriações e traduções de contextos, seja porque há questões comuns aos diferentes cenários, como a da negação, a da deslegitimação dos sintomas, a da desconfiança em relação ao paciente, a da violação sistematizada de direitos humanos, a colocação de problemas da ordem da cidadania, a da guerra, entre outras. São questões que compõem a permanente e controvertida problemática em torno do trauma, independentemente de onde ele surja.

## **CAPÍTULO 1: CENÁRIO GLOBAL**

## 1.1 Avisos de gatilho

**“Eu não conseguia mais parar de imaginar Mote cobrindo os olhos. Fiquei fixado nos detalhes de como seus olhos mutilados ficaram parecendo e, frequentemente, ainda me vejo pensando em me cegar do mesmo jeito. Tenho medo de chegar a fazer isso comigo mesmo”.**

**[Philip Wythe, *estudante*]**

As palavras acima foram ditas por Philip, um estudante universitário norte-americano, para o qual as aulas de literatura na *Rutgers University*, em Nova Jersey, nunca mais foram as mesmas. Tudo começou a partir da leitura de um romance gótico escrito por Flannery O’Connor [1925-1964], indicado como leitura obrigatória na ementa de uma das disciplinas da qual participava. Desde então, um quadro de ansiedade intensa, sudorese e falta de concentração se iniciou. Nesta obra, a autora teria descrito fisicamente a automutilação do personagem principal, incluindo a descrição de como os seus olhos ficaram. Na verdade, a leitura do romance foi só o estopim, uma vez que antes mesmo de ter lido as horrorosas descrições, Philip já lutava contra o chamado transtorno obsessivo-compulsivo<sup>32</sup>. Estava claro, então, que foi somente a partir da leitura de trechos específicos em que a automutilação do personagem foi descrita em detalhes, por exemplo, na passagem em que “O’Connor propositalmente descreve os detalhes da forma desfigurada de Motes”, que as compulsões de Philip foram *triggered*.<sup>33</sup> O estudante lamenta que toda a sua dor posterior poderia ter sido facilmente evitada.

O que deve ser sublinhado acima é a palavra *triggered*. Justamente neste período, no ano de 2013, o ambiente universitário norte-americano é varrido por uma onda de debates sobre os chamados *trigger warnings* ou, em português, “alertas de gatilho”, uma espécie de notas ou avisos que antecipariam aos leitores, alunos e espectadores sobre a possibilidade de conteúdo ansiogênico ou potencialmente evocador das chamadas memórias traumáticas. Assim, aulas, filmes ou livros cujos conteúdos tratassem de

<sup>32</sup> Florence Waters. Trigger warnings: more harm than good? **The Telegraph**, 04 de outubro de 2014. Disponível em: <<https://www.telegraph.co.uk/culture/books/11106670/Trigger-warnings-more-harm-than-good.html>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

<sup>33</sup> “*Trigger*”, em inglês, que traduzido pode significar desencadear ou disparar um conjunto de sintomas. A partir deste ponto, a utilização do original em inglês “*trigger*” ou termos associados será feita com o intuito de remeter o leitor ao ambiente cultural norte-americano onde esta discussão surgiu.



violência sexual, racismo, cenas de crime, entre outros, deveriam apresentar aviso prévio sobre a existência de tais assuntos. Neste cenário, a expressão *trigger warning* se encontra articulada a um espectro de palavras-chave, como podemos constatar, por exemplo, na matéria<sup>34</sup> de Rhiannon Cosslett, autora de artigos para o *New Statesman* e *The Guardian*, onde vemos o “aviso de gatilho” de forma explicitamente articulado com a ideia de trauma. Descrevendo a si mesma como “tendo TEPT”, ela enfatiza: “Aviso de gatilho não é algo para brincar. Trauma não é algo para brincar”. Além disso, neste artigo, também podemos sublinhar a expressão “*safe zones*”, notada muito frequentemente nos debates sobre os avisos de gatilho. Vale notar que Cosslett não está de acordo com a ideia de que os espaços seguros criados em fóruns feministas *online* seriam necessariamente algo benéfico. Ao contrário, ela diz. Pelo menos em sua experiência, afirma que tais espaços teriam ganhado, neste período de virada da primeira para a segunda década do século XXI, contornos de modismo. Assim, mesmo que tenha, ela mesma, passado pelo “pesadelo de uma experiência traumática”, tratou de evitar completamente o “feminismo de internet”. Ela diz, não foi “por conta do conteúdo ativador (*triggering content*), mas porque (...) eu queria seguir sozinha”. E, por fim, acrescenta, desta vez como se estivesse se dirigindo diretamente às feministas: “Eu não queria estes seus *espaços seguros*, os seus *avisos de gatilho* e nem mesmo as suas *chamadas* de sexismo. Não queria nenhuma delas como *aliada*. Para mim, parecia tudo muito americano”<sup>35</sup>. E conclui: “Eu usaria o *NHS*.”<sup>36</sup>

Notemos que as *safe zones* não são geografias físicas, mas se tratam de blogs, fóruns e *sites* específicos voltados à temática feminista. Nestes, desde a primeira década do século, já se fazia referência aos avisos de gatilho. Vale notar que a ampla e intrincada troca de informações só pôde se dar graças à internet, que, neste contexto, configura-se como condição de possibilidade tecnológica desta discussão. Assim, o que ocorre a partir de 2013, a partir de alguns casos estudantis que deflagraram a intensa polêmica, pode ser considerado uma transposição do que já existia nestas *safe zones* virtuais para um ambiente maior. Em particular, uma transposição do mundo unicamente virtual dos

---

<sup>34</sup> Rhiannon Lucy Cosslett. *New Statesman America*, 29 de janeiro de 2013. Disponível em: <<https://www.newstatesman.com/sci-tech/2013/01/why-i-dont-agree-trigger-warnings>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

<sup>35</sup> *Ibid.*, grifo da autora.

<sup>36</sup> *National Health Service*; Serviço Nacional de Saúde (Reino Unido).

fóruns feministas em direção ao cotidiano de práticas do dia-a-dia universitário norte-americano.

Os debates posteriores podem ser encontrados no cenário de noticiários deste período. Por exemplo, na matéria da BBC<sup>37</sup>, de fevereiro de 2014, “os *trigger warnings* são entendidos como um tipo de *spoiler*, embora com uma motivação mais séria”. Tomam a forma de uma frase ou de poucas palavras a fim de prevenirem o leitor do conteúdo que se segue. Geralmente, “o *trigger warning* é escrito em negrito”, lemos aqui. O autor da matéria completa escreve: “Tem de ser escrito cuidadosamente para não se tornar ele mesmo um *trigger*.” Assim, é possível observar também, nesta discussão, um tom de ironia mais ou menos constante, frequentemente presente nas matérias jornalísticas sobre o tema. Na que apontamos acima, o autor, por exemplo, debocha: “Esse artigo poderia ser um *trigger*.”<sup>38</sup> Nesta linha sarcástica também encontramos uma nota da CNN, de maio do mesmo ano, onde David Perry comenta que nas “*Metamorphoses* do poeta romano Ovídio, um dos maiores trabalhos da literatura ocidental, o rei Tereu da Trácia estupra sua irmã-esposa, Filomena e, então, corta a sua língua.” Lembra, então, que em “*Titus Andronicus*, Shakespeare faz referência a Ovídio com um estupro e uma mutilação ainda mais grotescos, e inclui múltiplos atos de assassinato, tortura e canibalismo”.<sup>39</sup> Perry conclui lembrando o que disse a professora de literatura da Penn State University: “Todos estão traumatizados por Tito.”

Por outro lado, encontramos, ainda em fevereiro, um exemplo do que também pode ser encontrado neste cenário. O caso ocorreu na Universidade da Califórnia, no campus de Santa Barbara. A estudante Bailey Loverin participou de uma aula na qual se sentiu forçada a assistir um filme que continha uma insinuação de agressão sexual e uma representação gráfica de estupro. Bailey, vale dizer, ela mesma vítima de abuso sexual, não queria permanecer na sala, mas temia que atraísse atenção para si mesma, caso decidisse sair naquele momento. Os estudantes conseguiram<sup>40</sup> a aprovação de uma resolução a partir da qual avisos obrigatórios constariam nas ementas das disciplinas. A partir de então, professores que apresentassem conteúdos capazes de desencadear

<sup>37</sup> Ouch Blog. BBC News, 25 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/blogs-ouch-26295437>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> David Perry. Should Shakespeare come with a warning label? CNN, 20 de maio de 2014. Disponível em: <<https://edition.cnn.com/2014/05/20/opinion/perry-trigger-warning-label-for-shakespeare/index.html>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

<sup>40</sup> Tiana Miller-Leonard. A.S. Senate passes proposal to label trauma-provoking academic content. Daily Nexus, 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://dailynexus.com/2014-02-27/a-s-senate-passes-proposal-to-label-trauma-provoking-academic-content/>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

sintomas compatíveis com o transtorno de estresse pós-traumático seriam obrigados a emitirem alertas antecipados e permitirem que os alunos não comparecessem a tais aulas.

Grandes veículos midiáticos abordam o assunto. O *The New York Times* escreve: “Os avisos, que têm suas raízes ideológicas no pensamento feminista, ganharam mais força na Universidade da Califórnia, em Santa Barbara, onde o comitê estudantil os requisitou formalmente.”<sup>41</sup> Também houve pedidos semelhantes requisitados em outras universidades, como a Oberlin College, a Rutgers, a de Michigan, a George Washington, entre outras.<sup>42</sup> Para o *The New Republic*, o que “começou com uma forma de moderar fóruns de internet para os vulneráveis e mentalmente doentes, agora, ameaça determinar a discussão pública *online* e *off-line*”. Para o jornal, os avisos sinalizam não apenas a crescente abordagem preventiva de palavras e ideias na universidade, mas também “uma hipersensibilidade cultural mais ampla ao dano e uma paranoia sobre o ofender”.<sup>43</sup> Por fim, o noticiário se preocupa com o fato de “poucos estarem lidando com as ramificações [deste assunto] na sociedade como um todo”<sup>44</sup>.

No *The Guardian*<sup>45</sup>, lemos: “Isto é *triggering*.” E mais à frente: “Esta é uma frase que foi requisitada, neste semestre, por muitos estudantes universitários para ser aplicada a livros clássicos.”<sup>46</sup> Para Jen Doll, autor da matéria e escritor, o argumento “bem intencionado” dos avisos baseia-se na ideia de que “ninguém deve ser pego de surpresa”, ou “deva se sentir vitimizado ou traumatizado”, especialmente “quando já pode ter sido vítima de um trauma espelhado nas páginas de um livro”. Ele dispara, fazendo coro com os críticos: “a vida não vem com um aviso de gatilho”. Assim, considera que “abordar temas emocionalmente carregados parece não apenas aconselhável, mas também parte de qualquer método de ensino decente”. Por fim, o autor alerta: “Estamos a um pequeno passo da proibição de livros (...), um tipo de censura baseada em ofensas a sentimentos individuais.”<sup>47</sup>

---

<sup>41</sup> Jennifer Medina. Warning: the literary canon could make students squirm. **The New York Times** 17 de maio de 2014. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2014/05/18/us/warning-the-literary-canon-could-make-students-squirm.html>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Jenny Jarvie. Trigger happy: the “trigger warning” has spread from blogs to college classes. Can it be stopped? **The New Republic**, 3 de março de 2014. Disponível em: <<https://newrepublic.com/article/116842/trigger-warnings-have-spread-blogs-college-classes-thats-bad>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

<sup>44</sup> Ibidem.

<sup>45</sup> Jen Doll. Trigger warnings on classic literature are one small step from book banning. **The Guardian**, 20 de maio de 2014. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/may/20/trigger-warnings-college-campus-books>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Ibidem.

Linhas divisórias podem ser demarcadas neste debate. Uma demarcação mais básica pode ser traçada, como estamos vendo, dividindo aqueles que, por um lado, combatem a ideia, e, de outro, os que defendem a implementação das notas de aviso. Outra demarcação divisória pode ser feita entre aqueles que falam na primeira pessoa, enquanto traumatizados, e os que falam a partir de uma perspectiva de fora, externa à experiência relatada pelos estudantes, por exemplo. Mas o quadro se torna mais complexo, quando notamos as áreas de interseção, uma vez que nem todo defensor dos avisos de gatilho necessariamente é traumatizado. E nem todo opositor fala a partir de uma perspectiva de fora, como no caso de Maggie Hardy<sup>48</sup>, ela própria *sobrevivente*<sup>49</sup> de abuso sexual. Hardy entende que não há como deixar de considerar que “gatilhos para o trauma estão em todo lugar”. Ela escreve: “Estupro é comum. Gatilhos são reais. Deveríamos ter um diálogo aberto sobre estupro e o que significa sobreviver a isto.” Com isto, quer dizer que um entendimento adequado sobre a violência sexual e seus efeitos não pode ser substituído simplesmente pelo *trigger warning*. E completa: “Não basta usar estas ‘duas palavras’ (...) e continuar a viver alegremente.” Sua crítica também aborda o possível reforço do estereótipo das vítimas de abuso, enquanto histéricas ou permanentemente traumatizadas. Assim, se o diálogo sobre abuso ou qualquer tipo de trauma coloca o sobrevivente numa espiral catastrófica, de forma que o estudante seja incapaz de permanecer são em sala de aula, ela sugere a possibilidade de haver um profissional de saúde mental para acompanhar o estudante. Hardy escreve: “Não há nada de errado com a necessidade dessa ajuda após um trauma e insinuar algo diferente disso é desastroso.” E em seguida, completa o argumento: “A cura do abuso sexual não vem facilmente, e criar uma necessidade artificial de ‘aviso de gatilho’ por conta de sermos infantilizados não contribui em nada para o reconhecimento de nossa agência.”<sup>50</sup>

Estamos diante de um debate público, onde os autores principais não são necessariamente teóricos e especialistas sobre o tema do trauma. Trata-se de verificar, portanto, uma importante especificidade deste cenário, já que se trata de um campo de discussões altamente midiático, amplificado por diferentes plataformas de veiculação da internet, e composto por personagens relativamente desconhecidos (alunos,

---

<sup>48</sup> Maggie Hardy. Campus rape survivors need policy change, not trigger warnings. **The Feminist Wire**, 21 de maio de 2015. Disponível em: <<https://www.thefeministwire.com/2015/05/campus-rape-survivors-need-policy-change-not-trigger-warnings/>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

<sup>49</sup> No original, em Inglês, “*survivor*”. A ideia de sobrevivente, tal como a ideia de vítima, emerge em períodos específicos na historiografia do trauma. Há uma disputa, como veremos mais à frente, sobre o uso de tais categorias.

<sup>50</sup> *Ibidem*.

professores, ativistas etc), oriundos do ambiente universitário norte-americano. Por exemplo, professores como Lynn Comella, da Universidade de Nevada, que também se filia à crítica implícita na frase “a vida não vem com alertas de gatilho”. Em uma matéria<sup>51</sup>, encontramos sua visão sobre o assunto: “Como professora de estudos da mulher, muito do que ensino é considerado material ‘difícil’. Mesmo a história do feminismo poderia ser construída como material difícil para homens resistentes e conservadores em sala de aula.” Assim, Comella defende modos alternativos de engajar os estudantes em torno do material tratado em aula, sem necessidade de utilização da linguagem do trauma. Neste rol, também encontramos Roxane Gay, professora de Inglês em Purdue. Como professora de universidade numa zona rural, declara que, caso os estudantes pudessem opinar sobre o que poderia ou não ser dito em sala de aula, “difícilmente poderia tratar de assuntos como aborto, raça ou gênero”. Além disso, afirma: “Penso que a faculdade está relacionada a te tirar do conforto. E isto não é traumatizá-los. Mas estamos aqui para fazer com que as pessoas pensem e levá-los para fora de suas zonas de conforto.” E, por fim, dispara: “Usar os *trigger warnings* na sala sugere que, como professores, nos tornemos profissionais de saúde mental.” E confessa, inscrevendo-se no rol dos que falam na primeira pessoa: “Eu tenho o meu próprio TEPT; de maneira alguma estaria apta a ajudar os outros com os seus.”<sup>52</sup>

Stacey Fowles<sup>53</sup>, também sobrevivente de abuso sexual, lembra que, para muitos, os *trigger warnings* representam uma espécie de amolecimento da cultura norte-americana, ocorrida a partir de uma onda opressiva do “politicamente correto”. Segundo Fowles, as objeções aparecem de diferentes formas, podendo “até mesmo sugerir que os alertas possuem afinidade ao fascismo e estão a um pequeno passo da proibição de livros”. Fowles ainda nos lembra que as discussões sobre *trigger warnings*, em geral, vêm acompanhadas da ideia de que “a vida não vem com alertas de gatilho” e pela sugestão de que alunos e leitores deveriam “aprender a lidar com questões emocionalmente carregadas sem serem mimadas”. Embora ela mesma seja uma “sobrevivente”, Fowles

---

<sup>51</sup> Sady Doyle. The Nanny University: is the academy trigger-warning happy? **These Times**, 14 de julho de 2014. Disponível em: <<http://inthesetimes.com/article/16940/is-the-academy-trigger-warning-happy>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Stacey May Fowles. Trigger warnings are the least we can do to help trauma survivors feel safe. **The Globe and Mail**, 16 de outubro de 2015. Disponível em: <<https://www.theglobeandmail.com/arts/books-and-media/trigger-warnings-are-the-least-we-can-do-to-help-trauma-survivors-feel-safe/article26842917/>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

não se considera “ativada por poemas ou histórias escritas sobre estupros”, embora considere positiva a implementação dos avisos, uma vez que “gostaria de ser avisada sobre o que estará ouvindo durante uma noite no Pivot, enquanto bebe cervejas com amigos”. E afirma: “Um aviso de gatilho não vai me impedir de ir para uma leitura, mas certamente vai me ajudar a entrar no ‘*headspace*’ certo quando o fizer.” Por fim, considera que a própria existência dos avisos já sugere, implicitamente, um ambiente de apoio e de reconhecimento das experiências variadas pregressas das pessoas.

Sara Ahmed, ao comentar o assunto<sup>54</sup>, salienta o que está em questão no debate específico dos *trigger warnings*, um tipo de retórica onde ninguém “pode refutar sentimentos”. Isto é, o que se produz como consequência deste tipo de proibição é “desligar as coisas que causam sofrimento”. Segundo esta ideia, explicaria, bastaria apertar o “botão mudo, fingir que isto elimina o desconforto e que é o mesmo que efetuar uma mudança real”. E acrescenta: “Manter as discussões ‘seguras’ em nível universitário pode parecer bom para o hipersensível, mas isto é ruim para ele e para todos os outros. As pessoas devem ir para a faculdade para aguçar sua inteligência e ampliar seu campo de visão.” No limite, toda esta discussão não passaria de um “pânico moral sobre o pânico moral”. Por outro lado, Ahmed lembra que visualizar os estudantes enquanto um problema, considerando-os muito sensíveis, tem relação com um discurso público mais amplo que descreve a “ofendibilidade”<sup>55</sup> como uma espécie de fraqueza moral e como uma restrição à nossa liberdade de expressão. Compara tal discussão com o que vê no debate sobre o racismo contemporâneo quando se coloca o assunto em termos daqueles que se sentem “facilmente ofendidos”.<sup>56</sup> Defende que, ao colocar os alunos como sendo o problema, produz-se a imagem de que os “realmente oprimidos” pelos alunos são os professores. Ou seja, seria a figura do professor que emergiria como vítima deste debate. O golpe sairia ao avesso, segundo Ahmed, uma vez que, seguindo parte da retórica veiculada até este período, a propagação das vulnerabilidades dos estudantes tomaria o sentido de reforçar não os próprios estudantes, mas a figura do professor enquanto potencial vítima. Os alunos aqui seriam os perpetradores.

---

<sup>54</sup> Sara Ahmed. Against students. **The New Inquiry**, 29 de junho de 2015. Disponível em: <<https://thenewinquiry.com/against-students/>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

<sup>55</sup> No original, *offendibility*.

<sup>56</sup> *Easily offendable*.

Em setembro de 2015, adicionam-se mais elementos controversos, como “*The coddling of the American mind*”<sup>57</sup>, título do extenso artigo publicado na versão *online* do *The Atlantic*. Aqui, Greg Lukianoff (presidente e *CEO* da *Foundation for Individual Rights in Education*) e Jonathan Haidt (psicólogo social) constatam que algo “estranho está acontecendo nas faculdades e universidades da América” e que, para eles, possui o objetivo de “limpar palavras, ideias e assuntos daquilo que possa causar desconforto ou gerar ofensas”. Exemplificam o grau de desastre na cultura americana produzido pelo movimento com o caso descrito por Jeannie Suk, no qual estudantes de Direito, em Harvard, pediram aos seus professores que não ensinassem direito de estupro e tampouco usassem a palavra “*violate*”, como em “violar a lei”. Os articulistas citam o caso de um professor que escreveu para a *Vox* sob pseudônimo, descrevendo o quão cautelosamente, agora, ele devia ensinar. Também destacam o de Jerry Seinfeld e Bill Maher, que condenaram publicamente a aclamada hipersensibilidade dos estudantes universitários, já que muitos deles não conseguem lidar com uma piada. Chamam de “desastre para a cultura norte-americana” o que ocorreu na Universidade de Brandeis, na opinião de ambos, algo que “beiraria o surreal”. Em abril de 2015, a associação de estudantes asiática-americana buscou maneiras de aumentar a conscientização das *microagressões* realizadas contra asiáticos e, para tanto, foram escritos dizeres nas escadas da universidade exemplificando tipos destas microagressões. “Você não deveria ser bom em matemática?”, “Eu não vejo raça”, são dois exemplos destacados pelos autores. No entanto, o efeito foi reverso, uma vez que a própria exibição dos dizeres funcionou como microagressão. Assim, removeu-se a instalação e foi enviado um *e-mail* para todo o corpo estudantil, pedindo desculpas a todos os que foram atingidos emocionalmente pelo conteúdo. Entendendo que todo este movimento seria um ressurgimento da ideia do “politicamente correto” difundido originalmente nos anos 80 e 90, destacam que na época contemporânea tal movimento ganha contornos próprios.

É preciso dizer que as ideias deste artigo podem ser encontradas, com pouca modificação, em seus dois livros, *Unlearning Liberty* (2014) e *The Coddling of the American Mind* (2018)<sup>58</sup>, que leva o mesmo título do artigo. Ainda a título de maior

---

<sup>57</sup> “O mimo da mentalidade americana”. Greg Lukianoff e Jonathan Haidt. *The coddling of the american mind*. **The Atlantic**, 15 de setembro de 2015. Disponível em: <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2015/09/the-coddling-of-the-american-mind/399356/>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

<sup>58</sup> Greg Lukianoff. **Unlearning Liberty**: campus censorship and the end of american debate. Nova York: Encounter Books, 2014; **The Coddling of the American Mind**: how good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure. Nova York: Penguin Press, 2018.

precisão, destacamos que Lukianoff e Haidt não estão sozinhos, uma vez que enfileiram-se em longa lista de autores.<sup>59</sup> De maneira geral, a argumentação destes livros formam um panorama de argumentos de cunho ideológico e moral, onde a atual geração é definida em termos de uma pré-disposição emocional infantilizada. Para os autores, na base das atuais reivindicações estudantis está uma busca por um “bem-estar emocional”, um movimento cujo nascimento se dá por causa de uma “extrema fragilidade da psique” de seus participantes. Destacam que o objetivo é o de “transformar os *campi* em ‘espaços seguros’, onde os jovens adultos são protegidos de palavras e ideias que os deixam desconfortáveis”. Ressaltam ainda o fato de que tal movimento procura “punir quem interfere neste objetivo, mesmo que acidentalmente”, de forma a criar uma espécie de “proteção vingativa” entre os estudantes da nossa era. Em particular, lembram que, após o massacre de Columbine, em 1999, “muitas escolas passaram a reprimir o *bullying*”, passando a fazer tal “repressão” como parte das políticas de “tolerância zero”. Somam-se neste histórico, o fato de que as crianças nascidas a partir de 1980 receberam a mensagem dos adultos de que “a vida é perigosa, mas os adultos farão tudo ao seu alcance para protegê-los do perigo” e concluem que a atual geração está neste estado por ter sido criada em meio às redes sociais. Isto é, a primeira onda de estudantes que passou toda a adolescência usando o *facebook* chegou à faculdade em 2011 e se formou na faculdade apenas este ano. Ora, as redes sociais teriam mudado “o equilíbrio de poder nas relações entre alunos e professores”. Agora, eles escrevem: “Os últimos temem cada vez mais o que os alunos podem fazer com suas reputações e carreiras, agitando multidões *online* contra eles.”

Outras vozes críticas, ainda, podem ser destacadas neste debate. Para Robin Kelley<sup>60</sup>, por exemplo, visualizar a questão dos *trigger warnings* sob a lente do trauma produz consequências indesejáveis, como a de pensar que o trauma “teria um fim em si mesmo”. Defende que a articulação da problemática universitária a partir da retórica do trauma pode ser útil como ponto de partida, mas não pode ser considerada o destino final, que deveria estar mais relacionado com “causas fundamentais”. Destacando, como exemplo, o debate sobre o racismo, Kelley afirma que “adotar a linguagem das

---

<sup>59</sup> Cf. Tom Slater. **Unsafe space: the crisis of free speech on campus**. Londres: Palgrave Macmillan, 2016; Charles Sykes. **Fail U: the false promise of higher education**. Nova York: St. Martin's Press, 2016; e Kirsten Powers. **The silencing: how the left is killing free speech**, de Kirsten Powers. Washington D.C.: Regnery Publishing, 2015.

<sup>60</sup> Robin Kelley. Black study, black struggle. **Boston Review**, 07 de março de 2016. Disponível em: <<http://bostonreview.net/forum/robin-d-g-kelley-black-study-black-struggle>>. Acesso em: 21 mar. 2019.



instituições neoliberais” – como a do trauma - ajuda a reforçar aquilo que se combate no plano das intenções. Isto é, para ele, demandas do movimento estudantil por maior diversidade, inclusão e treinamento em competência cultural vão ao encontro justamente da crença fundamental de seus críticos, de que a universidade seria um espaço “iluminado, livre de preconceitos”.

Kelley aponta para alguns fatores que contribuem para que o movimento estudantil, em especial o movimento estudantil negro, entre na discussão pelo viés do trauma. Cita, por exemplo, que, embora todas as gerações de negros americanos tenham sofrido violência implacável, a presente geração é a primeira a ser obrigada a testemunhar virtualmente tudo isso, a suportar o apagamento de vidas negras em tempo real, repetidas vezes, a primeira que viveu duas das guerras mais longas da história dos EUA, além de ter sido criada numa cultura do espetáculo, onde atos horríveis de violência estão prontamente disponíveis em seus *smartphones*. Argumenta que o somatório destes fatores não ajuda a dessensibilizar os jovens para a violência. Muito pelo contrário, ancora-a na consciência coletiva, produzindo medo e paranoia, “e encobrindo as muitas maneiras pelas quais o capitalismo, o militarismo e o racismo estão matando pessoas pretas”. Ele conclui: “Pode-se ver facilmente por que a linguagem do trauma pode atrair os estudantes negros. O trauma é real; não é brincadeira.” Ainda destaca que, por isto, a linguagem do trauma pode atrair os estudantes negros. Tal leitura, feita com a lente do trauma, pode facilmente fazer ver “a nós mesmos enquanto vítimas e objetos, ao invés de agentes, sujeitos há séculos de violência gratuita que estruturaram e sobredeterminaram nosso próprio ser”. Escreve que “palavras como trauma, TEPT, microagressão e gatilhos substituíram virtualmente a opressão, a repressão e a subjugação”. O manejo do trauma não requereria, necessariamente, o desmantelamento do racismo estrutural, e é por este motivo que os administradores das universidades se concentram em manejar os *trigger warnings* em vez de implementar políticas de tolerância zero para o racismo e a violência sexual. Por fim, Kelley lembra as palavras de Naomi Wallace, dramaturga norte-americana:

A América *mainstream* é pouco ameaçada pela teoria do ‘trauma’ porque esta não coloca a justiça econômica em seu centro, retirando o foco do reino da justiça em prol da psicologia; fora das ruas, das comunidades, em direção à experiência singular (mesmo se experienciada em comum) do indivíduo.

Por outro lado, ao mesmo tempo que nos parece importante, na esteira de Kelley, acima, ver o neoliberalismo como um termo que designa profundas distribuições desiguais, produzindo precariedade, miséria, pobreza, vulnerabilidade, exploração e violência, poderíamos ainda adicionar ao debate ideias como as de Kathleen Stewart<sup>61</sup>, que afirma que “argumentos de panos-de-fundo sobre estruturas ‘maiores’ e causas ‘subjacentes’, em certas situações, atrapalham mais do que ajudam quando os críticos se dirigem à vida afetiva”. Assim, diria a autora, críticas como as de Kelley, interessadas em pensar em como “forças estruturais” se materializam localmente, em geral transformam termos como “neoliberalismo” em uma espécie de pano-de-fundo muito amplo, em geral homogeneizante, onde os sujeitos serviriam simplesmente aos interesses de uma paisagem anterior e coerente do mundo. Nesta forma de pensar, ações singulares e pessoais apenas pareceriam intencionais, mas seriam, na verdade, efeitos destas forças mais poderosas e impessoais. Neste sentido, encontram-se as ideias de Andrea Chu<sup>62</sup>, que pensa que não é o trauma que privatiza a opressão estrutural na forma de ferimentos pessoais, mas, ao contrário, os coloca na esfera pública. “Sentimentos públicos”, diz ela, seriam aqueles em relação aos quais seria melhor, para muitos, “deixá-los em privado”, de maneira que, quando os críticos à noção se recusam a falar do trauma, não é porque o que está em jogo é o afeto ou mesmo um mau afeto (*bad affect*), mas o fato de que estão presentes sentimentos feios<sup>63</sup>, “afetos ambigualmente políticos com efeitos politicamente ambivalentes”. Sentimentos feios são pequenos, ambíguos e não sugerem solução política, afetos que muitos acadêmicos comentam com certa “dubiedade gentil”, algo difícil de ser descrito e que quase passa despercebido. Ou seja, sabe-se que algo se retrai, desmorona, e, mesmo que deixe seu rastro, o que se evidencia são nuvens de baixa resolução e qualidade – dor, decepção, perplexidade e um gosto ruim na boca. Enfim, como ela ainda escreve: “Tudo se foi, dissipado na esfera do afeto, e ninguém retorna à cena de um crime que nunca aconteceu.”

---

<sup>61</sup> Kathleen Stewart. **Ordinary affects**. Durham: Duke University Press, 2007.

<sup>62</sup> Andrea Long Chu. Study in blue. **Women & Performance**, 06 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://www.womenandperformance.org/bonus-articles-1/andrea-long-chu-27-3>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

<sup>63</sup> Sianne Ngai. **Ugly feelings**. Cambridge: Harvard University Press, 2005.

## 1.2 Notas sobre o indivíduo e o trauma no panorama neoliberal contemporâneo

Diferentes autores têm se debruçado sobre o que poderiam ser consideradas questões próprias de nosso período contemporâneo, como as relacionadas aos avisos de gatilho, abordadas acima. Para alguns deles, a própria possibilidade de publicização dos inúmeros tipos de conflitos na atualidade se apresenta como um aspecto específico de nosso tempo, não sendo sem motivo, por exemplo, que este tempo já tenha sido caracterizado por expressões específicas, tais como Era das Catástrofes<sup>64</sup> e Era dos Testemunhos<sup>65</sup>. Dentre as análises sobre este “mundo contemporâneo” encontramos as de Zygmunt Bauman, para o qual o medo seria um eixo articulador deste panorama complexo. Trata-se de uma “sociedade do medo”<sup>66</sup>, onde despontaria uma multiplicidade de ameaças e de reações emocionais a elas, como “o medo de ficar para trás, o de ser substituído e não acompanhar os ritmos das mudanças”, “os trabalhos instáveis”, as “constantes mudanças nos estágios da vida”, a “fragilidade das parcerias”, além da “comida venenosa ou com possíveis elementos cancerígenos”.<sup>67</sup> Na verdade, qualquer um poderia acrescentar a essa lista muitas outras ameaças potenciais provocadoras de mal-estar e de insegurança. Na atualidade, os medos se tornaram tão difusos e espalhados que se tornou difícil definir e localizar suas origens, já que não os vemos. Apesar desta dificuldade, embora as ameaças formem um panorama difuso, múltiplo e diferenciado, todos nós temos clareza a respeito daquilo que é sentido, que é justamente o medo. Uma vez que se tornou generalizado, Bauman prossegue, não se tratam só de “causas”, mas das reações a elas. Ou seja, seria justamente por causa desta ubiquidade não só de potenciais perigos, mas da maneira como reagimos a eles, que a emoção do medo, especificamente, se tornou “terrivelmente forte”.

Bauman escreve que os “medos não têm raiz”<sup>68</sup>, embora esta característica que ele chama de líquida não teria relação outra que não fosse com os fatos históricos próprios de nosso tempo, particularmente com o fato de que ele passou a ser explorado política e comercialmente. Isto é, com o modo em que políticos e vendedores de bens de consumo

---

<sup>64</sup> Márcio Seligmann-Silva. **História, memória, literatura: o testemunho na era das catástrofes**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

<sup>65</sup> Annette Wiervorka. **The era of the witness**. Ithaca e Londres: Cornell University Press, 2006.

<sup>66</sup> Zygmunt Bauman. **Capitalismo parasitário: e outros temas contemporâneos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 74.

passaram a literalmente vendê-lo e a transformá-lo num mercado altamente lucrativo. Para o sociólogo, tanto para governos como para o comércio, tornou-se útil manter esse estado crônico de medo, uma vez que, quanto maior e mais alastrado se torna tal sentimento, mais se torna possível, por sua vez, a verdadeira mercantilização de possíveis remédios para combatê-lo, mesmo que de maneira temporária e superficial. Por outro lado, é preciso entender que tanto as queixas como as explicações para a dor tiram o foco de análise do sistema deslocando-o para o indivíduo. É neste sentido que Bauman escreve que, ao invés de apontar para o sistema, como possível causa, isto é, para “a injustiça e o mal funcionamento do todo social, e de buscar um remédio na reforma da sociedade, os sofrimentos individuais tendem a ser percebidos como ofensa pessoal, uma agressão à dignidade pessoal e à autoestima”.<sup>69</sup> A rigor, embora Bauman privilegie o medo, poderíamos ser outros tantos estados e as mais diversas condições emocionais e diferentes perturbações do espírito contemporâneo, que funcionam de maneira a descolar a percepção dos modos de funcionamento do sistema em direção ao indivíduo. Destacam-se neste cenário os processos de tradução de problemas políticos, econômicos e sociais em termos psicológicos ou médicos diversos, como os de mal-estar, o de sofrimento, mas também os de risco<sup>70</sup>, além de categorias mais ligadas à psicopatologia, como a de depressão<sup>71</sup>, além do próprio conceito de trauma<sup>72</sup>. Independentemente da abordagem e dos argumentos utilizados, o que é sustentado, em comum, e se coloca em primeiro plano no cenário atual é a individualização do sofrimento, muitas vezes transformada em doença e não de maneira explicitamente relacionada a fatores e a questões de ordens (social, econômica e política) mais amplas.

Dentre os contemporâneos, encontramos também Byung-Chul Han<sup>73</sup>, que afirma que aquele “que fracassa na sociedade neoliberal do rendimento se faz a si mesmo responsável e se envergonha, no lugar de colocar em dúvida a sociedade ou o próprio

---

<sup>69</sup> Ibid., p. 79.

<sup>70</sup> Ulrich Beck. **A sociedade de risco**. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

<sup>71</sup> Para citar alguns, cf. Alain Ehrenberg. **The weariness of the self**: diagnosing the history of depression in the contemporary age. Montreal: McGill-Queen’s University Press, 2010; Ann Cvetkovich. **Depression**: a public feeling. Durham e Londres: Duke University Press, 2012. Mark Fisher. **Realismo capitalista**: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo? São Paulo: Autonomia, 2020. No cenário das publicações brasileiras, cf. Christian Dunker. A hipótese depressiva. In: Vladimir Safatle, Nelson da Silva Junior e Christian Dunker (orgs.) **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 17-212.

<sup>72</sup> Franco Berardi. **Futurabilidade**: la era de la impotencia e el horizonte de la posibilidad. Buenos Aires: Caja Negra, 2019. Joel Birman. **O sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

<sup>73</sup> Byung-Chul Han. **Psicopolítica**: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder Editorial, 2014, p. 18.

sistema”. Para Han, uma característica específica deste sistema econômico, o capitalista ocidental, seria o fato de que está desenhado essencialmente para que não haja resistência alguma contra ele. Aqui, não haveria somente exploração, mas também autoexploração. O indivíduo passaria a dirigir sua agressividade não contra as instâncias do sistema ou contra seu empregador, mas contra si mesmo, uma vez que não lhe são permitidas quaisquer chances de se tornar um revolucionário. Han nomeia como *depressão* e *passividade* as posições assumidas por esse cidadão transformado em um mero consumidor e sem agência. Trata-se de uma fase histórica específica onde a “liberdade do *poder fazer* gera inclusive mais coações que o *dever* disciplinar”. Isto ocorre porque o “*dever* tem um limite (...), [já] o *poder fazer*, pelo contrário, não tem nenhum”.<sup>74</sup> Além disso, neste sistema, a própria “liberdade, que há de ser o contrário da coação”, gera coações, e é neste sentido que enfermidades como a depressão e a síndrome de *burnout* se tornam não só realidades sentidas, mas expressões comuns, amplamente disseminadas, de uma crise profunda da liberdade na atualidade. Seriam, portanto, sinais patológicos de nossos tempos que apontam para uma liberdade que se tornou cerceada, não pelos velhos meios, mas, por diferentes vias onde os indivíduos são convertidos, de uma forma ou de outra, em “empresários de si mesmos”, transformando até mesmo a luta de classes em uma luta interna do indivíduo consigo mesmo.

Han destaca o impacto das tecnologias digitais neste período contemporâneo: “No princípio”, ele diz, “se celebrou a rede digital como um meio de liberdade ilimitada”. Por outro lado, aponta que rapidamente “esta euforia inicial se mostra hoje como uma ilusão”. Assim, as mídias digitais seriam equivalentes cada vez mais a panópticos digitais que vigiam e exploram o social de forma cruel, de maneira que, assim “que nos liberamos do panóptico disciplinar, adentramos em um novo ainda mais eficiente”.<sup>75</sup> Quanto aos efeitos sobre a subjetividade contemporânea, ele destaca que o “segredo, a estranheza ou a alteridade representam obstáculos para uma comunicação ilimitada. Daí que são desarticulados em nome da transparência”, uma vez que essa seria uma espécie de requisito e característica essencial deste modo de comunicação. As pessoas estariam “desinteriorizadas”, no sentido de que a dimensão da interioridade de fato obstaculiza e lentifica a comunicação, destacando que todo este processo ocorre de forma voluntária, em que os próprios dispositivos obrigam a transparência e a exterioridade total, acelerando a circulação da informação e da comunicação de uns com os outros. Assim:

---

<sup>74</sup> Ibid., p. 12, grifos do autor.

<sup>75</sup> Ibid., p. 21.

“A abertura serve, em última instância, para a comunicação ilimitada, já que o fechamento, o hermetismo e a interioridade bloqueiam a comunicação”.<sup>76</sup> Trata-se de uma “psicopolítica digital”, isto é, uma política específica de nossos tempos que já teria nos levado a uma crise de liberdade de largo alcance, afetando até o livre-arbítrio dos indivíduos. Segundo ele, os “*big data*”, por exemplo, se tornaram um instrumento extremamente eficiente, já que permitem adquirir um conhecimento nunca antes visto do modo de funcionamento das populações. Ainda como exemplo, o autor enxerga no *smartphone* um objeto tanto de dominação – por parte daqueles que manipulam os dados – como uma técnica de subjetivação do tipo religioso. Ele explica: “O *smartphone*, enquanto aparato de subjetivação, funciona como o rosário, que é também, em sua forma de manejá-lo, uma espécie de celular. Ambos servem para se examinar e se controlar”.<sup>77</sup> Dessa maneira, a dominação aumentaria sua eficácia delegando a cada um não só um certo poder de vigilância do todo, mas também possibilitando, através de ações como a do “*like*” dar um “amém digital”. E finaliza: “Quando damos um clique no botão *like* nos submetemos a uma trama de dominação. O *smartphone* não é somente um aparato eficiente de vigilância, mas também um confessionário móvel. O Facebook é a igreja, a sinagoga global (literalmente, a congregação) do digital”.<sup>78</sup>

Segundo Franco Berardi, ao longo da segunda década do século XXI, avançam dois processos simultâneos. O primeiro diria respeito à “guerra civil global em curso desde 2001 e que em 2016 alcançou um ritmo vertiginoso”. O segundo seria a própria “automatização da atividade cognitiva, a penetração dos dispositivos de inteligência artificial na vida cotidiana e no entorno urbano”.<sup>79</sup> O filósofo italiano detalha: “O Brexit e a vitória eleitoral de Trump marcaram um ponto de quebra na história do globalismo neoliberal”. Aponta que, no século passado “pensamos que a democracia e o socialismo haviam derrotado o nacionalismo”. Nada mais enganoso, segundo o autor, já que o “nacionalismo voltou, graças à vingança da classe trabalhadora branca, humilhada pelas políticas neoliberais e traída pelas reformas sociais que jogaram com as mesmas cartas da ditadura financeira”.<sup>80</sup> Berardi destaca o que ele chama de “revanche da classe trabalhadora”, que desencadeou uma onda de racismo branco que se choca contra a raiva

---

<sup>76</sup> Ibid., p. 22.

<sup>77</sup> Ibid., p. 25.

<sup>78</sup> Ibidem.

<sup>79</sup> Berardi, 2019, p. 247.

<sup>80</sup> Ibidem.

das pessoas das áreas colonizadas”. É neste sentido que ele escreve, referindo-se às consequências deste processo: “O resultado será um trauma duradouro, de efeitos ainda incalculáveis. Talvez sejamos testemunhas da ascensão da barbárie e da violência, e inclusive de uma quebra eventual da civilização, a tal ponto que a raça humana perca todo o humano. Mas esse futuro ainda não foi inscrito”.

Suely Rolnik<sup>81</sup> localiza alguns dos aspectos do que “está em questão” no debate sobre o trauma da atualidade. Ela destaca as notícias publicizadas que, “dia após dia, várias vezes repetidas e com diferentes timbres de dramaticidade”, oferecem uma “pletora de sinais que confirmam a cena temida portadora do perigo de desagregação eminente”<sup>82</sup> deste sujeito contemporâneo. Esta figura, por sua vez, sucumbida “ao medo, ao ponto em que este ultrapassa o limite do metabolizável e torna-se traumático, está pronta para agarrar-se ao conto do bode expiatório para nele projetar a causa de seu mal-estar, como sua única saída, ou pelo menos a mais imediatamente disponível.”<sup>83</sup> Para a autora, seria “com base nesse trauma induzido que se constroem as condições para o poder sem limites do capitalismo globalitário, que passa pela tomada do poder de Estado, em situações em que este todavia não se encontra inteiramente em suas mãos”<sup>84</sup>. Rolnik se refere aqui ao desmantelamento de governos progressistas ocorridos nas últimas décadas, principalmente em países latino-americanos, como a destituição de Fernando Lugo da presidência do Paraguai, em 2012, e o *impeachment* da presidenta Dilma Roussef, em 2016. Com relação a este último caso, o brasileiro, ela ainda observa que, nas chamadas “grandes manifestações de massa a favor de sua destituição, o mantra *A culpa é da Dilma* (...) surgiu precisamente do consumo da ficção que a mídia havia construído, tendo a presidenta, o Partido dos Trabalhadores e seus quadros – principalmente seu líder, Lula da Silva – no papel de principal de bodes expiatórios”<sup>85</sup>. Para a autora, neste regime, a subjetividade é mantida em um estado de constante fragilidade, “beirando o trauma e, chegando, muitas vezes, a ultrapassar esse limiar, soçobrando no naufrágio”<sup>86</sup>. Em relação a esse mal-estar, ela ainda enfatiza: “não para por aí”<sup>87</sup>, uma vez que se soma “à perplexidade e ao pavor uma profunda frustração com a atual dissolução em cascata de vários governos de tendência mais à esquerda pelo mundo (...) fruto da ascensão das

---

<sup>81</sup> Suely Rolnik. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2019.

<sup>82</sup> *Ibid.*, p. 80.

<sup>83</sup> *Ibidem*.

<sup>84</sup> *Ibidem*.

<sup>85</sup> *Ibid.*, p. 85.

<sup>86</sup> *Ibid.*, p. 86.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 101.

forças reativas do conservadorismo e do neoliberalismo, temporariamente unidas”<sup>88</sup>. É neste sentido que ela aponta que tal frustração mobiliza a “memória traumática da decepção com o destino funesto das revoluções do século XX, que se agrava com a constatação da impotência das esquerdas face a esse novo cenário”<sup>89</sup>. Como produto da soma dessas sensações, ela escreve, as de “perplexidade, pavor, frustração e decepção”<sup>90</sup>, o “mal-estar ultrapassa um limiar de tolerabilidade (...). Um estado de alerta instala-se na subjetividade, como quando a escassez de recursos essenciais para a vida passa de um limite que a coloca em risco”<sup>91</sup>. Ainda é válido destacar o que Rolnik escreve sobre os subalternos, para os quais “sofrer opressão, exploração e exclusão (...) produz no sujeito a experiência de que sua existência não tem valor, o que lhe gera um intolerável sentimento de humilhação”<sup>92</sup>. Para ela, isto produziria um “efeito traumático na esfera micropolítica”, uma vez que machuca-se, “mais ainda, sua pulsão vital, já debilitada pelo medo do colapso de si provocado pelo abuso”<sup>93</sup>. Por fim, aponta que os casos de “traumas de classe, de raça e de etnia estão entre os mais graves e difíceis de superar, porque não param de se reproduzir do começo ao fim da existência do indivíduo, de sua família e de sua comunidade”<sup>94</sup>. Na verdade, mais do que isso, uma vez que

“tais traumas têm início antes mesmo do nascimento, já que são herdados dos ancestrais e inscritos no DNA desde as experiências longínquas da colonização e da escravidão, do exílio forçado que estas implicaram, do extermínio daqueles que não se adaptaram a essa forma extrema de poder ou dos que morreram de banzo por não tolerá-la”<sup>95</sup>.

Notemos outras nuances deste cenário. Por exemplo, o fato de que são somadas à insegurança dos nossos dias, com todas as suas variantes e em tempo real, as notícias publicizadas por qualquer um, já que ao novo cidadão globalizado foi possibilitada à publicização de seus múltiplos infortúnios, problemas e exigências, através das novas tecnologias de redes sociais e pelos *smartphones*. A este eu do mundo contemporâneo, transformado num eu digital, sem carne e osso, dissolvido no espaço não-local de uma imensa bolha digital, hiperinformado, é possibilitado estar em todo lugar. Além do espaço expandido, estamos diante de uma distorção do tempo, já que se verifica a permanente

---

<sup>88</sup> Ibid., p. 101.

<sup>89</sup> Ibidem.

<sup>90</sup> Ibidem.

<sup>91</sup> Ibid., p. 101-102.

<sup>92</sup> Ibid., p. 127.

<sup>93</sup> Ibidem.

<sup>94</sup> Ibidem.

<sup>95</sup> Ibidem.



disponibilidade deste eu a todo tempo e em todo lugar. O tempo relativizado e ao vivo passa a ser contado no nível das exigências, quase instantâneas, como a de dar resposta às múltiplas mensagens que chegam pelo WhatsApp. Mas não só. Inclui-se nas demandas colocadas para esse eu instantâneo um ritmo acelerado em sua subjetividade, próprio dessa modalidade virtual, sempre levando em conta o número de visualizações e de *likes* nos posts pessoais publicados, no número de seguidores das contas no *Instagram*, bem como na velocidade com que mensagens são respondidas e prontamente atendidas. O eu, neste sentido, transcende as limitações da geografia local, mas somente até um certo ponto, já que tal grau de alcance está delimitado pelas bolhas, definidas pelos cálculos automáticos de algoritmos sobre os quais nada sabemos.

É nesta primeira e segunda décadas do século XXI, que nos deparamos, certamente, com a espetacularização e explosão dos testemunhos pessoais, ou seja, aquilo que cada um passou a poder compartilhar e a querer dizer de si mesmo na esfera pública, a divulgação massiva de suas dores, que se tornaram materialmente divulgáveis, graças à infundável malha de publicização. É por essa via que podemos observar a gramática e a lógica dos “avisos de gatilho” saírem das zonas de segurança universitárias norte-americanas, assumindo seu espaço também nas bolhas digitais das redes, onde se faz necessária a presença de avisos. Não é de espantar, portanto, que o medo esteja no foco destes autores interessados em entender o que se passa no momento contemporâneo, já que é aquilo que de algum modo permeia, de diferentes formas, nossas relações sociais. É neste sentido que podemos pensar sobre o que é posto no horizonte, como não sendo mais da ordem das grandes transformações idealizadas de antes, mas os espaços seguros, as zonas de segurança nas quais (ao passo de um clique) não seremos mais incomodados pelo outro. É a emoção propriamente dita que é colocada em jogo no cenário cotidiano, um quadro compatível com o que o filósofo alemão Christoph Türcke denomina de “sociedade excitada”.<sup>96</sup> Türcke delineia a esfera das sensações, as quais estariam “a ponto de se tornar as marcas de orientação e as batidas do pulso da vida social como um todo”.<sup>97</sup> Neste sentido, ele escreve: “A visita de Estado de ontem não se encaixa mais nas *news* de hoje, mesmo que nem todos se tenham inteirado dela, a não ser que tenha resultado em um escândalo e que leve a desdobramentos que, por sua vez, só possam ser entendidos se remetidos a ela”. Aponta para o ritmo acelerado, que se trata de um estado onde “todos os que queiram permanecer atualizados precisam, por sua vez, selecionar rapidamente o

---

<sup>96</sup> Christoph Türcke. **A sociedade excitada**: filosofia da sensação. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

<sup>97</sup> *Ibid.*, p. 13.

material relevante a partir de uma superabundância de notícias, precisam permanecer constantemente atentos para que sua escolha esteja no nível da concorrência, e expor-se, para esse fim, a um tiroteio midiático”.<sup>98</sup> Nessas circunstâncias, o sentido daquilo que nos atinge é renovado, já que “atinge, toca, comove é aquilo que, enquanto injeção, foi agudizando o suficiente o nosso sistema nervoso e, ainda que seja apenas por um instante, chama a atenção”.<sup>99</sup> Agora, já não basta mais aparecer, já que, “se tudo o que *não* está em condições de causar uma sensação, tende a desaparecer sob o fluxo de informações, praticamente não sendo mais percebido, então isso quer dizer, inversamente, que o rumo vai na direção de que apenas o que causa uma sensação é percebido”.<sup>100</sup>

Türcke destaca o fato de que não se trata de uma máquina publicitária que conceba o espectador como um ente passivo, “como um tolo ou deslumbrado ingênuo a ser esclarecido”, já que o utiliza como um compartilhador ativo de conhecimento, um “copensador”, “alguém com quem só se terá sucesso se o comercial adiantar algo do prazer que a compra do produto promete”.<sup>101</sup> Assim, e agora colocando em um mesmo plano aquilo que é noticiado (jornalismo) com o que é vendido (publicidade e propaganda), Türcke afirma que o sucesso vem, quando o que é divulgado preenche o requisito de excitar o “sistema nervoso como um todo, de forma prazerosa e eletrizante, em uma estrutura sensorial na qual o produto em questão se encontra firmemente inserido”.<sup>102</sup> Neste cenário, Türcke nos lembra que o próprio levantamento de dados pessoais não seria mais algo restrito ao Estado. A avalanche de dados pessoais é transformada em “perfis” de comportamento de compra, os quais são continuamente lançados à “nuvem”. Desde que “surgiu o *shopping online*, tornou-se fácil registrar precisamente o comportamento de compra de alguém, organizar um perfil de seus hábitos e inclinações pessoais, mantendo-o consumindo por meio de ofertas idiossincraticamente selecionadas”.<sup>103</sup> O perfil individual dos usuários é obtido pelo cálculo dos dados de consumo, o que configura uma constante invasão e rastreamento da sua vida privada. Por outro lado, tornar-se um consumidor é condição *sine qua non* de existência do usuário. Na atualidade, portanto, daquele que deseja ser alguém é exigido possuir um perfil de

---

<sup>98</sup> Ibid., p. 19.

<sup>99</sup> Ibid., p. 20.

<sup>100</sup> Ibidem.

<sup>101</sup> Ibid., p. 26.

<sup>102</sup> Ibid., p. 27.

<sup>103</sup> Ibid., p. 41.

compra digno de ser rastreável. Ou seja, como escreve: “Quem não consegue fazer-se percebido para ter um tal perfil simplesmente não conta: não é *ninguém*”.<sup>104</sup>

Cabe destacar o que escreveu Joel Birman<sup>105</sup> sobre o que se coloca como questão para esse sujeito contemporâneo. Para o autor, em sintonia estreita com o que os diferentes teóricos mencionados escreveram sobre o assunto, trata-se de um momento histórico onde este sujeito está virado de ponta-cabeça, tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo. São turbilhões que chegam a esse indivíduo, sobretudo na forma de informações, de modo que isso gera uma sensação de surpresa permanente, de estar sempre por um triz. Birman identifica a profusão de neuroses de angústia, além das possivelmente traumáticas e das doenças psicossomáticas, como sendo um sinal dessa virada subjetiva, em contraposição aos quadros predominantemente descritos pela psicanálise num momento anterior, baseados na ideia de conflito. Nessa enxurrada de informações, o homem contemporâneo se encontra, portanto, num estado constante de alarme, fragilizado na sua capacidade de se regular e antecipar possíveis perigos. Além disso, a despeito das novas formas de sociabilidade digital - condições estas, aliás, que a ordem neoliberal lhe impõe -, esse sujeito se encontra num modo paradoxal, uma vez que se constitui como um sujeito cada vez mais autocentrado e solitário. Em particular, o autor aponta para a dificuldade que possuem em endereçar suas dores ao outro, a despeito da proliferação dos testemunhos pessoais que irão inundar as redes. É nesse mundo onde tal posição está radicalmente centrada na condição de consumidor e empresário de si que a solidão se intensifica pelos algoritmos e pelo ciberespaço, ao invés de, como poderíamos esperar, ser superada.

Cabe distinguir, ainda seguindo Birman, aquilo que seria uma posição de *dor* em contraposição ao que seria da ordem do *sofrimento*. Enquanto o que marcaria a primeira modalidade de mal-estar seria algo de uma vivência solitária, na segunda, o endereçamento seria ao outro. Assim, uma vez que o mal-estar do sofrimento requisita um modo de vida compartilhado, sua elaboração sofreria importantes impactos na atualidade. Podemos então pensar na profusão de testemunhos, característica já destacada por diferentes autores como sendo central e própria do período em que nos

---

<sup>104</sup> Ibidem.

<sup>105</sup> Joel Birman. **O sujeito desejanste na contemporaneidade**. Abertura do II Seminário de Estudos em análise do discurso. Instituto de Letras da UFRGS, Porto Alegre, 2005.

encontramos<sup>106</sup>. Mas isso não indicaria, necessariamente, um processo real em que os indivíduos se sentiriam mais ouvidos e reconhecidos pelo outro, aumentando as chances de elaboração de suas vivências, mas ao contrário, numa situação diametralmente oposta, que caracterizaria um sujeito atado a essa dolorida posição solipsista. Ainda segundo o psicanalista, esse fechamento do eu em face do outro constitui a mola motora da sociedade contemporânea e é justamente a impossibilidade deste sujeito passar do registro da dor para o do sofrimento. Esta incapacidade o paralisa e o desorienta. Trata-se do que o autor irá denominar de eloquência da experiência corporal da angústia no registro individual. Destaca, como parte dessa incapacidade, o impedimento, por parte deste sujeito, de fazer os desligamentos funcionais, de “esvaziar-se” e de olhar para dentro. No lugar disso, ele olha para sua própria experiência corporal (embora descorporificada, quase como um autômato) o que não significa a passagem ou a capacidade de simbolização. Trata-se da experiência pela experiência. É a partir disso que surgirá, então, esse sujeito que emerge como protagonista na contemporaneidade, cuja marca central do compartilhamento de sua vivência da dor está calcada não no convívio e no registro compartilhado, mas na solidão, de modo que suas “catástrofes” da ordem cotidiana sobressaem, o emperram e o desorientam frente a abismos diários e diante da efemeridade e da rapidez característica da sociedade contemporânea.

Neste cenário, emergem as figuras da testemunha e a da vítima, em relação as quais autores como Michel Wieviorka<sup>107</sup> não constatarão diferenças. Tomando como ponto de partida a emergência destes dois personagens, este autor vai localizar como condições de possibilidade as “falhas, o abandono político e a decadência dos Estados e dos sistemas políticos e jurídicos, que não podem mais assumir suas funções clássicas de garantia de ordem, de coesão e do laço social”.<sup>108</sup> Trata-se, enfim, de um período marcado por uma crise generalizada, seja esta crise referente ao Estado, à política ou às instituições, o que vem alimentar justamente o sentimento de que as autoridades não podem fazer nada. Aponta como exemplo que deixou de ser inusitado, aqueles que sentem nostalgia de um passado mítico, em que a ordem e a paz prevaleciam. Neste rol de descontentes, Wieviorka também nos lembra daqueles que perderam toda a fé no sistema de justiça criminal e esperam, neste sentido, serem pagos por compensação seja pelo Estado, seja

---

<sup>106</sup> Autores da chamada literatura do testemunho. Para citar alguns exemplos, Elizabeth Jelin, Annette Wieviorka, Michael Polack, Beatriz Sarlo, Marcio Seligmann-Silva e Andreas Huyssen.

<sup>107</sup> Michel Wieviorka. **Violence: a new approach**. Londres: SAGE Publications, 2009.

<sup>108</sup> *Ibid.*, p. 60.

pelas companhias de seguro. Aqui, ele nos lembra das “vítimas”, que “se mobilizam de um modo ou outro”, além da mídia reporta às suas ações, expectativas e demandas”. Como uma das causas, aponta a já apontada desinstitucionalização e a crise do Estado neoliberal, onde mais e mais pessoas perdem sua confiança no Estado e na classe política. É neste sentido que o autor não considera “absurdo associar o tema do medo com o das vítimas”<sup>109</sup>. Não um medo de Deus, próprio dos antigos, mas do crime. O medo veiculado pelas mídias e o conteúdo do que as vítimas falam se ligam em um processo “consolidação da consciência do risco”, tomado aqui como pré-condição para a emergência desta figura da vítima. O autor exemplifica com os casos inglês e norte-americano, onde o crescente medo do crime e a percepção aumentada do risco contribuíram para o sentimento de que todos são vítimas potenciais”.<sup>110</sup> Aponta ainda que a presença ubíqua das vítimas não estaria associada apenas à decadência do político e da falha do Estado, mas também ao sistema midiático e ao modo como são construídas nossas categorias, que reforçam, a todo tempo, a percepção de que o mundo é um lugar perigoso. Por fim, o autor questiona, sem se comprometer com respostas nem para um lado, nem para outro, se tais inseguranças atuais não só seriam derivadas de uma falha do plano político e da decadência do Estado, mas também ligadas a uma sensibilidade própria do período contemporâneo.

Encontramos na contribuição do filósofo Vladimir Safatle<sup>111</sup> uma visão mais crítica sobre o trauma. Para o autor, o que estaria em questão neste cenário seria a criação de um discurso próprio de nosso tempo, um discurso que vincula aspectos próprios da economia liberal com um novo tipo de sujeito e envolve uma reconfiguração profunda do que ele nomeia como “gramática do sofrimento psíquico”.<sup>112</sup> Para que tais disposições sejam realmente internalizadas, aponta o filósofo, tornou-se necessário reconfigurar também as formas de compreensão e de classificação dos processos de sofrimento. Assim, ele escreve, não “basta gerir o centro, há de se saber gerir as margens, configurar as formas *possíveis* do afastamento da norma”<sup>113</sup>, no sentido de que modelos socioeconômicos não apenas colocam em jogo modos de funcionamento próprios de produção e de consumo, mas também envolvem uma redefinição de seus agentes

---

<sup>109</sup> Ibidem.

<sup>110</sup> Ibid., p. 61.

<sup>111</sup> Vladimir Safatle. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: Vladimir Safatle, Nelson da Silva Junior e Christian Dunker (orgs.) **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 17-46.

<sup>112</sup> Ibid., p. 33.

<sup>113</sup> Ibidem.

envolvidos, “definindo com isso um conjunto de comportamentos, modos de avaliação e justificativas a serem internalizadas” por aqueles que querem ser reconhecidos. É a partir desse ponto que a produção de um vocabulário específico – e aqui ele vai apontar o desenvolvimento e a disseminação de uma compreensão específica da psicologia e da nosologia psiquiátrica – de forma a ser “partilhada por todos os indivíduos que aspiram ser reconhecidos”.<sup>114</sup> Ora, não seria por acaso que a “ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 foi seguida por uma modificação brutal das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico”.<sup>115</sup> Refere-se especificamente ao processo de reformulação do principal manual classificatório utilizado em psiquiatria, iniciado nos anos 1970 e finalmente publicado na sua terceira versão em 1980. Teria sido justamente, portanto, tal publicação o ponto de partida que produziu uma “ruptura profunda com uma gramática social do sofrimento que, até então, dava paulatinamente espaço à consciência da dimensão conflitual dos processos de socialização próprios à sociedade capitalista”.<sup>116</sup> É neste sentido que tal “gramática emergente do sofrimento”, baseada em sintomas, através das categorias descritas em manuais psicopatológicos da psiquiatria (pânico, transtorno bipolar, depressão, estresse pós-traumático, TDAH, entre tantos outros), não só passaram a formar as pessoas que são tratadas pelos diversos profissionais como tornam possíveis as diferentes formas de intervenção.

A visão de Safatle encontra-se em estreita sintonia o modo pelo qual Eva Illouz<sup>117</sup> entende os processos de subjetivação no período contemporâneo. A autora nomeia de “lógica terapêutica” a emergência desta nova modalidade de sofrimento baseada no vocabulário específico da psiquiatria pós-1980, lógica que inclui a utilização massiva de elementos meramente descritivos (e não baseados em conflitos) e centrados no eu. Entre os atores do processo de tradução do sofrimento e de busca por reconhecimento de suas dores pessoais, ela inclui as “feministas”, os “psicólogos”, o “Estado”, um “exército de trabalhadores sociais” e “acadêmicos que trabalham no campo da saúde mental”, além das “companhias seguradoras e empresas farmacêuticas” que “traduziam a narrativa terapêutica porque todos, por diferentes motivos, têm um forte interesse em impulsionar e expandir uma narrativa na qual o eu se define em termos patológicos”.<sup>118</sup> Para ela, todo

---

<sup>114</sup> Ibidem.

<sup>115</sup> Ibidem.

<sup>116</sup> Ibid., p. 34.

<sup>117</sup> Eva Illouz. **Intimidades congeladas**: las emociones en el capitalismo. Buenos Aires: Katz editores. 2007.

<sup>118</sup> Ibid., p. 135.

este processo “impulsiona uma narrativa da enfermidade, já que, com o objetivo de estar melhor – o principal produto que se promove ou vende neste novo campo -, primeiro deve-se estar doente”.<sup>119</sup> Assim, ao mesmo tempo em que esses atores disseminam a narrativa da enfermidade e do sofrimento psíquico, isto é, encorajam e estendem o âmbito dos problemas psíquicos, impulsionam, de maneira simultânea, uma cultura terapêutica e da autoajuda. De modo geral, o que se pretende pôr em evidência aqui são os processos relacionados a esta nova gramática e à nova lógica do sofrimento, que se estendem e são transpostos para as mais diversas situações e condições, por estes múltiplos e diversos agentes que passaram a se apropriar dos modelos conceituais predominantes acerca da enfermidade, e que colocaram em ação um paradoxal processo, na medida em que evoca justamente aquilo que se pretende excluir, isto é, a enfermidade, o sofrimento e a dor.

Tal discussão está em consonância com os apontamentos de Fassin e Rechtman<sup>120</sup>, quando identificam que a emergência desta nova gramática ocorre particularmente no último quartel do século XX, num período em que “nossa relação com o tempo mudou”, em especial nossa relação com o passado que, já “foi confiante, quase arrogante, [mas] agora se torna dolorosa e ansiosa”. Os antropólogos lembram das palavras de W. H. Auden, que denominara nosso tempo como a “Era da ansiedade”. Apontam, portanto, para a recente ruptura de sentido em nossa história, já que, em sua fase recente, tanto individual como coletiva, dentre as profundas mudanças, destaca-se a nossa relação com o legado histórico, que deixou de ser uma história triunfal e orgulhosa, para se tornar “uma ‘historiografia dos vencidos’”. Enfim, uma modalidade específica da contemporaneidade, em que “olhamos para trás com olhos feridos, lembrando da escravidão e dos efeitos da colonização, e ficamos às voltas com os debates ao redor de velhos erros”.<sup>121</sup>

### **1.3 Um retorno aos anos 1990: trauma, epidemia de histeria e memórias infantis questionadas no final-de-século**

O exercício deste momento é de contraste. Tendo em vista as discussões acima, focalizaremos agora nos anos 90, com o intuito de verificar de que modo as questões em torno do conceito de trauma estavam postas. A despeito da presença massiva de diferentes

---

<sup>119</sup> Ibidem.

<sup>120</sup> Fassin e Rechtman, op. cit., p. 275.

<sup>121</sup> Ibidem.

discursos e perspectivas teóricas sobre o trauma nesta última década do século, nas partes que se seguem, nosso intuito é mostrar o que se colocava em torno deste conceito. Como veremos, a ideia de trauma tinha sua legitimidade colocada em xeque, de uma maneira muito própria e distinta do que constataríamos nas duas décadas seguintes. Como exemplos iniciais, podemos apontar para algumas afirmações comuns neste período, como a que encontramos em Nathan e Snedecker<sup>122</sup>, segundos os quais “milhares” de famílias, nos anos 1990, estavam sendo destruídas por conta das alegações de que crianças haviam sido vítimas de abuso. Ou, ainda, argumentos como o de Jenkins<sup>123</sup>, para o qual o “pânico moral” sobre questões ligadas ao abuso, finalmente, no final desta década, estava sendo substituído pelo entendimento adequado da sugestibilidade destas crianças e da prevalência das chamadas “falsas memórias” entre adultos que alegaram terem sido abusados na infância. Se levarmos em conta a controvérsia dos avisos de gatilho discutida anteriormente, mesmo que estejam presentes, neste cenário, argumentos contrários à ideia de trauma, por outro lado, é evidente a abundância de perspectivas e de discursos que legitimam estas condições, principalmente através das diversas perspectivas baseadas em primeira pessoa, que foram então disseminadas. Assim, o ponto que queremos destacar, desde já, é que, apesar da relativa proximidade temporal, geográfica e linguística, uma vez que estamos nos baseando em uma literatura e em uma cultura anglo-saxã, basicamente norte-americana, existem rupturas de sentido importantes e válidas de serem destacadas entre os já referidos períodos, sobre as quais aprofundaremos deste ponto em diante.

Um debate trazido à tona pelo filósofo Ian Hacking acerca do tema do abuso sexual infantil<sup>124</sup>, no final dos anos 1980, também pode nos servir como um exemplo empírico deste contraste. Tendo sido convidado para discutir o campo da sociologia do conhecimento, em evento da *American Psychological Association*, Hacking se justificou por ter escolhido um exemplo *tão tolo*<sup>125</sup>. O filósofo destacou a dificuldade de se debater um problema em relação ao qual ninguém poderia lançar dúvidas. Foi neste sentido que ele colocou, num mesmo plano de inquestionabilidade, o genocídio e o abuso sexual infantil como exemplos inquestionáveis acerca do que deveria ser considerado como

---

<sup>122</sup> Debie Nathan e Michael Snedecker. **Satan’s silence**: ritual abuse and the making of a modern American witch hunt. Nova York: Basic Books, 1996.

<sup>123</sup> Philip Jenkins. **Moral panic**: changing concepts of the child molester in modern America. New Haven e Londres: Yale University Press, 2004.

<sup>124</sup> Ian Hacking. Symposium papers, comments and an abstract: The sociology of knowledge about child abuse. **Nous**, v. 22, n. 1, 1988, p. 53-63.

<sup>125</sup> *Ibid.*, p. 53.



“erros absolutos”<sup>126</sup>. Por outro lado, destaca que tal reflexão possibilitaria entender melhor as condições de possibilidade necessárias à emergência de uma noção que nem sempre esteve disponível. Ele explica: “Examinar o conhecimento ‘em geral’ raramente é produtivo”<sup>127</sup>. Assim, ao invés de tomar como problema o “conhecimento”, em geral, pretendeu tomar o exemplo específico do abuso infantil. Em temas como esse, argumentou que, a despeito da repulsa instantânea que se pode ter, normalmente a “visão moral se torna obscurecida quando se chega aos casos”. Hacking não se refere ao que poderia ser entendido como “circunstâncias psicológicas ou sociais da má e monstruosa conduta”<sup>128</sup>, mas, diferentemente disto, seu interesse se dá justamente por poder iniciar a investigação acerca de outros modos de se pensar eventos tão desastrosos como esse e, tão importante quanto, sobre os modos a partir dos quais se constroem os conceitos.

Em uma recapitulação histórica, Hacking toma como primeiro exemplo o tema da “crueldade contra as crianças”, uma questão que se tornou importante na chamada era Vitoriana tardia. Segundo o autor, logo na primeira década do século XX, foram fundadas diversas sociedades de prevenção contra a violência e a crueldade contra as crianças, que se espalharam em Nova Iorque e em outros lugares do mundo anglo-saxão. O que estava em questão, aqui? Como uma das causas, destacava-se principalmente a dimensão filantrópica do problema, somando-se outros fatores por ele considerados relevantes, como o advento profissional do trabalhador social (*social worker*), bem como eventos que conduziram, por exemplo, em 1912, à fundação do *Children’s Bureau*, que seria uma repartição governamental cuja principal tarefa se dirigia ao problema da mortalidade infantil. Neste período, tais sociedades tinham o intuito de perseguir aquilo que era considerado como “crueldade contra criança” e de remediar o que poderia ser entendido como negligência. Por outro lado, os “eventos eram esporádicos e nenhum ‘problema’ sistemático era previsto”<sup>129</sup>, Hacking escreve. A “questão” deste momento era justamente a “mortalidade infantil”, algo profundamente distinto do quadro que emergiria décadas depois, por exemplo, no período pós-Segunda Guerra, quando então o problema a ser solucionado passou a ser o da “delinquência infantil”. É neste sentido que ele escreve: “No auge da era Vitoriana da ‘crueldade às crianças’ o local de trabalho era a rua e as casas de caridade”<sup>130</sup> e isto se distinguia dos eventos que ocorreram no meio do mesmo

---

<sup>126</sup> Ibidem.

<sup>127</sup> Ibidem.

<sup>128</sup> Ibidem.

<sup>129</sup> Ibid., p. 57.

<sup>130</sup> Ibidem.

século XX, quando então o local de atuação principal eram as batidas policiais e os fóruns judiciais. Destaca, enfim, que tanto a crueldade como a negligência não eram questões médicas, neste tempo, já que estes, os profissionais médicos, tratavam de “crianças machucadas tal como lidavam com crianças vítimas de queimadura”<sup>131</sup>. Em outros termos, completando o raciocínio: “O agressor de crianças não era mais do escopo de atuação do médico da família do que um incendiário”<sup>132</sup>.

Cabe destacar que o problema da agressão contra as crianças se tornou um problema médico, efetivamente, somente nos anos 1960. Surgiu no campo da radiologia pediátrica, quando profissionais médicos começaram a perceber e a denunciar casos de bebês em idade bem precoce cujos ossos revelavam processos de cicatrização, embora os pais não tivessem relatado eventos como fraturas ou traumas. Emergiu neste momento a “síndrome da criança espancada” (*battered child syndrome*), originalmente mencionada em artigo publicado no *Journal of the American Medical Association*, em julho de 1962. Hacking toma como exemplo de análise uma matéria jornalística publicada neste período intitulada “Pais que batem em crianças: um trágico aumento nos casos de abuso sexual infantil está produzindo uma busca por meio de selecionar adultos doentes que praticam tais crimes”. A importância desta matéria estaria relacionada a algumas das expressões do título, que apontariam, segundo ele, para a emergência específica de um sentido neste período. Ele destaca os seguintes termos: “aumento trágico”, expressão que seria problemática por não haver, neste período, estudos estatísticos acumulados sobre os casos; “adultos doentes”, que, em resumo, implicava os pais no escopo de atuação médica, já que deveriam agora ser tratados também; e, por fim, sublinha o termo “crime”, destacado porque, se o abuso seria “crime”, por que não foi abordado como um problema eminentemente policial e discutido em tribunais, ao invés de um problema médico?

O antropólogo Bruno Latour participou como um dos interlocutores do debate proposto por Hacking<sup>133</sup>. Às questões levantadas, Latour comenta, de início, que se abordaria do ponto de vista de um *irrealista* (tal como o próprio Hacking o chamou), embora ele mesmo prefira o termo *hiper-realista*. Como pontos mais importantes, destacamos uma primeira discordância do antropólogo, relativa à possibilidade de criar conhecimento “do nada” e à diferença entre o que seriam tipos de conhecimento

---

<sup>131</sup> Ibidem.

<sup>132</sup> Ibidem.

<sup>133</sup> Bruno Latour. Symposium papers, comments and an abstract: the sociology of knowledge about child abuse. *Nous*, v. 22, n. 1, 1988, p. 67-69.

“naturais” e “não-naturais”, considerações estas aventadas por Hacking em sua abordagem ao tema. Para Latour, não há quaisquer possibilidades de distinção entre conhecimentos que poderiam ser entendidos enquanto tipos naturais e outros não-naturais. Argumenta que aquilo que chama de “conhecimento”, na verdade, seria a “transformação, o transporte, a tradução, ao laboratório – no seu sentido mais amplo – de práticas e noções que *já ocorrem* em um dado lugar num segmento da sociedade”<sup>134</sup>. É neste sentido que ele escreve que tanto os “micróbios de Pasteur, o inconsciente de Freud, a ‘síndrome da criança espancada’ dos trabalhadores sociais, não são nem naturais e nem não-naturais”<sup>135</sup>. Ora, todos estes “tipos” seriam construídos *a partir* de algum material prévio, muito embora seja comum que os “ingredientes originais”<sup>136</sup> não sejam facilmente reconhecíveis. É neste sentido, portanto, que as ciências humanas (consideradas *soft*) não seriam, no entendimento de Latour, menos naturais, ou criadas mais “do nada”, quando comparadas às chamadas ciências duras. Ele compara: “Um delicado *soufflé* de queijo não seria menos feito do nada do que um mingau pesado”<sup>137</sup>.

Uma segunda discordância ainda válida de ser destacada, enfatizada por Latour, diz respeito à maneira como Hacking utiliza o termo *social*. Latour comenta especificamente a frase em que o autor diz que o conhecimento “não possui validade além da unidade *social* que sustenta a sua existência”<sup>138</sup>. Se o termo “social” fosse excluído desta frase, confessa Latour, aí sim ele ficaria satisfeito com o argumento utilizado, uma vez que um determinado “fato científico”, escreve, “nunca sobrevive para além das redes estritas de práticas e de circunstâncias que definem sua validade”<sup>139</sup>. Isto só se sustentaria, afirma o francês, caso fossem excluídos, precocemente, da “rede elementos suficientes e que estão separados das partes científicas”<sup>140</sup>. A lei, ele exemplifica, “compõe em parte o abuso infantil; mas sua presença não faz com que o conceito seja menos ‘natural’”<sup>141</sup>. Além disso, o antropólogo francês esboça algumas respostas às questões deixadas em aberto. Por exemplo, Hacking havia questionado se categorias como a de abuso infantil poderiam ser consideradas “certas” ou “erradas”<sup>142</sup>. Latour é bastante enfático em relação

---

<sup>134</sup> Ibid., p. 67, grifos do autor.

<sup>135</sup> Ibidem.

<sup>136</sup> Ibidem.

<sup>137</sup> Ibid., p. 67.

<sup>138</sup> Hacking, op. cit., p. 55.

<sup>139</sup> Latour, op. cit., p. 68.

<sup>140</sup> Latour, op. cit., p. 68.

<sup>141</sup> Ibidem.

<sup>142</sup> Nesta questão, Hacking baseia-se aqui nos argumentos desenvolvidos na obra Nelson Goodman. **Ways of worldmaking**. Indianapolis: Hackett, 1978.

à esta questão, quando escreve que sua resposta é “claramente um não”<sup>143</sup>. Argumenta que não haveria, a rigor, meio sensível de avaliar se um conceito está certo ou errado, uma vez que qualquer disciplina estabelece seria, a rigor, uma *metrologia* que permite que os outros avaliem os seus próprios conceitos. Neste sentido, pode ser dito que uma dada forma de medição (metrologia, axiologia etc) pode se disseminar, por um lado, mas nenhum observador pode pular “para fora dela”. Esta é a diferença que Latour coloca, portanto, entre “relatividade” e “relativismo”.

Uma vez que Hacking havia questionado sobre em que medida o conceito de abuso infantil poderia se tornar um conceito autônomo (independente da sua utilização por grupos de especialistas) e também sobre a possibilidade dele expandir o que seria considerado patológico, Latour tece mais comentários. Quanto ao primeiro ponto, a possibilidade de se tornar um conceito “autônomo” estaria diretamente relacionada à capacidade dos profissionais e dos especialistas expandirem tal conceito. Isto seria, segundo Latour, consequência das relações entre o que está “dentro” e “fora” de uma ciência, no sentido de que um determinado conhecimento se torna mais autônomo na medida em que se expande, e não o contrário. Em relação ao segundo questionamento, de modo resumido, ele defende que não se trata somente de “naturalização” ou “socialização”. Ora, uma dada atribuição seja relacionada à “lei”, às “doenças biológicas”, à “culpa religiosa”, à “bruxaria” ou ao “acaso”, não poderia ser limitada à questão de escolher entre o que seria considerado uma “norma” ou um “demônio”. Ele escreve: “O que dizer (...) da histeria de Charcot? Do inconsciente de Lacan? Dos genes de Wilson?”<sup>144</sup> E conclui: “Naturalização ou socialização não são questões somente de escolha”<sup>145</sup>.

Por mais interessantes que sejam, os argumentos internos da discussão acima são menos importantes, aqui, do que a constatação de que existiu, nesta passagem dos anos 80 para os 90, um debate sobre a “construção social” do abuso infantil, o que não ocorreu antes, nem posteriormente. Nossa perspectiva sobre este período pode ser aproximada do que Laura Brown<sup>146</sup> flagrou, quando escreveu: “Antes de 1992, o campo dos *trauma studies* parecia considerar intocável a noção de que as memórias de eventos traumáticos

---

<sup>143</sup> Ibid., p. 68.

<sup>144</sup> Ibidem.

<sup>145</sup> Ibidem.

<sup>146</sup> Laura S. Brown. The controversy concerning recovered memory of traumatic events. In: Arieh Y. Shalev, Rachel Yehuda e Alexander C. McFarlane (eds.). **International handbook of human response to trauma**. Nova York: Springer Science and Business Media, 2000, p. 195-209.

poderiam, em certas situações, ser tardias com relação à sua rememoração”<sup>147</sup>. Em um rápido retrospecto da historiografia do trauma, ela lembra que, desde as primeiras descrições mais sistemáticas sobre os casos de sobreviventes a traumas de guerra, particularmente os pacientes com “*shell-shock*”, na Primeira Guerra Mundial, estava claro que o processo de lembrar dos eventos traumáticos diferia de maneira importante das memórias da vida cotidiana, onde o “trauma se apresentava como uma narrativa pessoal não integrada da memória autobiográfica”<sup>148</sup>. Ao longo desta história - que, vale acrescentar, foi *permanente* desde o último quartel do século XIX passando ao longo de todo o século XX -, ela lembra que diversos

termos foram usados para descrever os fenômenos de lembrança tardia ou comprometida (*impaired*) do trauma, a depender da perspectiva teórica do autor, onde definições que incluíam amnésia pós-traumática, amnésia dissociativa e memórias reprimidas apareciam em diversos pontos na literatura acadêmica<sup>149</sup>.

O ponto que precisa ser destacado é o que Brown nota logo em seguida, o fato de que até o início dos anos 1990 “existia pouco debate entre os pesquisadores do trauma sobre a ideia de que a manifestação particular de estresse traumático fosse real e observável entre a gama de eventos traumatogênicos”<sup>150</sup>. Ou seja, ainda que alguns sobreviventes de eventos traumáticos pudessem ter o que poderia ser considerado um “esquecimento”, enquanto outros lembravam somente quando as circunstâncias de suas vidas mudavam de maneira a tornar possível trazer à consciência tais materiais dolorosos, até então não havia sido colocada em xeque a factualidade de tais memórias ou cogitada como falsa a ideia de que tais memórias não fossem verdadeiras.

Brown aponta especificamente para o mês de março de 1992, quando a questão de como o “trauma afeta a memória deixou de ser uma questão de observação, não questionável e de consenso clínico entre os pesquisadores e terapeutas de trauma”<sup>151</sup>. Principalmente a partir da fundação da organização *False Memory Foundation*, se conflagrou uma notável disputa politizada, frequentemente coberta na mídia popular dos Estados Unidos e em outros países de língua inglesa, a respeito de que tais lembranças “tardias do trauma pudessem ser, meramente, um fenômeno iatrogênico produzido por

---

<sup>147</sup> Ibidem.

<sup>148</sup> Ibidem.

<sup>149</sup> Ibidem.

<sup>150</sup> Ibidem.

<sup>151</sup> Ibidem.

processos psicoterapêuticos mal conduzidos”<sup>152</sup>. Vale acrescentar, seguindo ainda esta autora, que a maior parte do debate girou em torno da questão se a memória a longo prazo do abuso sexual na infância em certos pacientes seria real ou um material confabulado criado como produto da sugestão. Os apoiadores da ideia da “falsa memória” defendiam a ideia de que o fenômeno da lembrança intrusiva seria apenas a manifestação da “expectativa da memória traumática”, argumentando que a maior parte do abuso sexual perpetrado na infância não seria traumática às crianças, que inclusive poderiam não estar afetadas pela dinâmica da memória traumatogênica. Brown acrescenta que, a despeito de que o *locus* principal do debate tenha se originado e se desenvolvido ao redor das memórias de abuso infantil, as questões levantadas tinham implicações mais amplas. Isto porque as hipóteses e os argumentos poderiam se aplicar às relações mais gerais do trauma com a memória, de modo que a questionabilidade das lembranças tardias do trauma abarcasse também outros casos, independentemente do conteúdo do evento relacionado.<sup>153</sup>

As ideias da historiadora Elaine Showalter podem ser tomadas como outro exemplo no que diz respeito à emergência de um quadro crítico ao trauma, que surgiu particularmente nos anos 90. Para esta autora, aquilo que circulava nos diversos dispositivos midiáticos daquele período não deveria ser entendido, de modo algum, como “trauma”, mas como uma espécie *epidemia de histeria*. O que estaria em jogo, se disseminando e sendo contado através de histórias pessoais seria o que ela denominou *hystories*. Isto é, uma mescla (em inglês), entre narrativas (histórias pessoais) e histeria, contadas através de “livros de autoajuda, artigos de jornais e de revistas, programas e séries de televisão, filmes, internet e mesmo através da crítica literária”<sup>154</sup>. Tais narrativas culturais, tal como ela classifica, estariam se multiplicando “rápida e incontrolavelmente, na era da mídia de massa, das telecomunicações e do e-mail”, de maneira que deveria ser a categoria de histeria utilizada no lugar das múltiplas síndromes que incluíam em sua gramática noções da lógica do trauma. Assim, não foi sem motivo que, em 1998, agrupou no mesmo rótulo diferentes categorias para as quais não havia uma explicação biomédica clara, como a “síndrome da fadiga crônica”, as “personalidades múltiplas”, a “síndrome

---

<sup>152</sup> Ibid., p. 195-196.

<sup>153</sup> Indico ao leitor o capítulo original da autora relativo aos detalhes do debate, bem como às suas implicações políticas. Para o aprofundamento mais atualizado da problemática dos anos 1980 e 1990, remeto ao trabalho mais recente de Ross E. Cheit. **The witch-hunt narrative: politics, psychology, and the sexual abuse of children**. 2014. Oxford: Oxford University.

<sup>154</sup> Elaine Showalter. **Hystories: hysterical epidemics and modern media**. Nova York: Columbia University Press, 1998, p. 5.

da Guerra do Golfo” e o “abuso por ritual satânico”. Para a autora, portanto, a histeria não teria morrido, mas sido “renomeada para uma nova era.”<sup>155</sup> Teria sido justamente nos anos 90, então, que “os Estados Unidos se tornaram o foco de doenças psicogênicas, formas novas e mutantes de histeria, que se amplificaram através das comunicações modernas e do *fin de siècle* ansioso.”<sup>156</sup> Neste período, enfim, os pacientes histéricos teriam passado a acusar “as causas externas – um vírus, a molestação sexual, a guerra química, a conspiração satânica, a invasão alienígena – para os seus problemas psíquicos.”<sup>157</sup> Na lista de fatores, a autora cita o suprimento “inexaurível” de pessoas psicologicamente vulneráveis e os quadros cada vez mais robustos de psicoterapeutas “dedicados ao trauma”. Contribuem também o fundamentalismo religioso, o “pânico *millenial*” e um estilo cultural cada vez mais paranóide do norte-americano. Somam-se, por fim, a popularidade e a replicabilidade de grupos de autoajuda e uma verdadeira indústria de telecomunicações que estaria saturando a população com fantasias e testemunhos histéricos<sup>158</sup>.

A rigor, a atenção sobre o problema do abuso sexual infantil e suas repercussões psíquicas, crescente desde os anos 70, foi paralela à maciça campanha promovida por movimentos sociais (feministas e de veteranos de guerra, basicamente) em prol do reconhecimento de condições clínicas entendidas como pós-traumáticas e aos estudos científicos sobre tais perturbações<sup>159</sup>. Neste caldo, para citar alguns exemplos, encontraremos trabalhos como o de Judith Herman<sup>160</sup> e Bessel van der Kolk, ambos psiquiatras, que contribuíram, cada um a seu modo, para corroborar a especificidade clínica destas condições e estabilizá-la em uma entidade nosológica legítima, a síndrome do estresse pós-traumático. Os anos 90 testemunham, particularmente, importante expansão do uso desta categoria, que passaria a ser exportada de contextos de guerra

---

<sup>155</sup> Ibid., p. 4.

<sup>156</sup> Ibidem.

<sup>157</sup> Ibidem.

<sup>158</sup> Ibid., p. 3, 5, 13, 15 e 17.

<sup>159</sup> Para um aprofundamento, remeto o leitor ao trabalho de Scott (1990). Este trabalho é particularmente dedicado à história política em prol do reconhecimento do sofrimento dos ex-combatentes norte-americanos do Vietnã pela classe médica psiquiátrica. O leitor encontrará aqui discussões sobre eventos ocorridos nos “bastidores” da psiquiatria, nos anos 1970, que redundaram principalmente na introdução do TEPT no DSM-III em 1980. Outras referências fundamentais sobre o tema são as obras de Shephard (2001) e de Dean (1997). O leitor encontrará uma recapitulação histórica no trabalho de Young (1995) e, mais recentemente, em Fassin e Rechtman (2009). É importante notar que, muito embora o movimento feminista seja comumente referido na literatura, há de se notar a escassez de trabalhos específicos sobre esta parte da historiografia do TEPT. Sobre este tópico, o trabalho cujo detalhamento se dá de forma mais satisfatória, dentro da literatura por nós acessada, foi publicado mais recentemente, infelizmente somente no idioma alemão, por Jose Brunner. **Die Politik des Traumas**. Berlim: Suhrkamp Verlag, 2014.

<sup>160</sup> Herman (1992).

propriamente dita para a vida urbana, como em trabalhos como o de Herman, onde se defende que tais desordens deixaram de ser majoritariamente compostas por ex-combatentes, passando a incluir majoritariamente mulheres em suas vidas cotidianas. O ponto a ser destacado é que contribuições como a de Herman não passaram despercebidas de críticas, como as de Showalter. Por sua vez, acreditamos que para o leitor contemporâneo interessado na historiografia do trauma, afirmações como a de Showalter também não deveriam passar despercebidas, uma vez que nos ajudam a entender o modo em que se dava a percepção sobre este conceito naquele período. Para Showalter - e citamos aqui uma passagem em que ela destaca justamente uma passagem do livro de Herman - a equivalência da “síndrome psicológica vista em sobreviventes de estupro, violência doméstica e incesto (...) [não seriam] essencialmente as mesmas que aquelas observadas em sobreviventes de guerra”. Sua crítica se dirige fundamentalmente à ideia de que no rol dos “novos traumatizados” poderiam ser incluídos mulheres e crianças abusadas sexualmente. Para Showalter, a *histeria* destes grupos não poderia ser comparada à situação de sofrimento dos ex-combatentes, apontando para o problema de colocar, num mesmo plano, condições que seriam essencialmente distintas. Para a autora, autores como Herman e van der Kolk estariam trazendo de volta ao debate teorias psicológicas obsoletas e já resolvidas desde Freud. Estes autores estariam equivocados por considerarem sintomas histéricos como equivalentes de “sintomas pós-traumáticos, que poderiam ser causados pelas experiências de abuso sexual, geralmente incestuosos, e que o paciente deveria ser capaz de lembra-los durante a terapia intensiva”.<sup>161</sup> Para Showalter, tratava-se justamente do contrário<sup>162</sup>.

As considerações de Allan Young<sup>163</sup> sobre o trabalho de Showalter são úteis aqui. Baseando-se na lógica da autora, ele toma alguns casos clínicos, como o exemplo em que

---

<sup>161</sup> Showalter, op. cit., p. 144.

<sup>162</sup> Vale acrescentar que, na visão da autora, as condições histéricas do final do século XX não estavam sendo mal traduzidas para o vocabulário traumático somente no contexto feminino, uma vez que homens adultos também estavam sendo enquadrados de forma errônea, a partir da revelação de seus supostos históricos de abusos sofridos na infância, através da mídia ou de livros biográficos e de autoajuda. Showalter cita o livro *The Courage to Heal*, onde as autoras notam que, caso estivessem re- escrevendo o livro, fariam uma mudança maior: “Não escreveríamos o livro somente para mulheres. Tornou-se claro que meninos também são abusados sexualmente em grandes números.” Showalter também menciona o livro de Richard Berendzen. *Come Here: a man overcomes the tragic aftermath of childhood sexual abuse* (1993), Richard Rhodes, *A Hole in the World: an american boyhood* (1990), além de *Secret Life* (1995), onde o poeta Michael Ryan relaciona sua adicção a sexo ao fato de ter sido molestado por um vizinho na idade de cinco anos.

<sup>163</sup> Allan Young. History, hysteria and psychiatric styles of reasoning. In: **Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry**. Margareth Lock, Allan Young e Alberto Cambrosio (eds.). Nova York: Cambridge University Press, 2000, p. 135-162.



uma mulher sofria de “uma variedade de sintomas não-explicados medicamente, incluindo dor abdominal persistente”<sup>164</sup>. Sendo o psicoterapeuta desta mulher um especialista em memórias reprimidas de abuso sexual na infância, diria a “ela que a dor é uma ‘memória corporal’ e que a natureza do evento abusivo pode ser inferida desse lugar do corpo”<sup>165</sup>. Showalter diria, por outro lado, que o “uso do terapeuta do conceito de *memória corporal* é uma construção (...) e que os sintomas da paciente não são, portanto, psicogênicos”<sup>166</sup>. Assim, ao contrário do que o psicoterapeuta diz, para Showalter, os sintomas teriam se originado em conflitos internos da paciente, não tendo quaisquer relações diretas com os eventos concretos de abuso sexual. A mesma lógica poderia ser aplicada, acrescenta Young, a pacientes que exibem uma enorme gama de sintomas, presentes na chamada síndrome da Guerra do Golfo, incluindo dores de cabeça, fadiga crônica, oscilações de humor, perda de memória, distúrbios do sono, problemas de concentração, disfunções sexuais, problemas respiratórios, dores e espasmos musculares, perda de peso, náusea, vômitos, diarreia, entre outros.

Considerando que a classe médica não identificou nenhum incidente, toxina, vírus ou qualquer outra entidade na etiologia desta condição, Young elenca quatro possibilidades interpretativas. A primeira, de que seria uma condição *psicogênica*. A segunda seria uma hipótese *somatogênica*. A terceira seria explicada a partir de *múltiplas origens*, todas elas somáticas. E, como última possibilidade, a ideia de que esta síndrome não se encaixava em qualquer fórmula dual, neste caso, poderia ser simultaneamente “psíquica” e “somática”. No que se refere à hipótese *somatogênica*, Young acrescenta que a ciência médica ainda não teria descoberto a sua base orgânica, não sendo, portanto, identificada a sua patogênese específica. Quanto à terceira possibilidade (múltiplas origens), os soldados poderiam ter sido atingidos por inseticidas no ambiente hostil dos conflitos, além de terem sido inoculados, vacinados e dosados com várias combinações de agentes possivelmente iatrogênicos. Ele ainda considera a possibilidade, neste caso, de alguns soldados poderem “ter sido expostos a gases venenosos e (...) a parasitas”<sup>167</sup>. A visão de Showalter seria claramente, segundo Young, compatível com a primeira possibilidade etiológica, ou seja, “precisamente o que ela espera encontrar em casos de histeria”<sup>168</sup>. No entanto, ressalta que nesta visão, tal etiologia psicogênica não seria bem

---

<sup>164</sup> Ibid., p. 137.

<sup>165</sup> Ibidem.

<sup>166</sup> Ibidem, grifo do autor.

<sup>167</sup> Ibid., p. 138.

<sup>168</sup> Ibid., p. 139.

vista pelos soldados, uma vez que o termo psicogênico, mesmo meio século após a morte de Freud, ainda é um “rótulo estigmatizante para a maior parte dos americanos”<sup>169</sup>. Na verdade, para estes veteranos, seria a “evidência da fragilidade mental e da fraqueza moral”, além da “ausência de virilidade e de uma verdadeira garra”<sup>170</sup>. Os sintomas psicogênicos seriam percebidos como um *pseudo sofrimento* por este grupo, “em relação ao qual às suas *vítimas* deveriam ser imputadas algum nível de responsabilidade”<sup>171</sup>.

Showalter deixa clara a sua visão a respeito destes *novos histéricos*. Ela afirma que não se tratava de não conferir a devida legitimidade a estas condições (embora pareça justamente isto, a nosso ver), mas de argumentar que seria próprio da histeria o fato de que as suas “fronteiras e pontes” são constantemente desafiadas e reconstituídas ao longo da história médica. Condições estas que deveriam ser entendidas como uma “linguagem física, verbal e gestual alternativa, uma comunicação social icônica”.<sup>172</sup> É neste sentido que podemos ler Showalter como um interessante exemplo em que se conjuga uma perspectiva sócio-construcionista da doença com uma abordagem que poderia ser chamada de essencialista ou mesmo realista, uma vez que considera tais sintomas contemporâneos como sendo, “no fundo”, na “realidade”, manifestações históricas, ou seja, realidades clínicas que deveriam ser melhor explicadas por este termo. Young, na verdade, identifica um pensamento dualista nas contribuições da autora, uma vez que, para ela, tratava-se de um quadro psicogênico, isto é, a histeria surgiria, antes, como uma ideia, um significado, para somente então advir um grupo de sintomas físicos. Isto contrastaria com os quadros considerados somatogênicos, onde ocorre situação exatamente inversa, uma vez que os sintomas seriam, em primeiro lugar, originados da condição orgânica do paciente. É importante dizer, seguindo as observações de Young, que as relações entre sintomas, significados e linguagem, poderiam ainda ser interpretadas de outro modo, como a possibilidade dos sintomas se desenvolverem primeiramente e “adquirirem significado posteriormente”<sup>173</sup>. Este não é o modelo psicogênico da autora, já que, para ela, os “significados” estão de algum modo *codificados* nos “sintomas”, não sendo, portanto, *enxertados* neles. Há uma diferenciação entre o que é codificado (modelo da psicogênese) e o que é enxertado. Neste modelo

---

<sup>169</sup> Ibidem.

<sup>170</sup> Ibidem.

<sup>171</sup> Ibidem, grifo do autor.

<sup>172</sup> Showalter, op. cit. p. 7.

<sup>173</sup> Young, op. cit., p. 140.

alternativo exemplificado por Young, os significados são produtos da mente consciente, e não do inconsciente.

Para Young, a afirmação de Showalter de que a histeria “é parte da vida cotidiana” seria, para dizer o mínimo, questionável. E isto por diferentes motivos. Em primeiro lugar, ele retoma a lógica assumida pela autora de que a histeria seria a imitação e a transformação inconsciente de estados cognitivo-emocionais em sintomas. Para o autor, isto não se sustentaria, simplesmente porque “não existe evidência de que esse tipo de histeria seja um evento comum”<sup>174</sup>. Para o autor, se o conceito de histeria fosse redefinido

de modo a incluir *todos* os modos pelos quais o corpo é usado na produção de significados – a despeito de os significados serem enxertados nos sintomas ou codificados neles, ou ainda se tais significados são ou não passíveis de serem verbalizados ou articulados em palavras através de idiomas somáticos – só assim seria justificável dizer que a histeria é parte da vida cotidiana.<sup>175</sup>

Mas, ainda assim, restaria a questão apontada por Young: a que propósito serviria uma visão mais diluída da histeria? Do ponto de vista da epidemiologia, o termo revisado teria boa *sensibilidade*, isto é, identificaria uma característica que “é compartilhada por todos da população”<sup>176</sup>, incluindo os grupos descritos no livro de Showalter. Por outro lado, teria zero *especificidade*, uma vez que todos, em qualquer lugar no mundo, estariam engajados em tais práticas, de modo que não haveria qualquer motivo para supor que houve um aumento real na quantidade de casos. Assim, Allan Young conclui que, tendo este conceito alta sensibilidade e baixa especificidade, seria completamente inútil “abordar desse modo uma possível epidemia de histeria”<sup>177</sup>. É neste sentido, então, que Young afirma: “A despeito dos argumentos de Elaine Showalter feitos em *Hystories*, não estamos, hoje, testemunhando uma epidemia de histeria. Nenhuma ameaça psicogênica conecta as populações descritas em seu livro.”<sup>178</sup>

Para o autor, a evidência mais clara disso reside no fato de que, em todos esses quadros, a característica mais comum “é um ponto de partida etiológico”<sup>179</sup>. Assim, o transtorno de personalidade múltipla, a síndrome da memória recuperada, a síndrome de abuso por ritual satânico e, muitas vezes, a síndrome da Guerra do Golfo [1990-1991], tanto por parte dos pacientes, bem como dos médicos, são entendidas enquanto fruto das

---

<sup>174</sup> Ibid., p. 142.

<sup>175</sup> Ibidem, grifo do autor.

<sup>176</sup> Ibidem.

<sup>177</sup> Ibidem.

<sup>178</sup> Ibid., p. 159.

<sup>179</sup> Ibidem.

experiências e das respectivas memórias traumáticas das vítimas. A “grande história psiquiátrica dos anos 1990 não é uma epidemia de transtornos psicogênicos”<sup>180</sup> e, se “existe um momento histórico válido de ser lembrado, é a transformação da memória traumática no TEPT”<sup>181</sup>. É verdade, Young observa, que ler sobre o TEPT “nos dá uma sensação de *dèja vu*” e “Showalter está correta sobre isso”<sup>182</sup>. Por outro lado, é importante lembrar que o “*dejà vu* é uma pseudo-memória” e não se pode confundir histórias reais (bem como uma gramática que fornece o acesso indireto às memórias dos pacientes a partir de seus sintomas somáticos) com os tipos de pseudo-recorrências (histerias) descritas no livro de Showalter. É neste sentido, ele conclui, que, “Na verdade, estamos testemunhando o fim da histeria”<sup>183</sup>.

#### **1.4 Aversão ao trauma: rastreamento de uma controvérsia na psicologia**

Nesta parte, nosso interesse ainda se refere ao período correspondente aos anos 90. Aqui, procuramos rastrear dois casos articulados com as controvérsias discutidas anteriormente sobre o estresse pós-traumático e, em particular, com os casos de trauma derivado de abuso sexual infantil. De maneira semelhante ao que foi possível rastrear nos avisos de gatilho, nesta parte, a internet também foi pré-condição. Outra semelhança é a que apontamos acima, já que, tanto no quadro dos avisos de gatilho, como nos casos que se seguirão, a perspectiva em primeira pessoa está presente, ainda que, como veremos, de maneira muito mais restrita nestes próximos exemplos. Serão ilustrados dois casos que foram levados para julgamento. Em termos de registros, um mais breve e outro um pouco mais extenso, onde ambos se conectam pelo fato dos réus, em comum, terem se utilizado de parte da literatura crítica ao trauma (típica do que vimos no subcapítulo anterior) para se defenderem das acusações de abuso. Vale adiantar que focalizaremos, neste momento, menos a literatura científica propriamente dita, seja a advinda de livros ou de artigos técnicos da área, e mais o que foi possível rastrear sobre o encontro entre as partes envolvidas.

---

<sup>180</sup> Ibidem.

<sup>181</sup> Ibidem.

<sup>182</sup> Ibidem.

<sup>183</sup> Ibidem.

*Um primeiro caso*

O primeiro e mais breve exemplo diz respeito ao caso de La Donna<sup>184</sup>, que, em 25 de setembro de 1990, processou seu padrasto John R. Phillips por agressão sexual, infligência intencional de estresse emocional e negligência. Dez meses depois, sua irmã de criação Stephanie Nemeth foi incluída no processo como autora. Estávamos aqui em 30 de junho de 1999, no 4º Distrito, Divisão 3, Corte de Apelos do Estado da Califórnia, quando o caso foi levado a uma nova instância, revisora. Registra-se que, em uma noite de dezembro de 1989, quando La Donna Wilson tinha então 30 anos, ao acordar para beber água e retornar para o quarto, foi subitamente tomada por uma perturbadora lembrança. Só teve tempo para correr até o banheiro e vomitar. La Donna recordou que seu padrasto a molestara sexualmente. Nos meses seguintes, muitas memórias do período dos seus 4 a 16 anos de idade lhe vêm à mente. Mas foi só na primavera de 1990 que ela tomou coragem para compartilhá-las com a família, incluindo sua meia-irmã Stephanie, filha do padrasto. Stephanie, com 25 anos, por sua vez, passa a ter pesadelos ligados aos eventos dolorosos e a recordar os momentos em que também foi abusada por seu pai, dos 3 aos 12 anos de idade. As irmãs chamam para o julgamento Kimberly Hart, conselheira matrimonial, familiar e infantil. Então, John R. Phillips solicita uma audiência requisitando o *Evidence Code*, seção 402, sobre a admissibilidade da opinião de Hart sobre se elas foram de fato abusadas sexualmente. Kimberly testemunha que ambas as irmãs apresentavam “sintomas psicológicos consistentes com pessoas que foram abusadas sexualmente quando crianças”. Phillips não se opõe.

La Donna e Stephanie também chamam a Dra. Diana Elliot, psicóloga especializada no campo do abuso sexual e memória. Preocupado com a possibilidade da Dra. Elliot opinar sobre a validade das memórias das irmãs, Phillips pede ao tribunal que realize uma audiência *Kelly-Frye*, onde pudesse ser avaliado o estatuto da teoria da memória reprimida frente à comunidade científica. O tribunal negou a solicitação e convidou Phillips a chamar seu próprio especialista sobre o assunto. Os estudos apontados pela Dra. Elliot mostram que “indivíduos que sofreram uma experiência dolorosa ou traumática, às vezes, reprimem suas memórias do evento.” Assim sendo, “conhecido como amnésia dissociativa, esse fenômeno é comum em vítimas de agressão sexual.”

---

<sup>184</sup> Caso acessado nos arquivos do site Leagle. Este site contém mais de 5 milhões de casos registrados desde os anos 1950. Disponível em: <<https://www.leagle.com/decision/199929086calrptr2d2041260>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

Elliot enfatiza: “Crianças são particularmente propensas a reprimir suas memórias de agressão sexual, uma vez que não possuem capacidade cognitiva de racionalizar sua vitimização. À medida que crescem, no entanto, um evento ou uma circunstância em sua vida pode, de fato, desencadear a memória”. Para ela, tais lembranças das memórias são tão precisas quanto as que nunca foram reprimidas. E afirma que os perfis psicológicos de ambas as irmãs, incluindo a maneira pela qual se lembravam de terem sido molestadas, eram consistentes com outros indivíduos que reprimiram suas memórias de abuso sexual na infância. Phillips não trouxe nenhum especialista para refutar o testemunho da Dra. Elliot, mas afirmou que o tribunal deveria excluir seu testemunho, uma vez que a teoria da memória reprimida não era comumente aceita na comunidade científica, citando um artigo<sup>185</sup> publicado recentemente. E acrescentou: “Não havia nada no testemunho da Dra. Elliot que pudesse ter surpreendido o júri. Em vez de confiar em alguma técnica ou procedimento científico” (...) “a Dra. Elliot formulou suas opiniões com base nas avaliações pessoais dos queixosos.” Para ele, os legisladores foram “simpáticos ao testemunho (...), que inclui os advogados das demandantes, as organizações de direitos das vítimas e outras partes igualmente dispostas.” Também apontou que os “críticos científicos da teoria da memória reprimida não estavam presentes e nem representados, e muitos dos legisladores basearam-se em testemunhos defeituosos, incompletos, anedóticos e unilaterais.” O tribunal rejeitou a defesa de Phillips. Ao final, reconheceu que as lembranças espontaneamente recuperadas são comuns e que, portanto, sua condenação seria confirmada.

### *Um segundo relato*

O segundo caso se refere a um exemplo diametralmente oposto. Não só porque a vítima era um homem, Sean Watson, que já contava com 25 anos de idade, mas também porque o desfecho se deu exatamente na direção contrária. De acordo com os registros, a complexidade do caso se deu pelo fato de haver, no Estado do Arizona, um estatuto que demarcava um período limite de no máximo dois anos para ingressar com processo por danos relativos a eventos anteriores à maioridade. Assim, Watson teria, em hipótese, até a idade de 20 anos para dar entrada no processo contra o seu acusado. O que não foi o caso. O rapaz teria sido abusado, por volta de seus 12 anos, por um padre da Igreja

---

<sup>185</sup> Artigo que será indicado no caso seguinte a este, no presente trabalho.

Católica, chamado George Bredemann.<sup>186</sup> Bredemann servia na paróquia de Santa Theresa, servindo como responsável por atividades envolvendo jovens, entre os quais Sean Watson. O padre os levava para visitar um lugar no deserto, perto de Wickenburg, no Arizona, lugar para o qual comumente levava crianças em viagens não supervisionadas. Essa propriedade era conhecida como “O Castelo”.

Os pais de Sean Watson, felizes à época, acompanharam Bredemann. Watson recorda ter visitado o local em três ou quatro ocasiões na primavera e no verão de 1984, junto com pelo menos outro menino em cada situação. Conforme depôs no tribunal, ele e o padre conversaram uma vez sobre sexualidade e, embora não tenha lembrado perfeitamente do tema, o assunto tinha a ver com masturbação. Na última visita ao Castelo, quando ocorreu o abuso, Watson estava acompanhado por um amigo. Bredemann levou os dois meninos a um lago e os fez tirarem a roupa para nadar. Sob pretexto de descobrir se Watson estava ou não circuncidado, Bredemann convenceu-o a tirar o short, começando, então, a “brincar com o pênis de Watson” (como escrito no registro). Watson percebeu que o toque começara a fazê-lo se sentir bem, mas logo ficou desconfortável com esses sentimentos, puxou o short e nadou para longe. O episódio não durou mais que um minuto ou dois. Watson relatou que ficou preocupado por ter sido acariciado por outro homem, algo que produzia muito constrangimento. À noite, Bredemann e Watson colocaram seus sacos de dormir num galpão que servia de dormitório temporário. O clérigo se despiu e foi dormir nu. Já Watson adormeceu em seu próprio saco de dormir, vestido com camiseta e short. Ele relata: “(...) lembro de acordar com meu saco de dormir aberto e puxado para o lado. Meus shorts estavam nos tornozelos, minha camisa levantada e George Bredemann estava sobre mim, naquela posição de cachorrinho (...), com uma mão no chão e a outra acariciando-me.”

E continua: “Ele estava em cima de mim. Fico bastante chocado porque não sei quais eram os seus planos. (...) Ele teve uma ereção e eu, quando acordei, também. E ficou apenas um silêncio desconfortável.” O rapaz continua o relato, lembrando que o padre, à época, pediu para que voltasse a dormir e que havia sido um sonho. Ele recorda, então que colocou as roupas de volta, fechou o saco de dormir, embora tenha percebido

---

<sup>186</sup> Watson v. Roman Catholic Church. O presente caso foi revisado em 2002, por ocasião de apelação por parte do autor do processo. Disponível em: <<https://www.leagle.com/decision/200225964p3d1951257>>. Acesso em: 25 out. 2019. A esta altura, o padre George já havia sido condenado à prisão por ter abusado sexualmente de inúmeros outros garotos. Cf. outros detalhes em Terry Greene. “Father Joe”. **Phoenix New Times**, 25 de outubro de 1989. Disponível em: <<https://www.phoenixnewtimes.com/news/father-joe-6412616>>. Acesso em: 24 nov. 2019.

que o padre não fez o mesmo. Conforme lemos no registro: “Ele voltou para o seu saco de dormir e deitou-se lá, e percebi naquele momento, sem entender nada, que minha bunda doía e eu só tinha medo. Eu não sabia o que tinha sido feito. Eu não sabia. Eu não entendi.”

Watson não lembrou de mais nada daquela viagem ao Castelo e não contou a ninguém sobre o toque do padre. Em maio de 1990, quando Watson tinha 18 anos, seus pais souberam de uma ação movida contra a diocese por amigos, cujo filho havia sido molestado por Bredemann. Suas preocupações ressurgiram e eles novamente questionaram Watson, perguntando-lhe se Bredemann o molestara. Ele negou enfaticamente, tal como antes. No julgamento, Watson não se lembrou da ação judicial ou de quando seus pais o interrogaram. Enquanto o processo estava pendente, um advogado do escritório que representava a diocese entrevistou cerca de 30 paroquianos de Santa Teresa que tiveram contato com Bredemann. Enfim, Watson foi entrevistado em junho de 1994, quando tinha 22 anos. Foi quando lembrou que Bredemann havia andado nu no Castelo, e que Watson achava que ele havia deixado de ir ao Castelo porque a nudez o deixara desconfortável. Os pais de Watson lembraram que ele parecia “muito, muito fechado (...) e muito, muito zangado” quando abordaram o assunto de Bredemann, após a ligação do paralegal.

### *Recuperação dos eventos traumáticos*

Watson nunca havia procurado atendimento psicológico ou psiquiátrico até pouco antes de o processo ser aberto. O ponto de virada ocorreu quando Watson recuperou sua memória do abuso em 4 de outubro de 1995. E foi por acaso. Foi no dia em que ouviu o veredito de um caso famoso à época, o caso “O. J. Simpson”<sup>187</sup>, que estava sendo televisionado num bar. O. J. Simpson era um ex-jogador de futebol e ator norte-americano, acusado do assassinato de sua ex-mulher Nicole Brown e de seu amigo Ronald Goldman. Havia sido absolvido após um longo julgamento que recebeu grande destaque na mídia. Nesta ocasião, um amigo de Watson trabalhava no bar, e ele estava assistindo aos noticiários deste caso na televisão do bar, quando começou a ficar bastante enjoado. Neste momento, ele diz, “Voltei a alguns daqueles dias em que minha mãe costumava me levar à igreja. Eu não queria ir. Comecei a suar, tremer, com um profundo sentimento de

---

<sup>187</sup> Disponível em: < [https://en.wikipedia.org/wiki/O. J. Simpson](https://en.wikipedia.org/wiki/O._J._Simpson)>. Acesso em: 26 nov. 2019.



culpa, remorso, tudo o que tinha acontecido comigo.” E acrescentou que, naquele momento, lembrou o que havia acontecido nas viagens até o Castelo. E conclui: “Só me lembro de dizer a Del: *Fui molestado por um padre*”.

Watson disse que não se lembrava mais do que havia dito a Del (seu amigo do bar) naquela ocasião. Relatou que estava, na época, usando uma quantidade grande de metanfetamina de cristal que podia pagar e que passou o próximo ano e meio no pior período de uso de drogas em que já esteve consumindo pílulas e drogas intravenosas, tendo quase se matado com uma overdose. Lemos nos autos também que o fato de Watson ter guardado em segredo os fatos por mais de uma década, ou seja, de que contara à família e divulgara os eventos somente anos depois, fez com que abrisse duas margens de interpretação possíveis quanto ao motivo da postergação. Ou Watson havia reprimido suas memórias do abuso ou, por um motivo ou outro distinto, teria decidido comunicar voluntariamente os fatos a posteriori, mesmo tendo podido se recordar dos fatos conscientemente. Caso fosse verificada a ocorrência da primeira hipótese, o julgamento teria sido favorável à condenação do padre, uma vez que o estatuto de período dos dois anos de limite, neste caso não poderia valer. Uma brecha deveria ser aberta justamente devido à impossibilidade de recuperação das suas memórias e que, conseqüentemente, o impediria de entrar com o processo por danos.

Tanto o julgamento inicial como os recursos posteriores são afirmativos em relação ao fato de que Watson não havia sofrido de “repressão das memórias” dos eventos de abuso. Conforme lemos no registro: “Na época em que Watson completou 18 anos, em 16 de janeiro de 1990, este Tribunal acredita que as memórias dos eventos com Bredemann estavam sujeitas a sua recordação ou reminiscência”. Além disso: “Este Tribunal não pode, de boa-fé, com base nos fatos e evidências deste caso, descobrir que (...) a memória de Watson foi reprimida”. A rigor, antes, o Tribunal julgou que Watson “havia deixado deliberadamente esses eventos fora de sua mente ou porque não eram importantes para ele ou os benefícios de permanecer em silêncio superaram a turbulência que a divulgação causaria em sua família e igreja”. Além disso, “o crescente uso de drogas de Watson, que incluía drogas intravenosas, fez com que seu foco nos eventos de sua infância desaparecesse por um período de anos”. Desta forma, concluiu que Watson havia escolhido, de maneira deliberada, divulgar o abuso “em um momento em que percebeu que seria permanentemente excomungado de sua família e que sua decisão de divulgar era uma tentativa de se recuperar (...) do estilo de vida destrutivo.”

*Deslegitimando a hipótese de “memória reprimida”*

Este é o momento em que os especialistas entram no julgamento. Destacou-se aqui o psicólogo Charles Brainerd, que serviu de defesa técnica para o padre Bredemann. Toda uma discussão se desenvolveu para decidir se o caso de Watson seria da ordem da “evasão cognitiva” (fenômeno da ordem da consciência e acessível à memória) ou da “amnésia dissociativa” (que envolveria processos de ordem não consciente). A Corte, então, determinou que o “estatuto de limitações” seria uma política apropriada somente para aqueles casos cuja memórias são inacessíveis, mas não para aqueles que conseguiam se lembrar. Este último caso, segundo o tribunal, era o de Watson. Além disso, o “tribunal citou a natureza não violenta e de curta duração do contato” entre ambos. “O evento”, relata-se, “não foi violento e teve vida curta”. Embora “Watson claramente sentisse constrangimento ou até humilhação, ele não foi vítima de um trauma violento ou repetitivo”. Assim, mesmo que Watson tenha tentado convencer o tribunal “das evidências de que Bredemann cometeu estupro (...) e, portanto, que o evento foi intrinsecamente violento”, o jovem não logrou êxito no processo.

Em 17 de agosto de 1999, ao ser questionado pelo tribunal<sup>188</sup> sobre se teria conduzido estudos sobre quais efeitos traumáticos teriam sido produzidos em Sean Watson, o psicólogo Charles Brainerd respondeu com uma nova interrogativa: “Eu conduzi, pessoalmente, estudos sobre isso?” Tendo sido afirmativa a resposta do tribunal, Brainerd responde: “Não”. Continuou o questionamento: “Então sobre o que o Sr. teria estudado neste caso?” Brainerd respondeu: “Estudei a literatura sobre o assunto no contexto desse caso”. Foi lhe perguntado: “E que literatura o senhor estudou em relação a isso?”. E ele responde: “Estudei uma série de revisões recentemente publicadas sobre essa questão.” Brainerd se referia à revisão recentemente publicada na revista *Psychological Bulletin* (da *American Psychological Association*). E acrescenta: “E eu olhei dois ou três anteriores que levaram a essa revisão.” E perguntaram-lhe: “O senhor lembra o título de alguns desses artigos?”. Brainerd responde, concluindo: “Os autores da revisão de 1998 são Rind - vamos ver - Tromovitch, e Bauserman é o terceiro autor”.

---

<sup>188</sup> Disponível em: <<http://www.leadershipcouncil.org/1/rind/depo.html>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

### 1.5 Desafiando a legitimidade do TEPT a partir de uma revisão sistemática

O artigo mencionado por Brainerd fora publicado, de fato, um ano antes do julgamento de Watson, isto é, em 1998.<sup>189</sup> Na visão dos autores do artigo, a questão vinha “recebendo considerável atenção desde os anos 70 por parte de profissionais de saúde mental, do legislativo, do judiciário, do sistema penal, da mídia e do público leigo”<sup>190</sup>, e a mídia estava apresentando “de forma frequente, casos chocantes de abuso sexual infantil.” No entanto, o tom destas discussões era predominantemente sensacionalista, segundo eles, de maneira que um estudo científico seria necessário. Para Brainerd, os autores do artigo desafiaram a “a visão amplamente aceita entre terapeutas, psicólogos e assistentes sociais, de que o abuso sexual de crianças tem enormes consequências de desajustamento traumático para as vítimas, quando elas se tornam adultas.” Essencialmente, fizeram um contraponto, a partir de uma revisão sistemática, sobre um corpo relativamente extenso da literatura que relaciona eventos de abuso na infância com consequências graves na vida adulta, tais como “depressão, dependência de álcool e drogas, somatização, tendências de fobia, neurose, um grande número de sintomas de desajuste”. E enfim apontaram, lembra o psicólogo, que, “embora esses tipos de afirmações geralmente não sejam baseados em literatura científica sistemática sobre a questão, é autoevidente, é declarado como se fosse uma verdade autoevidente.”

Em sua defesa do padre, afirmou que achava muito difícil a questão. Ele diz: “Você sabe, é uma dessas categorias (...) de eventos hediondos envolvendo traição e desconfiança. Quero dizer, é horrível, onde naturalmente é isso que nossa intuição vai nos dizer.” Daí a importância de trabalhos como este artigo, já que os autores fizeram uma série de revisões que culminaram na “grande edição do *Psychology Bulletin* de um ano atrás (...), [onde] cuidadosamente reuniram todos os estudos que puderam encontrar nos quais havia adultos (...) com histórico de abuso sexual infantil”. Na visão de Brainerd, dois dos principais resultados devem ser destacados. O primeiro diz respeito ao fato de que, “ao contrário das alegações”, o abuso sexual de crianças não produz consequências maciças de desajustes para adultos. Lembra o psicólogo que “havia apenas diferenças muito pequenas, correlações muito pequenas”. O segundo achado importante foi relativo

---

<sup>189</sup> Bruce Rind, Robert Bauserman, Robert e Philip Tromovitch. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. **Psychological Bulletin**, v. 124, n. 1, 1998, p. 22-53.

<sup>190</sup> *Ibid.*, p. 22.

aos estudos que “geralmente confundem abuso sexual infantil com ambiente familiar, de modo que há várias características do ambiente familiar que também produzem os mesmos sintomas de desajuste.” Assim, para ele, tal achado estaria apontando para algo importante, contrariando o “senso-comum”, já que a causa destes desajustes não teria sido o abuso sofrido, mas a família desajustada presente nas classes sociais mais baixas.

Perguntado, enfim, sobre o que isso tudo significaria no caso Sean Watson, ou seja, sobre como o abuso sexual perpetrado pelo padre Bredemann teria afetado sua vida, Brainerd responde que, baseando-se no artigo, simplesmente não existiria como alegar que os problemas de desajuste na vida adulta teriam relação com o abuso sofrido na infância, de modo que “isso não se aplicaria apenas ao Sr. Watson - mas em vários casos como este”. Para Brainerd, baseando-se na literatura científica atual, não há como suportar a “existência de tal relação na população em geral”. E conclui suas observações específicas sobre o caso de Watson: “E essa é a estrutura interpretativa que trago para esse caso em particular, que não há evidências científicas para essa suposição.”

#### *Outras consequências do artigo*

Para além da possibilidade de utilização na defesa de réus acusados de abuso, houve ampla repercussão dos achados do artigo de revisão. Por exemplo, encontramos em 28 de março de 1999, que a organização *North American Man/Boy Love Association*, cuja luta prioritária se dava em prol da “descriminalização de relações pedofílicas consensuais”, comemorou as boas notícias relativas a este estudo. Finalmente, a organização poderia comemorar, uma vez que a “guerra atual contra os *boy-lovers* não possui base na ciência”. Além disso, estavam agradecidos à APA por ter a coragem de publicar o artigo.<sup>191</sup> Uma semana antes, no dia 22 de março, o estudo havia chegado ao grande público, quando então a Dra. Laura Schlessinger discutiu as conclusões do artigo para uma audiência de 18 milhões de ouvintes e confessou temer que o estudo pudesse ser “utilizado para normalizar a pedofilia e mudar o sistema legal.”<sup>192</sup> No dia seguinte à transmissão, a APA respondeu, reafirmando seu posicionamento histórico contra o abuso infantil e deixando claro que a “publicação dos resultados de um projeto de pesquisa

---

<sup>191</sup> Cf. Debra J. Saunders. Lolita nation. **The San Francisco Chronicle**, 28 de março de 1999, p. 7. Disponível em: <<https://www.sfgate.com/opinion/saunders/article/Lolita-Nation-3318175.php>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>192</sup> Julia Duin. Critics assail study affirming pedophilia. **Washington Times**, 23 de março de 1999, p. A1.

dentro de um periódico da APA não é, de forma alguma, um endosso de um achado pela Associação.”<sup>193</sup> Logo em seguida, no dia 14 de maio, Raymond D. Fowler, chefe executivo da APA, defendeu o estudo em rede nacional, no canal MSNBC, quando então afirmou: “Não é um estudo ruim, é revisado por pares (...) é um bom estudo.” No dia 25, por e-mail<sup>194</sup> enviado à APA, Fowler defendeu o estudo novamente. Para ele, o estudo havia passado por um processo de revisão por pares rigoroso “e tem, desde o início da controvérsia, sido revisado novamente por um *expert* em análise estatística que afirmou que o estudo está de acordo com os padrões atuais.” Além disso, “a metodologia (...) é amplamente utilizada pelo *National Institute of Health* (NIH) para desenvolver protocolos e é razoável.”

Em 27 de maio de 1999, Steven M. Mirin, psiquiatra e diretor médico da *American Psychiatric Association*, em carta<sup>195</sup> dirigida a Rob Knight, diretor do *Family Research Council*, declarou a discordância da Associação de Psiquiatria das “implicações das conclusões dos autores.” “De uma perspectiva psicológica”, escreveu, “sexo entre adultos e crianças é sempre abusivo e explorador porque o adulto sempre detém o poder na relação.” A questão “acadêmica se o ato deveria ser considerado sexo adulto-infantil ou abuso sexual infantil (...) não é do interesse público e ofusca as questões morais envolvidas.”<sup>196</sup> Em artigo publicado logo depois, em 2 de junho, o jornalista Jim Myers também trata da “controvérsia que dura vários meses” gerada pelo artigo “pró-pedofilia” da APA. Menciona dois republicanos, os médicos Tom Coburn e Dave Weldon com atuação no congresso. Em especial, na matéria, Coburn declarou: “Como médico treinado em ciência, estou chocado pelo fato de que a Associação Psicológica tenha publicado um estudo que é claramente uma propaganda da pedofilia mascarada de ciência.”<sup>197</sup> Para ele, a “APA colocou a si mesma e toda uma profissão psicológica em descrédito por não filtrar um ciência lixo [*junk science*] de um jornal científico.”

---

<sup>193</sup> Statement by American Psychological Association: childhood sexual abuse causes serious harm to its victims, 23 de março de 1999. Disponível em: <<http://www.leadershipcouncil.org/1/rind/apa.html>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>194</sup> Raymond Fowler. E-mail enviado à APA, 25 de março de 1999. Disponível em: <<https://www.mhamic.org/rind/fowler2.txt>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>195</sup> Timothy J. Dailey. Harming the little ones: the effects of pedophilia on children. **OrthodoxyToday.org**. Disponível em: <<http://www.orthodoxytoday.org/articles/DaileyPedophilia.php>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>196</sup> Ibidem.

<sup>197</sup> Jim Myers. Coburn condemns psychological study. **Tulsa World**, 02 de junho de 1999. Disponível em: <<http://archive.vn/t3kxz>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

Em 9 de junho, Raymond Fowler, em carta<sup>198</sup> dirigida, em nome da APA, ao republicano *congressman* Tom Delay, admite que a Associação falhou em “avaliar o artigo baseado em seu potencial de desinformar o processo de política pública.” De “algum modo, a linguagem no artigo, quando examinada da perspectiva da política pública, é inflamatória”, incluindo opiniões “inconsistentes com a política da APA de proteção aos direitos na infância. Pela primeira vez”, ele afirma, “em 107 anos de história de publicações, buscou-se a avaliação técnica externa da qualidade científica de um artigo”. Em 30 de julho de 1999, a meta-análise, publicada um ano antes, tornou-se o primeiro estudo científico a ser formalmente denunciado pelo Congresso americano. Tanto a Câmara dos Representantes como o Senado aprovaram, unanimemente, uma resolução que rejeitava as conclusões do artigo. A resolução explicava que os “oficiais eleitos tinham o dever de informar e agir contrariamente ao que eles consideram prejudicial às crianças, aos pais, às famílias e à sociedade.”<sup>199</sup>

Em resposta à toda controvérsia, Bruce, Robert e Philip, meses depois, defenderam seu artigo. Em 6 de novembro, afirmaram terem sido responsáveis por trazer “rigor metodológico em uma área que necessitava disso.”<sup>200</sup> Para eles, tinham o “dever ético” de relatar o que descobriram e estavam sendo vítimas de perseguição política, caracterizando as críticas como “religiosas e moralistas.” Em “*When politics clashes with science*”, um *flyer*<sup>201</sup> de um *workshop* divulgado em 2000, Bruce Rind e Carol Tavris afirmaram: “Os inimigos de Galileu e Darwin, os inimigos do modelo da ciência natural estão vivos e bem.” E continuam: “Não apenas os dados ‘ofensivos’ são descartados ou banalizados, mas os mensageiros podem ser pressionados ao silêncio, à retratação, ou simplesmente podem ser difamados pelos órgãos da academia e igualmente pelo governo.”<sup>202</sup>

Uma série de artigos de psicólogos foi publicada sobre a questão. Os artigos foram motivados, em sua maior parte, pela preocupação com a “liberdade científica.” Stanley Woll, por exemplo, professor de Psicologia no estado da Califórnia, sugeriu que os autores estavam sendo vítimas de uma “caça às bruxas mccarthista”, representando um

---

<sup>198</sup> Raymond Fowler. APA Letter to the honorable Rep. DeLay (R-Tx). **APA Public Communications**, 09 de junho de 1999. Disponível em: <<http://archive.li/KvtuK>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>199</sup> United States House of Representatives. **HRC resolution 107**, 30 de julho de 1999. Disponível em: <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-106hconres107enr/pdf/BILLS-106hconres107enr.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

<sup>200</sup> Rind et al. (1999).

<sup>201</sup> Stephanie J. Dallam. Science or propaganda? An examination of Rind, Tromovitch and Bauserman (1998). **Journal of Child Sexual Abuse**, v. 9, n. 3-4, p. 109-134, 2001.

<sup>202</sup> Dallam (2001).

“assalto perigoso ao progresso da pesquisa em ciência em geral.” Ainda em 1999, o *Committee of Scientific Freedom and Responsibility*, declinou ao pedido da APA para revisão do estudo, afirmando que “não havia razão para uma segunda opinião”<sup>203</sup>. Relatou que não enxergava “evidência clara de aplicação imprópria da metodologia ou de outras práticas questionáveis por parte dos autores do artigo.”<sup>204</sup> Se houvesse tais problemas”, acrescentaram, “descobri-los deveria ser tarefa daqueles que o revisaram anteriormente à publicação ou aos leitores do artigo publicado.”<sup>205</sup> Salientaram que o “fato de que o *Committee* escolheu não realizar uma avaliação do artigo do *Psychological Bulletin* não deve ser visto nem como endosso nem como crítica do mesmo.”<sup>206</sup> Por fim, a APA indicou que não tinha planos de realizar qualquer revisão adicional do estudo.

### 1.7 Adicionando mais um debate sobre o trauma

A despeito da diferença entre o caso contemporâneo dos avisos de gatilho, por um lado, e as controvérsias em torno do abuso sexual infantil, por outro, o que se forma em comum nestes quadros não deve ser entendido, apenas, em termos de uma crítica interna da psicopatologia. Em cada um destes quadros, podemos nos deparar com uma miríade de argumentos, de ordens tão diversas quanto às da estatística, do mundo ético-moral, jurídico ou da biologia. Por outro lado, talvez seja possível apontar para o fato de que, em todos estes debates, encontramos um aspecto comum, relativo aos modos de entendimento dos atores no que diz respeito à causalidade, da relação considerada direta ou indireta, importante ou não, entre os diferentes tipos de eventos sofridos/perpetrados e um sofrimento posterior advindo dos mesmos. Vimos, por exemplo, que havia uma intensa disputa de interesses nos avisos de gatilho, já que as vítimas não eram consideradas doentes tratáveis, mas possuidoras de caráter fraco, doentes morais e pertencentes a uma geração incapaz de lidar com os reais problemas da vida. No caso do abuso infantil, questionou-se se as patologias do fim do século não seriam melhor classificadas como “histerias”, afirmando-se que o aumento dos casos refletiria uma inflexão na *percepção* coletiva de um certo tipo de sofrimento, uma mudança nos termos de um quadro mais antigo (a histeria) e não propriamente um aumento real de quadros

---

<sup>203</sup> Ibid. p. 113.

<sup>204</sup> Ibidem.

<sup>205</sup> Ibidem.

<sup>206</sup> Ibidem.

derivados diretamente da violência sexual perpetrada contra crianças ou mulheres. No caso do artigo estatístico examinado, o diagnóstico de estresse pós-traumático foi questionado, argumentando-se que a despeito da *percepção* pública aumentada em relação ao trauma derivado de abuso sexual infantil, a maior parte dos casos incluídos em tal categoria não deveria ser entendida enquanto tal. No lugar disso, analogamente à histeria que deveria ser posta no lugar do trauma, os autores sugeriram que categorias “livres de valor moral”, tais como a expressão proposta “sexo adulto-jovem” ou “sexo adulto-criança com consentimento”, deveriam substituir qualquer referência ao trauma.

Observemos alguns pontos de ruptura. Em primeiro lugar, no caso dos avisos de gatilho, a ciência chega por último. Não há artigos científicos publicados sobre a questão no período por nós contemplado. A rigor, um único artigo<sup>207</sup> foi encontrado, como que chegando atrasado ao debate. Realmente, não temos aqui publicações acadêmicas como pontos disparadores. Ao contrário, é no ambiente universitário e a partir da publicização do debate nos blogs e nas redes sociais de meados dos anos 2010 que os próprios autores engendram e participam da controvérsia pública. A pluralidade de vozes é uma marca importante desse debate e só foi tornada possível com o advento extraordinário da internet e das redes sociais. Toda a profusão de ideias, a rede complexa formada, a riqueza de pontos de vista e opiniões sobre o assunto é estabilizada através da ampla disseminação através da internet. Diferentemente do quadro contemporâneo dos gatilhos, a controvérsia do abuso sexual infantil ocorre numa situação diametralmente oposta. Toda a problemática emerge devido à publicação de um artigo indexado, o qual, pouco tempo depois, ganha proporção pública, de larga escala, a partir da veiculação em um programa de televisão. Mesmo que tenha sido possível encontrar muitos rastros deste debate na internet, o público geral não é engajado de forma ampla na discussão, o que se reflete num grau maior de assimetria entre os diferentes atores envolvidos. Aqui, as vítimas, na perspectiva de primeira pessoa, pouco falam.

A controvérsia sobre a qual nos debruçaremos agora se assemelha com essa que acabamos de acompanhar (a originada pelo artigo de Rind e colaboradores) do mesmo modo que possui uma característica em comum com o caso dos *trigger warnings*. De certa maneira, podemos dizer que ela se encontra no meio do caminho, uma vez que, se é verdade que ela também partiu da publicação de um artigo indexado em revista

---

<sup>207</sup> Benjamin Bellet, Payton, Jones e Richard McNally. Trigger warning: Empirical evidence ahead. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 61, p. 134-141, 2018.



acadêmica, por outro lado, só foi possível ter ocorrido graças à internet. Sem a plataforma *online* do *British Medical Journal*, jornal que o publicou, ficaria difícil imaginar como o debate que acompanharemos teria ocorrido.

O debate que se segue foi disparado em 2001, ano de publicação do artigo<sup>208</sup>, período sobre o qual estamos bastante atentos nesta parte do trabalho. Como no caso anterior, não nos propomos aqui analisar exaustivamente o artigo, mas rastrear o que os próprios atores envolvidos escrevem, atores que não se reduzem, como dissemos, ao *autor* do artigo, mas a todos aqueles se inserem no debate que seguiu quase que imediatamente após a sua publicação. Trata-se, novamente, de tentar tornar patente o jogo político, a multiplicidade de leituras, as traduções e as críticas, enfim, as disputas em jogo no que se refere ao estresse pós-traumático.

Dentro deste escopo, acreditamos que basta identificar no polêmico artigo intitulado “A invenção do transtorno de estresse pós-traumático e o uso social de um transtorno psiquiátrico”, em questão, de autoria do psiquiatra Derek Summerfield, que seu objetivo básico foi tecer uma análise crítica do uso que se fazia do diagnóstico de estresse pós-traumático. Nunca saberemos – embora nos pareça que sim - se o objetivo de Summerfield foi lançar mais lenha numa fogueira que já estava acesa na passagem do século. Por outro lado, é certo apontar que seu objetivo foi criticar a expansão cada vez maior (incrivelmente desde sua inclusão no DSM-III) da categoria de TEPT, quando então, segundo ele, se tornou uma espécie de modelo através do qual os indivíduos passariam a buscar o tripé *status* de vítima, reconhecimento e compensação.

Sua crítica se dirige aos “usos sociais do diagnóstico”, em particular à política de pensões oferecidas às vítimas diagnosticadas com TEPT e aos programas de ajuda humanitária estruturados para serem exportados a partir dos países ocidentais às mais diversas regiões de conflito ao redor do globo. Para Summerfield, tornou-se vantajoso, a partir da inclusão deste diagnóstico no escopo oficial nosológico, “enquadrar o estresse como uma condição psiquiátrica”, de maneira que as pessoas passaram a poder se apresentar “enquanto vítimas medicalizadas, ao invés de simples sobreviventes mal-humorados”.<sup>209</sup>

---

<sup>208</sup> Derek Summerfield. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric disorder. **British Medical Journal**, v. 322, p. 95-98, 2001.

<sup>209</sup> Summerfield (2001, p. 96). Para o autor, a história de tal transtorno seria “um exemplo claro do papel da sociedade no processo de invenção, e não de sua descoberta”. Summerfield opõe-se vigorosamente, em suas palavras, à “hipótese central (...) de que uma doença possui uma existência objetiva no mundo” (p. 95), ou seja, como se, “sendo descoberta ou não, existiria independentemente do psiquiatra ou de quem

Uma primeira característica a ser apontada neste debate é a rapidez em que o mesmo se inicia. Diferentemente dos quadros anteriores, onde a divisão do tempo seguia a escala de dias, semanas ou meses, o que vemos agora se trata de uma versão quase instantânea. Algumas horas após a publicação, já podemos identificar na plataforma do BMJ alguns dos comentários acerca do artigo. Podemos observar também que, se o espaço de discussões sobre este diagnóstico seguiu-se mais paralelamente ao espaço geográfico, o que veremos aqui é a estabilização de um quadro mais amplo, onde a geografia e a distância física já não se colocaram como limites. Estamos aqui no limiar entre o que era possível de ser discutido no espaço público anterior (anos 90) e aquele que se iniciaria de forma veloz a partir dos anos 2000<sup>210</sup>. Torna-se central na construção da historiografia mais recente da ideia de trauma, apontar, então, para o impacto que a internet produziu nestes debates, uma vez que tornou possível discutir o trauma, cada vez mais, a partir de diferentes ângulos (profissionais, de gênero, na perspectiva das vítimas ou de pacientes, entre outras) ao redor do globo.

No caso deste artigo, sua publicação data de 13 de janeiro de 2001 e, nesse mesmo dia, já podemos encontrar no portal do BMJ a primeira crítica dirigida ao artigo. Por exemplo, de Melbourne, na Austrália, o médico Frank Doyle escreve: “Existem pessoas que criam um meio de ganhar credibilidade em cima de situações adversas”. E, se referindo ao TEPT, afirma: “Seria muito mais fácil se recuperar de um osso quebrado do que de situações como estas.” Segundo Doyle, o problema da condição humana “é que lidamos muito melhor com a raiva do que com sentimentos de luto”, ele complementa.<sup>211</sup> Na lista de médicos que se contrapõem às ideias de Summerfield, encontramos também Francesco Del Zotti, que, de Verona, na Itália, ainda no dia 13 de janeiro, acusa-o de estar motivado por “negação ideológica”. Em sua publicação intitulada “Do perigo da psiquiatria ao perigo da ideologia”, Zotti se dirige diretamente a Summerfield: “Penso que seu artigo é perigoso; você combate o poder da psiquiatria com o auxílio de uma

---

quer que seja”. Nessa linha, Summerfield cita trabalhos dos anos 1990, como, por exemplo, o de Scott (1990) e de Young (1995).

<sup>210</sup> Em diferentes partes desta tese, é flagrante a diferença entre o debate sobre o trauma dos anos 90 e o emergente nos anos 2000. Nos diferentes cenários abordados no panorama brasileiro de publicações, o leitor verificará esta diferença de maneira bem evidente. Remeto o leitor ao capítulo 2 na presente tese.

<sup>211</sup> Frank Doyle. Victim status: a legal life line. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/victim-status-a-legal-life-line>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

negação ideológica e política”. E finaliza: “A recusa da realidade objetiva do forte estressor externo”.<sup>212</sup>

Uma arquivista médica residente em Londres, Ellen Gouldsmit<sup>213</sup>, também ataca Summerfield. Para ela, “faltou ao artigo um entendimento adequado sobre o que é o TEPT”. Gouldsmit escreve: “A quarta versão do DSM nos lembra que essa categoria se refere a pessoas que passaram pela experiência ou testemunharam eventos que envolveram ameaça ou morte real ou grave dano, ou uma ameaça à integridade física de si e de terceiros”. Summerfield considera que a maior visibilidade dada ao TEPT tem relação com as vantagens de poderem ser reconhecidos como vítimas. No entanto, ela lembra que, se “você ler qualquer coisa sobre as experiências dos sobreviventes do Holocausto, vai constatar que eles não escolheram nem a sobrevivência nem a vitimização”. Além disso, acrescenta: “Pessoalmente, acho altamente ofensivas as discussões que tratam transtornos enquanto *pseudocondições* (...), refletem ignorância e uma certa dose de negação. Sejamos realistas e pare de exagerar sobre as aparentes vantagens de se ter esse diagnóstico médico”.

Na sequência de comentários, encontramos mais uma oriunda da Austrália, que inicia elogiando a excelente inovação do BMJ<sup>214</sup> e, em seguida, apoia a resposta de Gouldsmit, a arquivista londrina. Ora, o psiquiatra destaca que o mais central na questão de se “negar o TEPT, tal como Summerfield faz, é que se corre o risco de ocultar sofrimentos não tratados em uma (...) cultura de negação”. Ele escreve: “Neste sentido, também acho o trabalho do Dr. Summerfield potencialmente perigoso”.

Observamos que não só o tempo e o espaço são relativizados, mas também as fronteiras entre as diferentes profissões se enfraquecem. Assim, se até então tínhamos nos comentários o posicionamento claro da comunidade médica, agora teremos a advogada Stacy Rios, que, no dia 15 de janeiro, se impressiona como o “quão míopes e elitistas alguns profissionais médicos podem ser quando confrontados com uma condição que

<sup>212</sup> Francesco Del Zotti. From the danger of psychiatry to the danger of ideology. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/danger-psychiatry-danger-ideology>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

<sup>213</sup> Ellen Gouldsmit. Sufferers of PTSD deserve to be taken seriously. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/sufferers-ptsd-deserve-be-taken-seriously>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

<sup>214</sup> Como já apontamos, não teria sido possível imaginar o presente debate sem a existência da plataforma *online* disponibilizada no site do BMJ. O leitor poderá que visita os links indicados, perceberá que a plataforma é capaz de receber comentários de qualquer um que a visite. Em um sentido latouriano, é possível dizer que sem tal plataforma, a caixa preta deste trauma específico não teria sido aberta. Isto é, tal dispositivo técnico se torna mais um elemento dos múltiplos agenciamentos que conformam esta rede híbrida controversa sobre o trauma.

ainda não pode ser totalmente explicada em termos completamente fisiológicos”. Aponta que Summerfield “reconheceu que existe uma falta de compreensão no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico e às reações químicas em nossos cérebros”. Mas para ela, a “psiquiatria não acompanhou os desenvolvimentos em neurologia e, desta forma, cria-se uma brecha entre as duas áreas da ciência [e, portanto], em nossa compreensão de como o cérebro humano aprende, desenvolve, cresce e dirige nosso comportamento”. Ela diz: “É triste ver que Summerfield tenha optado por zombar da existência de um distúrbio, ao invés de explicar como o distúrbio pode se articular com outras definições, tal como a depressão clínica ou o transtorno bipolar”. E finaliza: “É muito mais fácil desconstruir teorias existentes e zombar do significado de novas teorias, sem apresentar uma explicação ou hipótese alternativa. Dizer ao leitor que o TEPT é apenas uma invenção sociocultural ainda deixa muitas perguntas sem resposta”.

Lofthouse<sup>215</sup> enfileira-se na lista dos advogados que contribuem para a discussão. Para ele, o diagnóstico de TEPT seria a “única ‘compensação’ que muitos recebem por conta do *status* de vítima”. Argumenta que, antes de 1980, quando tal condição não era reconhecida como categoria diagnóstica, milhares de pacientes que apresentavam sintomas de sofrimento prolongado eram diagnosticados como esquizofrênicos, sujeitos a tratamentos experimentais, “frequentemente brutais, muitas vezes ridículos, sem consentimento informado, medicação forçada e acabavam por voltar a manifestar os sintomas originais”. E lembra “que as agressões raciais sofridas pela primeira geração de imigrantes na Inglaterra correlacionam-se bem com a incidência de esquizofrenia na população afrocaribenha e asiática antes dos anos 80”. Tais fatos contribuíram para reforçar a ideia de que tais sintomas tinham causa genética, um mito, segundo o comentarista, ainda presente entre toda uma geração de médicos. Por fim, o advogado escreve: “Summerfield não faz nada além de acrescentar um insulto ao que é, para muitos, uma lesão, muito, muito real”.

Outra linha de demarcação pode ser identificada. Encontramos os “especialistas” de um lado e, do outro, indivíduos que experienciaram, eles próprios, o sofrimento de padecimento desta condição. Gourette Boudrick<sup>216</sup>, por exemplo, confessa ter lido com

---

<sup>215</sup> Lofthouse. PTSD sufferers mis-diagnosed as schizophrenic deserve the status of ‘victim’ rather than ‘survivor’. **British Medical Journal**, Responses, 16 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-sufferers-mis-diagnosed-schizophrenic-deserve-status-victim-rather-su>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

<sup>216</sup> Gourette Broderick. The convenience of debating unexperienced pain. **British Medical Journal**, Responses, 16 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/convenience-debating-unexperienced-pain>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

interesse o artigo e diz ter se surpreendido como pessoas que não experimentaram a dor traumática acreditam que estão qualificadas para falar sobre um assunto sobre o qual não estão familiarizadas a não ser pelo estudo. Ela pergunta: “O quanto estão familiarizados com pessoas com TEPT? Já passaram uma hora, um dia, uma semana, um mês com alguém que tem TEPT?”. E complementa: “Caminhe conosco por um tempo e estude esta ‘invenção’ de ambos os lados da equação”. Por fim, deixa o testemunho das dificuldades pelas quais estava passando pessoalmente. Ela escreve: “No final do verão passado, eu estava de licença. Durante uma caminhada terapêutica, minha mente foi tomada por experiências traumáticas que me ocorreram e não percebi que havia adentrado o trânsito.” Felizmente, percebeu a situação a tempo de conseguir se afastar do carro. Por fim, desabafou: “Chorei o resto do caminho de casa, não porque o motorista quase me atropelou, mas porque ele não o fez. (...) Eu gostaria de registrar que, infelizmente, o TEPT é real demais”. Em um outro exemplo em primeira pessoa, desta vez de um veterano da Guerra do Golfo, também diagnosticado com TEPT. Para o ex-combatente, o artigo de Summerfield não é somente “inacurado”, mas “um verdadeiro insulto”. Ele também deixa o seu posicionamento: “Eu não pedi para sofrer de pensamentos intrusivos, de *flashbacks*, de pesadelos, e de toda essa miríade de sintomas ligados ao TEPT.” E, em tom semelhante já utilizado por outros comentadores de seu artigo, completa, em um claro ataque ao psiquiatra: “Quem é você para assumir que pode dizer como uma pessoa deve reagir às circunstâncias? (...) Você precisa rever suas visões sobre o assunto e mostrar um pouco mais de compaixão em relação ao sofrimento dos outros.”

Ainda no rol dos que falam na perspectiva pessoal acerca da experiência do trauma, encontramos Grace Heckenberg, que dá um relato sobre sua experiência: “Como sobrevivente de anos de abuso infantil traumático, tenho muita experiência com a maioria dos ‘sintomas’ de TEPT. Para ela, a “única diferença entre os seres humanos e as galinhas é que estas bicam os membros feridos de seus rebanhos até a morte”. Os seres humanos seriam diferentes, uma vez que são inteligentes o suficiente para disfarçar o que estão fazendo, “realizando com um mínimo de sangue”, escreve. E em relação ao TEPT, ela desabafa:

Como todo diagnóstico e tratamento psiquiátrico, é que ele é apenas um método para conter, suprimir e derrotar os indivíduos feridos, e supõe que somos de alguma forma civilizados e melhor do que outras espécies animais. O trauma abriu os meus olhos e eu, certamente, não os fecharei novamente, por mais terrível que seja a visão.

Deve-se reparar que no debate não estão presentes somente os que falam de “fora” e aqueles que falam de suas próprias dores traumáticas. Podemos notar em passagens como a de Heckenberg, acima, que, a despeito de sua perspectiva ser em primeira pessoa, talvez a debatedora enxergue mais problemas na categoria de TEPT do que vantagens. É possível observar também, no presente debate, que não só existem os críticos às ideias de Summerfield. Encontramos, por exemplo, Andrea Litva<sup>217</sup>, que escreve: “Não acho que o argumento de Summerfield seja ‘perigoso’. Ele simplesmente aplica o modelo sócio-construcionista ao TEPT e essa ‘ideologia’ não é mais ameaçadora ou destrutiva do que o modelo biomédico”. Por outro lado, por mais que pareça entender a pertinência da discussão trazida por Summerfield, Litva o critica no seguinte sentido:

Eu acho que para aqueles que sofrem de TEPT um diagnóstico pode fornecer a eles a legitimidade necessária que lhes permite manter seu lugar na sociedade sem diminuir o que estão vivenciando. Pode muito bem ser a ‘medicalização da vida cotidiana’, mas uma vez que a abordagem biomédica domina o modo como a sociedade ocidental aborda seus problemas, é um mal muito necessário. Talvez precisemos começar a pensar além dos resultados clínicos e começar a pensar qual é o papel ‘real’ da medicina na sociedade ocidental.

Casimiro Cabrera também se coloca no rol daqueles que comentam em tom acadêmico. Psiquiatra com prática no Canadá, reforça a importância e a pertinência do artigo de Summerfield<sup>218</sup>, confessando que vinha se sentindo “oprimido pela arbitrariedade e pela superficialidade do construto transtorno de estresse pós-traumático”.

Escrevendo dos Estados Unidos<sup>219</sup>, uma leitora também apoia Summerfield, notando que o autor “não negou que as experiências assustadoras e dolorosas podem e de fato causam sofrimento e dificuldades prolongadas, algumas das quais estão descritas nos critérios para TEPT”. A rigor, ela repara, Summerfield não escreve como se nenhum de nós pudesse sofrer como resultado de uma experiência avassaladora ou mesmo tenta enquadrar tal sofrimento como algo trivial ou menor. O ponto problemático, para o autor, é a descrição desse sofrimento enquanto doença. Na mesma linha de argumento,

---

<sup>217</sup> Andrea Litva. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. **British Medical Journal**, Responses, 15 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/thinking-about-social-usefulness-any-diagnosis>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

<sup>218</sup> Casimiro Cabrera-Abreu. Epistemology and ontology of PTSD. **British Medical Journal**, Responses, 18 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/epistemology-and-ontology-ptsd>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

<sup>219</sup> Grace Heckenberg. The convenience of debating unexperienced pain. **British Medical Journal**, Responses, 29 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/re-convenience-debating-unexperienced-pain>>. Acesso em: 13 set. 2019.

encontramos os comentários de Ian Palmer<sup>220</sup>, que escreveu: “Quão triste ver que Derek Summerfield foi tão violentamente atacado no debate sobre o TEPT!”. Palmer observa que, para alguns comentadores, expressões como “fatores sociais” ou “aspectos culturais de um distúrbio” teriam o sentido de que se importa menos ou que o indivíduo está sendo responsabilizado pelo seu sofrimento. Ele completa: “Quem conhece o trabalho de Derek Summerfield saberá que ele está longe de ser indiferente.” E acrescenta: “O que me intriga é a ausência de um fórum para discutir esse assunto racionalmente e sem rancor”. E coloca o seguinte questionamento: “Por que o TEPT se tornou sinônimo de qualquer reação psicológica ao estresse? Nós esquecemos a gênese multifatorial dos distúrbios ‘neuróticos’ e as limitações das classificações categóricas”. Ele finaliza: “A introspecção (...) revelará que os sintomas do TEPT são onipresentes e podem ser considerado em dimensão, e não em termos de categoria”.

E, ainda, outro comentário, escrito por uma médica alemã, em oposição e em franco descontentamento com as ideias de Summerfield, onde lemos:

Se você perde seu marido e o seu emprego, não receberá dinheiro de nenhuma instituição pública. Ter que correr atrás, ser perseguida por um motorista louco, ter que se mudar duas vezes em dois anos e com dois filhos menores de 14 anos, perder seu trabalho novamente e pagar pelo seu seguro de saúde e de duas crianças, embora você seja uma médica mentalmente saudável, com qualificação de especialista e doutorado, não é permitido ficar doente, porque, desse jeito, morrerá de fome.<sup>221</sup>

E finaliza seu raciocínio:

Qualquer um dos meus pacientes que estão empregados e com seguro de saúde seria classificado como ‘mentalmente doente’ ou ‘em risco de suicídio’, por mim mesma, se não tivesse sido capaz de lidar com essa situação. Em minha experiência, não havia outra possibilidade senão continuar caminhando e seguindo. (...) Não há tempo para ter essas doenças.

No dia 6 de fevereiro, encontramos uma resposta<sup>222</sup> a esse comentário. Ellen Gouldsmit, que já havia escrito algo sobre o artigo há quase um mês, desta vez escreve:

---

<sup>220</sup> Ian Palmer. PTSD or not PTSD? Is that the question? **British Medical Journal**, Responses, 14 de fevereiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-or-not-ptsd-question>>. Acesso em: 24 set. 2019.

<sup>221</sup> Regina Stroebele. PTSD is only a disease if you're employee. **British Medical Journal**, Responses, 25 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-only-disease-if-you%20B4re-employee>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

<sup>222</sup> Ellen Gouldsmit. Re: Post-traumatic stress disorder: a convenient diagnosis for patients and doctors. **British Medical Journal**, Responses, 06 de fevereiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/re-post-traumatic-stress-disorder-convenient-diagnosis-patients-and-doctor>>. Acesso em: 29 set. 2019.

“Eu também não acho que os sobreviventes do Holocausto tiveram tempo e não acho que isso que escreve é útil como uma contribuição compreensiva ao debate.” E acrescenta: “[Conheci] um médico que sobreviveu a um campo japonês e que desenvolveu TEPT somente há alguns anos atrás (...) [Ele] foi forçado a desistir de sua prática e do trabalho que amava e também trabalhava por conta própria!”

### *Um fim abrupto da controvérsia*

É interessante observar que o último comentário do debate sobre o artigo de Summerfield é do dia 9 de julho de 2001. Eventualmente, o debate continuou, mas depois de um longo período de “esfriamento”.<sup>223</sup> Assim, frisamos que não foram argumentos internos à discussão que determinaram o fim temporário deste debate. Ousamos lançar a hipótese aqui de que o seu fim abrupto teve menos relação com os argumentos internos da discussão ou com a possibilidade do assunto ter ficado saturado<sup>224</sup>, e mais com os dois choques, separados por minutos, produzidos pelos aviões lançados contra as famosas Torres Gêmeas de Manhattan, poucos meses depois. Para a maioria de nós, a conexão com aquela parte específica do globo, ao menos nas semanas seguintes, se tornou de alguma forma bastante vívida. Naquela época, ainda era preciso procurar alguma tela de televisão para saber o que estava acontecendo. Essas lembranças, sejam as do imaginário individual, sejam as do coletivo, causaram grande impacto e, como ouvimos dizer, fizeram emergir e atualizaram a possibilidade real da eclosão de uma “terceira guerra mundial”. Brian Massumi escreve que, a partir daquele dia, “o mundo mudou”<sup>225</sup>, notando que, embora tal afirmação se trate de uma hipérbole, pois nenhum evento é capaz de “mudar tudo”<sup>226</sup>, é preciso reconhecer que algo mudou e que tal “mudança foi

---

<sup>223</sup> De fato, o último comentário desta longa série de comentários data de 09 de julho de 2001. Cf. David Brown. If DSM-IV doesn't work, let's try something different. **British Medical Journal**, 09 de julho de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/if-dsm-iv-doesnt-work-lets-try-something-different>>. Acesso em: 15 set. 2019. E também Michey Rostoker. Where are the thoughts of Bosnian physicians. **British Medical Journal**, 26 de janeiro de 2003. Retirado de <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/29/where-are-thoughts-bosnian-physicians>>. Acesso em: 15 set. 2019.

<sup>224</sup> Ou, ainda, porque o próprio autor respondeu conclusivamente àqueles que se opuseram às suas ideias provocativas, como se tivesse colocado um ponto final na longa e intensa discussão. De fato, em 26 de maio de 2001, uma seção inteira do BMJ já havia sido publicada onde o próprio Derek Summerfield comenta algumas das respostas ao seu artigo. Remeto o leitor diretamente ao artigo. *Letters*, **BMJ**, v. 322, p. 1301-1304, 2001.

<sup>225</sup> Brian Massumi. **Ontopower**: war, powers, and the state of perception. Durhan e Londres: Duke University Press, 2015.

<sup>226</sup> *Ibid.*, p. vii.



significativa”<sup>227</sup>. Entre os diferentes aspectos presentes nesta reconfiguração, ele destaca uma nova forma temporal da percepção, uma *preempção* (como ele chama), isto é, claramente uma atitude ligada ao momento presente e que anteciparia os sempre possíveis perigos da vida cotidiana.

De fato, a partir de então, vimos que tais eventos passaram a materializar uma nova linguagem político-afetiva destinada ao globo terrestre. A atualização de um aparato de defesa militar passou a incutir, em primeiro lugar, nos próprios cidadãos norte-americanos, o medo produzido por uma quebra, uma paralisia assustadora e uma fragilidade que redundariam, como consequência, num desejo coletivo de vingança. Em segundo lugar, passaria a combinar, a partir deste extraordinário aparato midiático-político-militar, a dupla ideia de que seria necessário produzir tanto “choque” quanto “pavor”<sup>228</sup> nos inimigos, aquilo que passou a figurar desde então na eterna, híbrida e perpétua guerra contra o terror. Conforme escreveu Masco<sup>229</sup>, tais “políticas de choque” seriam um sinal de um compromisso aprofundado do Estado antiterrorista, “com sigilo e ações encobertas em todas as suas formas”<sup>230</sup>. Além disso, um “esforço parar expurgar quaisquer evidências da incapacidade do aparato de segurança nacional”, um aparato supostamente capaz de prever perfeitamente o futuro, com objetivos de “antecipar, mediar a crise e, portanto, de um produzir um cotidiano normalizado não fraturado pelo trauma”<sup>231</sup>. Para o autor, a falha em impedir os ataques às Torres Gêmeas criou uma espécie de “ansiedade que reverbera”. Isto é, um sentimento relacionado não somente aos ataques, mas também ao próprio conceito de segurança nacional, o que passou a conectar análises aparentemente distantes e historicamente distintas dentro do entendimento sobre o poder bélico americano, infraestrutura esta, vale frisar, mais baseada “na falha, do que no sucesso”<sup>232</sup>. É neste sentido que tal falha em predizer eventos globais e proteger cidadãos e cidades norte-americanas, por sua vez, passou a “assombrar a cultura de segurança dos EUA, criando um impulso constante em direção a novas capacidades técnicas e à crescente militarização da vida”<sup>233</sup>. Além disso, tais compromissos da

---

<sup>227</sup> Ibidem.

<sup>228</sup> Como no discurso do ministro da defesa Donald Rumsfeld sobre os iminentes ataques contra o Iraque. Cf. ‘Shock and awe’ campaign underway in Iraq. Disponível em: <<https://edition.cnn.com/2003/fyi/news/03/22/iraq.war/>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

<sup>229</sup> Joseph Masco. **The theater of operations: national security affect from the Cold War to the War on Terror**. Durhan e Londres: Duke University Press, 2014.

<sup>230</sup> Ibid., p. 6.

<sup>231</sup> Ibidem.

<sup>232</sup> Ibidem.

<sup>233</sup> Ibidem.

máquina de guerra americana passou a fundir e a articular problemas relacionados aos futuros, à infraestrutura, aos especialistas, numa competição internacional onde os afetos se encontram numa “nova roupagem, criando a expectativa de um controle antecipatório total do futuro, mesmo que tal possibilidade se desfaça de um segundo ao outro, produzindo as bases para novos choques em série (e, portanto, de um trauma perpétuo)”<sup>234</sup>.

Nunca estivemos tão próximos do perigo. Mais do que um pensamento, tal ideia se tornou um sentimento materializado em todo cidadão dos EUA e, cada vez mais, se tornou comum também na esfera global nesse início do século XXI. Se antes, desde os anos 40, já tínhamos no horizonte a possibilidade de um colapso global produzido pela tecnologia militar da bomba atômica, agora, no que se refere ao imaginário social, não mais teríamos a imagem do enorme cogumelo explodindo nas longínquas cidades de Hiroshima e Nagasaki. Estaríamos, até mesmo por causa de nossa identificação subjetiva, e pela intensidade de massificação midiática, sendo atacados em nossa “própria casa”, isto é, estaríamos diante de um choque *já* produzido, um *evento*, um ataque *real*, tudo isto contraposto à *possibilidade imaginária* de antes. Enfim, imersos em uma guerra trazida para as cidades.<sup>235</sup> Diante da eclosão do perigo factual, já produzido, um quadro político-afetivo no nível global seria montado para prevenir algo que não poderia se repetir. É importante destacar que viver diante da possibilidade de uma guerra nuclear implicava, por mais apavorador que fosse, num cenário de concreta destruição humana coletiva, num cenário apocalíptico. Mas o fato de que as duas superpotências, desde os anos 40, detinham tal poderio militar, paradoxalmente, construía nesse cenário a garantia da paz. Conforme observam Grant e Zieman<sup>236</sup>, se, por um lado, as armas nucleares eram concretamente o prenúncio da destruição, um símbolo de poder que ameaçava “a existência da própria humanidade”<sup>237</sup>, por outro, devido à sua própria destrutividade, era o “que garantia a paz”<sup>238</sup>. Embora fosse certamente sombria e arriscada, vista a partir da borda de um abismo, tratava-se de uma paz garantida. Assim, os autores apontam que uma das peculiaridades do modelo anterior da Guerra Fria foi o modo no qual a ficção se

---

<sup>234</sup> Ibidem.

<sup>235</sup> Conforme Stephen Graham destaca a passagem de Sultan Barakat: “Hoje em dia, guerras são travadas não em trincheiras e campos de batalha, mas em salas de estar, escolas e supermercados. Cf. Stephen Graham. **Cidades sitiadas**: o novo urbanismo militar. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 9.

<sup>236</sup> Matthew Grant e Benjamin Ziemann. Introduction: the Cold War as an imaginary war. In: Matthew Grant e Benjamin Ziemann (eds.). **Understanding the imaginary war**: culture, thought and nuclear conflict, 1945-90. Manchester: Manchester University Press, 2016, p. 1-29.

<sup>237</sup> Ibid., p. 2.

<sup>238</sup> Ibidem.

tornou realidade e a realidade se tornou ficcional. Assim, enquanto todas as guerras modernas foram acompanhadas por representações textuais e visuais do derramamento de sangue no campo de batalha, no caso da guerra nuclear, tal “realidade externa” não existia, o que exigia de cada um que fosse lutar em tal conflito “invocar diferentes narrativas e tropas de ficção para tornar tal realidade algo plausível”<sup>239</sup>.

Acreditamos não ser casual encontrarmos, ainda na literatura dos anos 90, títulos como “*The Age of Anxiety*”<sup>240</sup>, onde podemos ler os capítulos “*High tech and high angst*” (escrito por Geoff Mulgan) ou ainda “*Couching anxieties*” (Susie Orbach). Trata-se de uma gramática da ansiedade (e não do trauma), embora a categoria de TEPT já existisse. Ao nosso ver, o que estava em questão até então, nesse final de século, ainda seria próprio de uma gramática do período epistêmico nuclear, uma gramática ansiosa ou, no máximo, do medo. Ainda que possam ser destacados pontos em comum com o período que foi iniciado com o ataque às Torres Gêmeas, como a ideia (e um tipo de governança estatal consequente) de um perigo existencial constante, a periculosidade do momento ainda era bem caracterizada pela expressão “Guerra Fria”, ou seja, uma situação controlável ainda que tensionada, e pela própria imagem da bomba. Esta, por mais que tivesse um poder destrutivo incalculável, por vários motivos (complexidade tecnológica e distanciamento geográfico do Japão, por exemplo) ainda figurava numa dimensão de metáfora. Ou seja, viver “sob a sombra da bomba”<sup>241</sup> implicava em ansiedade e pavor, sim, mas a imagem da nuvem em forma de cogumelo estabilizava o medo da bomba através de uma metáfora. O medo nuclear estava inserido numa formação social formada na segunda metade do século XX na qual, ainda que o apocalipse se mantivesse no horizonte como uma possibilidade real, tal visão negativa do futuro era contrabalanceada pelos investimentos no mundo ocidental, com objetivos de luta política e ideológica contra o campo socialista na Europa Ocidental, de um aparato de bem-estar social (destruído após o fim da União Soviética, em 1991), dedicado às condições básicas de cidadania, quais sejam as condições de saúde, educação e meio-ambiente. Assim, se a catástrofe podia ser associada ao perigo iminente, na cultura do medo do período nuclear ainda podiam ser identificados elementos, no discurso público, de uma utopia: o pânico ainda podia ser manejado como promessa de bem-estar nas esferas político-sociais.

---

<sup>239</sup> Ibid., p. 23.

<sup>240</sup> Sarah Dunant e Roy Porter (eds.). **The Age of Anxiety**. Londres: Virago Press, 1996.

<sup>241</sup> David Seed. **Under the shadow: the atomic bomb and cold war narratives**. Kent: Kent University Press, 2013.

Com o abalo e o advento das “Torres Gêmeas”, o “11 de setembro”, a factualização do perigo se materializou. A bomba nuclear, tecnologicamente restrita às superpotências, se transformou em qualquer possível bomba caseira. Não mais metafórica, mas ininterruptamente iminente, um perigo real e dentro de “casa”, fato que possibilitou que os sentimentos passassem a ser nacionalizados, estrategicamente dirigidos e utilizados como matéria-prima para produção de ações coletivas e políticas antidemocráticas. O evento ocorrido com as Torres Gêmeas de Nova York reverberou em cada cidadão norte-americano, que a partir de então, atualizava suas ansiedades através da lógica do perigo iminente. É neste sentido que podemos pensar que a síndrome do estresse pós-traumático, certamente esteve ligada à história particular da luta política dos ex-combatentes norte-americanos, que tiveram que lidar com as consequências e os pesadelos provocados pelo que fizeram no Vietnã<sup>242</sup>, mas para além disso, também ela está inserida num quadro social sobreposto onde o que se destacava não eram as representações (textuais, visuais, afetivas) típicas do derramamento de sangue das guerras usuais modernas, mas sim, como apontamos, a *possibilidade* da guerra atômica, um contexto onde a “realidade” literal da guerra não existia. A partir de agora, o quadro mudava. Tornou-se necessário invocar diferentes versões para tornar algo plausível a realidade dessa guerra nuclear. A capacidade de produzir um choque no inimigo (tanto no nível psíquico como no nível material) e de se defender de um novo possível “ataque”, tornaram-se os objetivos primários da então “nova ordem de segurança” norte-americana, que explorou extraordinariamente os efeitos psicológicos do medo: não mais o medo nuclear, distante, mas o medo factual, ao mesmo tempo nacional (estadunidense) e global (nas cidades e megalópoles) derivado de um trauma. Toda essa formulação deu primazia não mais a um futuro sombrio utópico, ideal e distante, mas à preocupação com um perigo concreto, próximo, iminente, imanente, de maneira que o sistema nervoso humano se tornou objeto de estudo dos Estados. Toda uma alteração na dinâmica das percepções e das temporalidades se realizou; diferentes e híbridos perigos passaram a guiar a lógica de cada um, bem como as estratégias político-administrativas do Estado e, certamente, de grupos poderosos.

É diante deste contexto, disparado abruptamente em setembro de 2001, que vemos, então, a conclusão da controvérsia sobre o TEPT. Se é verdade que, desde 1980, tal como vemos em ampla literatura (incluindo, aqui, as críticas de Summerfield), o uso

---

<sup>242</sup> Scott (1990).

desse diagnóstico médico nunca parou de expandir-se, a partir de então, a legitimidade da condição traumática possibilitada por essa categoria teria um “boom”. Passaria a justificar a dor sofrida por cada cidadão norte-americano, o direito de tratamento dos mesmos no plano individual, mas também, o direito autoproclamado pelos EUA, enquanto superpotência imperialista, de retaliação. No âmbito epidemiológico, verificou-se uma explosão de diagnósticos dessa condição em solo norte-americano. No plano político-econômico-militar, como constatamos nesta primeira década do século, ocorreram sucessivos bombardeios e invasões devastadoras a vários países do Oriente Médio, não por acaso, todos riquíssimos em reservas de petróleo.

### *Uma explosão dos estudos do trauma*

A partir do atentado de 11 de setembro contra as Torres Gêmeas foi disparada uma profusão de estudos sobre o trauma. Difundiu-se o tema, mas não só, já que a partir deste evento, o que pôde ser verificado foi o aumento quantitativo das publicações ao redor do globo e também uma eclosão de estudos que passaram a abordá-lo a partir de perspectivas teóricas bastante diversas. De maneira simultânea à esta difusão, a própria referência ao evento terrorista se tornou padrão, como uma espécie de marca da discussão onde se passou a articular, de maneira intrincada, a problemática do trauma com os “novos tempos pós-11/09”. Ainda no campo das publicações em língua estrangeira, podemos encontrar trabalhos como o de Karyn Ball<sup>243</sup>, que aponta para o fato de que, nos anos 90, “o tema do trauma se deslocou para além dos parâmetros de estudo clínico e se tornou uma preocupação, senão um fetiche, entre os críticos literários e culturais”. Na esteira deste argumento, Stef Craps<sup>244</sup> reforça a ideia de que realmente os anos 90 originaram os estudos do trauma, através de um processo que incluiu uma espécie de “virada ética” nas humanidades. Alan Gibbs<sup>245</sup>, por sua vez, reforça esta visão, tomando o exemplo da diferença entre a primeira e a segunda edição do livro da psiquiatra Judith Herman, reparando que na primeira, publicada em 1992, há toda uma discussão sobre o “*post-traumatic stress disorder*”, enquanto na segunda, de 1997, utiliza-se somente a sigla “*PTSD*”. Embora de maneira sutil, Gibbs sugere que a abreviação do termo, ou seja, a

---

<sup>243</sup> Karyn Ball. Introduction: trauma and its institutional destinies. **Cultural Critique**, Trauma and its cultural aftereffects, n. 46, p. 1-44, 2000.

<sup>244</sup> Stef Craps. **Postcolonial witnessing: trauma out of bounds**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2013.

<sup>245</sup> Alan Gibbs. **Contemporary American trauma narratives**. Edimburgo: Edinburgh University Press, 2014.

utilização simples da sigla, seria o índice de uma mudança cultural maior ou de um aumento da percepção social do trauma. Ainda com Ball, vê-se que, naquele momento, de fato ocorre o que denomina de “sensação de saturação do trauma”. A teórica dá um exemplo anedótico de que tanto ela quanto outros autores buscavam colegas para editar livros em coautoria sobre o tema. Para exemplificar a sua rápida disseminação, em especial no final da década, Ball registra que, em 1997, apenas um grupo de acadêmicos discutiam o tema<sup>246</sup>, mas que, em apenas um ano, verificou que num evento “não menos do que cinco painéis foram organizados ao redor do tema do trauma”. E finaliza: “Não havia como negar que os *trauma studies* (...) haviam conquistado sua própria importância.”<sup>247</sup>

Com a entrada dos anos 2000, no entanto, e a partir especialmente do atentado contra as Torres Gêmeas, há uma explosão nas pesquisas e na literatura produzidas, não só no campo da psiquiatria propriamente dita, que passou a dedicar-se ao estudo dos efeitos possivelmente traumatogênicos gerados por testemunho presencial ou à distância, mas também no campo geral das psicoterapias, da psicanálise, entre outros campos do saber. Destacamos, a esta altura, o fato de que, nesta primeira década do século XXI, toda uma literatura crítica surge, dedicando-se, em particular, a atualizar parte da discussão dos anos 90, originando os chamados estudos críticos do trauma. Assim, se havíamos, até este momento, testemunhado a institucionalização destes estudos, temos mais uma ruptura em sua historiografia recente. É neste sentido que encontraremos Irene Visser<sup>248</sup> apontar especificamente para o ano de 2008 como o momento em que se pode constatar um consenso sobre as questões problemáticas até então não resolvidas nos estudos sobre o trauma do final do século anterior. Uma crise no campo é constatada, crise esta que conduziu a uma consciência mais ou menos geral de que os limites da teoria do trauma necessitavam de expansão, de redirecionamento e de um melhor entendimento dos problemas ocorridos durante e após a colonização. A autora toma como exemplo o livro de Roger Luckhurst, *The Trauma Question*, que levará questões inconvenientes ao campo. Segundo a autora, este livro foi importante pois apontou para as tendências

---

<sup>246</sup> Aponta aqui para o grupo que se formava em torno de Dominick LaCapra, em que os autores discutiam as dimensões morais e hermenêuticas da história traumática, em geral, e a do Holocausto, em particular. Cf. Dominick LaCapra, **Representing the Holocaust: history, theory, trauma**. Nova York: Cornell University Press, 1994; **History and memory after Auschwitz**. Nova York: Cornell University Press, 1998.

<sup>247</sup> Ball, op. cit., p.1.

<sup>248</sup> Irene Visser. Entanglements of trauma: relationality and Toni Morrison's *Home*. **Postcolonial Text**, vol. 9, n.2, p. 1-21, 2014.

despolitizantes e a-históricas dos *trauma studies*, campo de estudos que também falhou em reconhecer as atrocidades, os genocídios e as guerras em outros contextos para além do chamado *norte global*. Também toma como exemplo o livro *The Splintered Glass*<sup>249</sup>, onde os autores indicaram a necessidade de uma reorientação sociológica em resposta ao descontentamento geral com as orientações desconstrucionistas e psicanalíticas, predominantes até então nos chamados estudos do trauma dos anos 90. Visser traz o conceito de *relacionalidade* para indicar que, ao contrário do que parecia estar em voga nos estudos anteriores, tais reflexões deveriam se atualizar em um novo campo, derivado de uma aparente sutil mudança, mas que, na verdade, implicava em um giro profundamente impactante. Trata-se de inscrever o trauma, a partir deste ponto, em uma perspectiva dos chamados estudos críticos pós-coloniais do trauma, onde o trauma deveria ser conceituado “não através de estruturas teóricas hierarquizadas que privilegiam algumas abordagens conceituais e deslegitimam outras, mas encarar o trauma como uma rede complexa de conceitos e abordagens, todos centralizados em torno dele”.<sup>250</sup> Para Visser, esta relacionalidade seria como um nó emaranhado, imagem que já havia sido proposta por Roger Luckhurst anteriormente, por sua vez inspirada no modelo de “*ensemble*” de Bruno Latour.<sup>251</sup> Por fim, a autora observa que a noção de “complexidade intrincada do paradigma do trauma não apenas ilustra claramente o forte potencial para conexões entre as disciplinas acadêmicas, mas também estimula o pensamento sobre o potencial da teoria do trauma para futuras contribuições”.<sup>252</sup>

Podemos imaginar tal processo de exportação do “trauma para além da metrópole” como mais um efeito colateral do atentado às Torres Gêmeas. Ou seja, como um dos efeitos desta expansão, também constataríamos agora sua “descolonização”, na medida em que, se antes tal conceito só poderia ser usado por e em torno daqueles que o inventaram, podemos pensar que, agora, a periferia do mundo passava a reivindicá-lo. Assim, se o modelo do trauma partia predominantemente do norte global, diversos autores começaram a defender a necessidade de descolonização destes estudos, como podemos ler em Saunders<sup>253</sup>, que apontou que, a despeito da teoria do trauma ter sido “produzida principalmente na Europa e nos Estados Unidos, o trauma, ele próprio, foi, com igual ou

---

<sup>249</sup> Dolores Herrero e Sonia Baelo-Allué (eds.) **The splintered glass: facets of trauma in the post-colony and beyond**. Amsterdã: Rodopi, 2011.

<sup>250</sup> Visser, op. cit., p. 3.

<sup>251</sup> Tanto Visser como Luckhurst se referem aqui ao título “*Reassembling the social*”, do teórico francês.

<sup>252</sup> *Ibid*, p. 3.

<sup>253</sup> Rebecca Saunders. **Lamentation and Modernity in Literature, Philosophy, and Culture**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007, p. 15.

até maior regularidade e urgência, experienciado em outros lugares”. Na mesma linha de raciocínio, podemos incluir as observações de Fassin e de Rechtman, que afirmaram que a ideia de trauma, “ou melhor, o processo social do reconhecimento de pessoas enquanto traumatizadas – efetivamente escolhe as suas vítimas”<sup>254</sup>. É neste sentido que os autores lembram que, embora aqueles que promovam o conceito de trauma afirmem que ele é universal, por ser a marca deixada por um acontecimento, o estudo e o aprofundamento sobre de que maneira ele é atualizado em situações locais diversas revela trágicas disparidades em seu uso. Apontam também para o fato de que o “trauma” é forjado em meio a questões de disputa por reconhecimento daquilo que seria ou não traumático e pela diferenciação, conseqüente, de quem seriam ou não as vítimas consideradas legítimas. Destacam, enfim, as dificuldades de agentes políticos, de trabalhadores humanitários e de especialistas em saúde mental em se identificarem eticamente com grupos vitimizados, destacando principalmente como questões de proximidade cultural e social entram em jogo quando se trata de avaliar quem sofre ou quem é responsável pelo infortúnio de certos grupos. Colocam em evidência, portanto, que entram em disputa saberes que dizem respeito não somente ao âmbito clínico, mas também outros fatores que dizem respeito aos planos do domínio ético, moral, político, econômico, bem como jurídico.

---

<sup>254</sup> Fassin e Rechtman, op. cit., p. 282.



## **CAPÍTULO 2: BRASIL CONTEMPORÂNEO**

## 2.1 O cenário acadêmico brasileiro do trauma

No presente trabalho, na esteira das discussões que vimos anteriormente, exige-se uma perspectiva teórica e metodológica correspondente. Interdisciplinar, vale dizer, mas não só. Ora, uma vez que estamos na periferia do globo, ou seja, no sul pobre do mundo, uma perspectiva descolonizadora também se coloca para nós de forma incontornável. Na presente discussão, portanto, entendendo a nós mesmos como os pobres do mundo, vamos em direção de possíveis respostas ao seguinte questionamento: como nós, acadêmicos, entendemos o trauma? Em que momento e a partir de quais perspectivas, este conceito se colocou no foco de nossas preocupações? De que modo se articulam as particularidades de nossas realidades brasileiras, com os conceitos formulados no norte global? Simplesmente importamos as abordagens e os argumentos ou desenvolvemos perspectivas condizentes com o nosso cenário? Vale adiantar que percorreremos questões semelhantes ao longo do capítulo 3 desta tese, quando investigamos de que modo particular o trauma é atualizado num dispositivo específico de assistência pública em saúde mental, cuja maior parte da população atendida vive em condições subalternas e de extrema vulnerabilidade.

De modo geral, podemos enfileirar o nosso trabalho a exercícios teóricos como o que Gatti<sup>255</sup> empreendeu, quando se perguntou que tipos de vítimas seriam as “vítimas espanholas”. No seu caso particular, questionou se os modelos advindos das tradições anglo-saxã e francófona lhe serviriam. Aqui, analogamente, nós perguntamos: quem seriam as vítimas, no Brasil, e de que modo o conhecimento sobre elas é produzido? Assim, na discussão que se segue, traçaremos um primeiro esboço de como o trauma está articulado no cenário de práticas e de pesquisas do Brasil. Tendo em vista as questões apontadas acima, em nossa pesquisa, um primeiro passo que demos foi obter um panorama geral brasileiro sobre o assunto, embora sem a pretensão de esgotá-lo ou revisá-lo sistematicamente. Começando do “meio”, isto é, no sentido do que é trabalhado metodologicamente em Latour<sup>256</sup>, uma pluralidade de atores ligados à problemática do

---

<sup>255</sup> Gabriel Gatti. Como la [víctima] española no hay. (Pistas confusas para poder seguir de cerca y entender la singular vida de un personaje social en pleno esplendor. **Kamchatka**, n. 4, dez., p. 275-292, 2014.

<sup>256</sup> Como afirma Bruno Latour: “Por onde deveríamos começar? Como sempre, é melhor começar no meio das coisas, *in medias res*” (Latour, *Reassembling the social*, 2005, p. 27). Latour propõe que não devemos lançar sobre o campo de pesquisa quaisquer desenhos ou expectativas de ordem ou organização a priori e que, metodologicamente, ao invés de “assumir uma posição razoável e impor uma ordem antecipada, a TAR sustenta que está em melhores condições de encontrar ordem *depois* de ter deixado que os atores desenvolvam toda a gama de controvérsias nas quais estão imersos” (Latour, 2005, p. 23). Tal ideia me serviu para pensar esta “entrada” teórica no campo de discussões brasileiro sobre o trauma. Ajuda a entender

trauma foi encontrada. De maneira esquemática, poderíamos nos arriscar denominando os principais grupos ou eixos temáticos encontrados do modo que se segue.

1 - Em primeiro lugar, destacamos um grupo por nós denominado *Saúde pública/coletiva*. Neste grupo, destacamos quatro subgrupos: 1.1) Violência e saúde pública; 1.2) Psicologia dos desastres; 1.3) Migração e refúgio; 1.4) Profissionais de risco. Deste grupo, aprofundaremos a compreensão apenas dos subgrupos 1.1, 1.2 e 1.3. Porém, vale deixar indicado, conforme o próprio nome por nós sugerido, que as pesquisas encontradas no subgrupo 1.4 se dedicam à investigação da prevalência de determinadas síndromes psicopatológicas, em particular a de estresse pós-traumático, em categorias profissionais específicas, potenciais grupos de risco, tais como bombeiros ou policiais, grupos nos quais, conforme a literatura indica, apresenta-se alta incidência desse último transtorno.

2 - Em segundo lugar, o grupo *Biomédico*. Este grupo, por sua vez, pode ser dividido em duas subcategorias: subgrupo 2.1) Pesquisa básica em biomedicina e subgrupo 2.2) Psiquiatria. O detalhamento destes cenários não será aprofundado no presente trabalho.

3 - Um terceiro grupo, que pode ser denominado *Teorias e práticas psicológicas*, pode ainda ser dividido em duas categorias: subgrupo 3.1) Psicanálise e subgrupo 3.2) Terapia cognitivo-comportamental (TCC). Embora tenhamos nos aprofundado sobre o modo em que o conceito de trauma é desenvolvido na vertente psicanalítica lacaniana<sup>257</sup>, o detalhamento destes cenários 3.1 e 3.2 não será realizado neste trabalho.

4 - E, por fim, destacamos o *Trauma cultural*. De inúmeras maneiras podemos entender o conteúdo das discussões sobre o trauma presente nesse grupo. Por exemplo, poderíamos dividi-lo em três grupos de trabalhos onde se discute, de maneira articulada, questões derivadas da chamada 4.1) Memória social, da 4.2) Perspectiva historiográfica relacionada ao conceito de trauma e, por fim, um último grupo de pesquisas relacionado ao modo como este conceito está articulado no nível das 4.3) Narrativas midiáticas. No

---

tanto o grau de provisoriedade e arbitrariedade da “formação destes grupos” bem como a aceitar que não há escapatória a não ser começar, como dissemos, pelo “meio”. Não há ponto de partida privilegiado e não controverso. Podemos pensar ainda, na esteira deste autor, que nenhum desses campos é reificado e existente independentemente de nosso interesse em localizá-lo com propósitos pragmáticos. Por outro lado, tal “recorte” se torna possível por se tratar de um conjunto de práticas, produções acadêmicas, publicações em artigos e congressos, pesquisas, relações interinstitucionais, que gravitam em torno de abordagens específicas sobre o trauma. Além da divisão aqui utilizada, certamente outras organizações do campo de estudos e práticas sobre o trauma poderiam ser feitas. Sigo também, neste ponto, as ideias de John Law. **After method:** mess in social science research. Londres: Routledge, 2004.

<sup>257</sup> Cf. 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma, mais à frente, neste trabalho.

presente trabalho, escolhemos abordar o cenário de discussões sobre o trauma por nós denominado de “Memória social, verdade e reparação”.

Embora não tenha qualquer pretensão de abarcar a “totalidade” do campo, o presente esboço, em suas diferentes áreas e autores, serviu-nos como uma porta de entrada e como primeira perspectiva em relação aos circuitos existentes ao redor da categoria de trauma no Brasil. Um ponto importante a ser aqui destacado é o fato de que, antes de iniciarmos a presente pesquisa, não estávamos vinculados ou inseridos em quaisquer desses cenários de pesquisa ou práticas apontados. No início do projeto, tudo o que tínhamos em mãos era o entendimento geral e teórico do campo, bem como uma compreensão acerca da história da construção das categorias nosológicas do medo, pois tínhamos nos debruçado sobre ela durante o mestrado.<sup>258</sup> Uma vez que passamos a ter em mãos esse superficial esboço cartográfico (isto é, uma maneira possível de olhar para tal rede intrincada de práticas e de conhecimentos no terreno brasileiro), faltava-nos justamente iniciar um caminho entre tantos. Como veremos, o caminho que se apresentou primeiramente no campo etnográfico foi relativo aos desastres. De duas maneiras: uma primeira oportunidade ocorreu no ambiente estritamente acadêmico e a segunda foi a partir de um desastre propriamente dito, um deslizamento de terra, a partir do qual pudemos travar *in loco* um contato mais aproximado com o nosso campo etnográfico<sup>259</sup>. Cabe dizer ainda que, além desta visão panorâmica dividida em subgrupos, nas partes que se seguem, aprofundamos a discussão sobre como a questão do trauma pode ser pensada em articulação com determinados aspectos históricos e conceituais da Reforma Psiquiátrica brasileira<sup>260</sup>. Nesta parte, de maneira semelhante ao que fizemos nas partes anteriores desta tese, recuaremos aos anos 90, buscando entender como a lógica do trauma pode ser pensada em articulação com o campo de práticas e de saberes da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental pública brasileira. Vale também apontar, por fim, que nosso objetivo foi destacar e elaborar questões pertinentes ao nosso tema, uma vez que o dispositivo de saúde mental por nós acompanhado etnograficamente é produto direto do rol de transformações proporcionadas pela Reforma.

---

<sup>258</sup> Vilarinho (2012).

<sup>259</sup> Respectivamente, subcapítulos 3.1 Participando de um evento acadêmico sobre desastres e 3.2 Primeiras articulações com o campo etnográfico: deslizamento em um morro.

<sup>260</sup> Cf. o subcapítulo 2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira dos anos 1990.

### 2.1.1 Violência e saúde pública

Neste subtópico, cabe investigarmos de que modo se articula o tema da violência com o campo da saúde e, em particular, como o conceito trauma pode ser pensado nesta intercessão. Destacam-se aqui a ampla gama de contribuições desenvolvidas pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), grupo liderado pela pesquisadora Maria Cecilia Minayo e composto por outros pesquisadores associados, “instituído com a finalidade de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, de formar profissionais e de assessorar as políticas públicas do setor”<sup>261</sup>. Tal destaque deve ser feito, já que, tratar do tema da violência, em particular dos seus impactos múltiplos sobre a saúde (incluindo, aqui, a saúde mental), remete necessariamente aos trabalhos deste grupo, o qual, desde os anos 1980, dedica-se a pesquisas nessa área. Vale destacar também, conforme encontramos referências nos trabalhos da própria Maria C. Minayo, os primeiros trabalhos voltados a tal temática, feitos na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde, desde a década de 1970, já existia uma linha de pesquisa sobre as chamadas “causas externas” das doenças, tal como é colocado o enquadramento da Classificação Internacional das Doenças.

Deve ser dito que a inclusão da temática da violência no campo da saúde não se deu sem entraves e dificuldades, conforme aponta a autora, como consequência, principalmente, da resistência do próprio campo biomédico, com sua ênfase numa concepção de enfermidade originada de um ponto de vista biologicista, onde o social seria considerado só enquanto mera variável ambiental. Assim, por mais que estivessem contemplados fatores como diferentes tipos de violência e acidentes, entendidos aqui enquanto causas *externas* legítimas, a racionalidade tradicional médica ainda dava primazia à tradicional concepção de doença. Historicamente, Minayo resgata os diferentes fatores que se somaram, e que, gradualmente, confluíram na emergência deste campo voltado ao estudo das interfaces entre a violência e a saúde, campo que começou a ser circunscrito nos anos 1980 e, com maior quantidade de trabalhos, nos 1990 e

---

<sup>261</sup> Maria C. S. Minayo e Cláudia A. de Lima. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Kathie Njaine, Simone Assis, Patrícia Constantino e Joviana Avanci (orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento e Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora Fiocruz, 2020. [Primeira edição em 2007], p. 48.

seguintes. Minayo resgata historicamente as primeiras contribuições dentro da própria medicina, em particular da pediatria, área, segundo ela, mais sensível à importância dos cuidados e das condições ambientais no desenvolvimento infantil. Lembra, a título de exemplo, que foi nos anos 1960 que a “síndrome da criança espancada” foi, pela primeira vez, descrita e denunciada para o grande público. Assim, paralelamente aos movimentos em prol dos direitos da criança, surgidos primeiramente nos EUA, neste período, lembra também a importância dos movimentos feministas a favor do reconhecimento das violências perpetradas contra as mulheres.

Também destaca a transição epidêmica que se deu ao longo do século XX, principalmente a partir dos anos 1980, quando as doenças crônicas e degenerativas foram assumindo um lugar secundário no rol das doenças, ao passo que as violências passaram a se destacar dentro das principais causas de mortalidade na população. Minayo<sup>262</sup> afirma que o quadro brasileiro dos anos 1960 diferia do que viria a surgir duas décadas depois, já que, enquanto nos anos 1980 a violência assumiu relevância, por causa do processo de urbanização, no quadro anterior, eram as doenças infecto-parasitárias que se destacavam. Aponta, portanto, que os anos 1980 é o período no qual é possível encontrar um importante ponto de inflexão, com crescimento de aproximadamente 29% na proporção de mortes violentas, as quais se tornaram a segunda causa geral de mortes, ficando só abaixo das doenças cardiovasculares.

Em vários de seus trabalhos, Minayo destaca a natureza complexa da problemática da violência, mas não só, já que, além dessa dimensão, deveriam ser elencadas a da polissemia e a da controvérsia, que seriam inerentes a esse objeto de investigação. Destaca o fato inquestionável de que a violência, costumeiramente, gera sobre si muitas teorias as quais, infelizmente, “frequentemente, quase todas, são parciais”<sup>263</sup>, de modo que seria necessário assumir uma perspectiva metodológica interdisciplinar sobre ela. Em particular, a autora destaca as contribuições específicas de três campos teóricos e de práticas, a saber, a sociologia, a epidemiologia e a psicologia, considerados como fundamentais. Ela escreve: a “complexidade do fenômeno exige abordagem ao mesmo tempo social, psicológica e epidemiológica, levando em conta, inclusive, os aspectos biológicos”. Por fim, destaca que, “quanto mais o fenômeno [da violência] se agrava,

---

<sup>262</sup> Maria C. Minayo. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 4, n.3, p. 513-521, 1998.

<sup>263</sup> Maria C. Minayo. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, jan./abr., p. 55-63, 2005. Nesta referência, cf. Minayo (2005, p. 57).

mais imperiosa é a necessidade de se trabalhar com várias disciplinas científicas e vários campos profissionais relevantes”.<sup>264</sup>

No que se refere à abordagem quantitativa, Minayo exemplifica de variados modos a sua importância. A partir da epidemiologia, pelo fato de se trabalhar com séries históricas, torna-se possível “relativizar a magnitude dos dados e a tendência dos mesmos, desfazendo crenças da opinião pública, como a de que a violência tem maior impacto na atualidade e de que se trata de um fenômeno sempre crescente e sem solução”.<sup>265</sup> Ao levar em conta variáveis como as de sexo, faixa etária, cor, espaço geográfico e condições econômicas, “os estudos epidemiológicos buscam maior sensibilidade, precisão e especificidade na detecção e no diagnóstico dos casos (formas de incidência e prevalência)”.<sup>266</sup> A partir dessa abordagem seria possível desfazer preconceções, como, por exemplo, de uma “possível epidemia de violência”. A despeito do profundo impacto da violência sobre o setor da saúde, constituindo-se, em países como o Brasil e a Colômbia, na segunda causa de mortalidade, conceber essa ideia seria impróprio, uma vez que seria “reduzi-la a um conceito estrito do campo médico”.<sup>267</sup> Em outros termos, reduzir o problema da violência simplesmente ao escopo médico poderia repercutir “inclusive, nas formas instrumentais de abordá-la, na medida em que desconsiderasse os múltiplos fatores eminentemente sociais que configuram suas expressões”.<sup>268</sup> Além disso, os estudos quantitativos serviriam como balizamento mais preciso do entendimento do modo como a violência afeta camadas específicas da população. Ela destaca, então, a importância dos estudos epidemiológicos para servir de base de argumento (somada à compreensão qualitativa e também aos movimentos de base social, fundamentais para qualquer mudança na agenda política) para a elaboração de políticas públicas voltadas para a violência no setor da saúde. Destaca o importante documento publicado em 2001, intitulado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência<sup>269</sup>, além de tantos outros que se seguiram na primeira década do século, os quais permitiram lançar os fundamentos de boas práticas em diferentes setores da malha

---

<sup>264</sup> Maria C. Minayo e Edinilsa Ramos de Souza. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 4, n. 3, p. 513-531, 1998. Nesta obra, cf. Minayo e Souza (1998, p. 523).

<sup>265</sup> Ibid., p. 523.

<sup>266</sup> Ibidem.

<sup>267</sup> Minayo, 2005, p. 57.

<sup>268</sup> Ibidem.

<sup>269</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 737. De 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 19 de maio, 2001.

assistencial pública e uma maior vigilância em saúde no que se refere principalmente ao aprimoramento dos sistemas de registro de notificações, tendo em vista o entendimento de como se dá a questão no complexo quadro brasileiro.

A adoção de um arcabouço teórico-metodológico desse tipo permite pensar não só a “assistência integral aos casos endemicamente esperados de agravos violentos”<sup>270</sup>, mas também a sua prevenção, a partir de parâmetros explicativos mais amplos que englobam os “fatores de risco relacionados ao próprio ambiente, com as especificidades inerentes aos processos violentos particulares”. Ela destaca que, a partir dessa abordagem, torna-se possível identificar quais são os fatores de risco, os grupos vulneráveis, bem como desmistificar algumas análises acadêmicas e “mitos da opinião pública sobre o que se costuma chamar de *classes perigosas* ou *criminosos preferenciais*”.<sup>271</sup> Por fim, é válido acrescentar que, nos anos 1990, período em que publicou este artigo, Minayo destaca as importantes contribuições de cunho metodológico e com importantíssima contribuição social, contidas nos vários estudos de Maria Helena Mello Jorge<sup>272</sup>, Edinilza Souza<sup>273</sup> e Simone Gonçalves de Assis<sup>274</sup>, sendo as duas últimas suas recentes orientandas, à época.

É fundamental observar que a epidemiologia não pode ser considerada aqui uma espécie de substituto de outras formas de abordagem teórica e prática. Minayo destaca que, considerá-la suficiente, equivaleria a desconhecer inúmeras causas, como as de ordem “estrutural, cultural e conjuntural, que agregam complexos fatores e elementos que não podem ser erradicados como [se fossem] uma doença”.<sup>275</sup> Neste sentido, deve-se destacar a sempre presente observação de Minayo de que, além dos estudos em epidemiologia e dos modelos teóricos elaborados no campo da sociologia, seriam também necessários conceitos e contribuições teóricas do campo da psicologia. Ela escreve que a

---

<sup>270</sup> Minayo e Souza, 1998, p. 524.

<sup>271</sup> *Ibidem*.

<sup>272</sup> Destaca em nota, neste artigo, a importância dos trabalhos desta pesquisadora para o campo. Em 1998, portanto, Minayo e Souza escrevem: “Maria Helena de Mello Jorge tem mais de vinte anos de estudos sobre o tema e vários artigos publicados, alguns citados aqui. Prestou assessoria ao Ministério da Saúde, a secretarias e a movimentos civis e de cidadãos” (Minayo e Souza, 1998, p. 524).

<sup>273</sup> Minayo refere-se especificamente ao trabalho de Edinilza Ramos de Souza, *Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública*. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 10, suplemento 1, p. 45-60, 1994. Sobre esta autora, em nota, Minayo escreve: “Edinilza Ramos de Souza também trabalha há dez anos em epidemiologia, tendo desenvolvido estudos sobre a mortalidade por violência e atividades de reflexão e ação no âmbito dos serviços de saúde. Ver, sobretudo, sua tese de doutorado”. Minayo refere-se à tese de doutorado desta autora, orientada pela própria Minayo, cuja referência é: Edinilza Ramos de Souza. **Homicídios: metáfora de uma nação autofágica**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1995.

<sup>274</sup> Trata-se aqui de outro trabalho de doutoramento. Cf. Simone Gonçalves de Assis. **Trajatória sócio-epidemiológica da violência contra a criança e o adolescente**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1995.

<sup>275</sup> Minayo e Souza, 1998, p. 524.



“terceira disciplina relevante para o tema é a psicologia, pois, em última instância, é no indivíduo, em sua complexa totalidade, que a violência se concretiza enquanto agressão e/ou vitimização”.<sup>276</sup> No que tange à discussão que nos interessa na presente tese, cabe então verificar de que maneira o conceito particular de trauma – ou qualquer outro articulado a ele – é encontrado no escopo desses trabalhos. A rigor, a discussão sobre o impacto das violências na saúde nos remete diretamente não só à dimensão física desses impactos, mas também ao que poderíamos chamar do ângulo emocional, psíquico ou da saúde mental. Neste sentido, podemos indicar as passagens em que claramente há a referência a este importante problema de saúde pública. Por exemplo, Minayo escreve que o efeito da violência não pode ser reduzido “às lesões físicas e [que] alcança nível incomensurável, quando se pensa nas relações e conexões criadas como efeito-causa e causa-efeito”<sup>277</sup>, ou ainda, na passagem em que afirma que o “medo é apenas uma das manifestações da vivência da violência, sobretudo hoje, nas grandes regiões metropolitanas, onde se concentram 75% de todas as mortes por essa causa”.<sup>278</sup> Ou, ainda, a passagem em que, tratando de questões metodológicas, afirma que não deveria se partir de uma concepção equivocada na qual a epidemiologia seria assumida como única abordagem para o entendimento da violência, já que certas questões permaneceriam não resolvidas por ela”.<sup>279</sup> Por exemplo, em casos onde a violência deixa não apenas “marcas físicas, como na negligência, no abandono e na violência psicológica e em outras formas de maus-tratos historicamente dependentes do saber da clínica médica”.<sup>280</sup>

Assim, seja a partir de referências indiretas, seja de referências diretas e explícitas, é preciso dizer que o trauma emocional figura de variadas maneiras como importante preocupação, desde o início, nesse campo de publicações, onde se destacam inúmeras publicações governamentais e supragovernamentais, como um documento, de 1993, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Diferentes passagens podem ser retiradas desse documento, como a própria passagem destacada de seu artigo<sup>281</sup>, que menciona que a “violência, pelo número de vítimas e a magnitude *de sequelas emocionais* que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países”. É neste sentido que o setor de saúde pode ser entendido como uma “encruzilhada,

---

<sup>276</sup> Ibid., p. 525.

<sup>277</sup> Ibid., p. 521.

<sup>278</sup> Ibid., p. 521.

<sup>279</sup> Ibid., p. 524.

<sup>280</sup> Ibid., p. 525.

<sup>281</sup> Ibid., p. 521, grifo meu.

para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas *vítimas* sobre serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e assistência social”.<sup>282</sup>

Ainda no campo das publicações de caráter governamental, destaca-se mais um documento mencionado pela autora, chamado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, do Ministério da Saúde Brasileiro, elaborado por uma equipe de especialistas que conceituam a violência como produto de “ações humanas e individuais, de grupos, classes, nações ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”.<sup>283</sup> Trata-se de “um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade onde a violência está configurada, também a gera e a reproduz”.<sup>284</sup> Nele também são analisadas diferentes fontes de informação e a documentação oficial existente, no que diz respeito à sua importância e às atuais deficiências. Além disso, ele define detalhadamente as várias formas de manifestação do problema, ou seja, “agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal (...), além de distinguir as formas (...) com que incide em homens e mulheres (...) e grupos sociais específicos”.<sup>285</sup>

No campo das conceituações, ainda vale destacar o que o documento define por “acidente”, categoria com a qual o setor saúde trabalha de forma conjunta com a de “violência”. Tem-se por acidente “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, entre outros”. Minayo<sup>286</sup> recupera aqui os sentidos atribuídos tanto ao acidente quanto às violências, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), entendidos enquanto “causas externas”. Encontram-se aqui, quanto à morbidade, “lesões físicas e *psíquicas*, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações”.<sup>287</sup>

Ainda para identificar de que maneira a problemática específica do trauma pode ser localizada neste campo, encontramos outros tantos trabalhos ligados ao seu grupo de

---

<sup>282</sup> Ibid., p. 521, grifo meu.

<sup>283</sup> Minayo (2005, p. 57). Cf. também Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

<sup>284</sup> Minayo e Lima, 2020, p. 49.

<sup>285</sup> Ibidem.

<sup>286</sup> Minayo, 2005, p. 57.

<sup>287</sup> Ibid., grifo meu.

pesquisa, como o de Edinilza de Souza, Simone de Assis e Fernanda Alzuguir<sup>288</sup>, onde as autoras investigaram, a partir de revisão bibliográfica, as diferentes estratégias de atendimento aos casos de “abuso sexual infantil”. Para elas, um dos “problemas que dificultam o planejamento de uma estratégia de atendimento adequada à realidade de vítimas de abuso sexual infantil é o desconhecimento da magnitude e impacto desse abuso”.<sup>289</sup> A partir dos avanços inegáveis obtidos a partir de movimentos sociais, elas escrevem, em particular a partir do movimento feminista, ainda se “carece de pesquisas para melhor compreensão desse fenômeno”.

Baseando-se, como dissemos, em ampla literatura revisada, internacional e nacional, as autoras chamam a atenção para expressões muito comuns, referentes aos ambientes em que ocorrem tais situações de abuso, verdadeiros – destacam - “sistemas de ocultação”. Expressões que vão desde o “complô do silêncio por parte da família”, que revela o abuso, só quando o agressor é desconhecido, até a situação, frequente, em que a vítima esconde o abuso por anos, passando por sentimentos geralmente vivenciados como de culpa e vergonha, e pela contradição, também extremamente comum, “entre o papel esperado de apoio e proteção da família e a violência que se vivencia no âmbito doméstico, até a rede social, cujas instituições não atuam de modo adequado”.<sup>290</sup> Elas mostram que o número de casos registrados representa, a rigor, apenas uma pequena parte do verdadeiro, o que dificulta enormemente a compreensão desse fenômeno. Apontam em particular para o que a literatura norte-americana<sup>291</sup> indica sobre a notificação dos casos de abuso sexual infantil, dos profissionais de saúde, às agências do estado. A despeito da obrigatoriedade, indicam as autoras, tanto no que diz respeito ao cenário internacional como ao nacional, a subnotificação é a regra nestes casos de abuso.

Nestes casos, escrevem as autoras, os “instrumentos de coleta de provas correntemente citados são: a lupa, o colposcópio e a técnica de ‘*wood’s lamp*’ (raio ultravioleta que permite a verificação da presença de fluidos seminais no corpo da vítima num quarto escuro)”.<sup>292</sup> Independentemente de onde são feitos tais exames, “há consenso de que a coleta de evidência para exame forense é realizada, caso a vítima se apresente

---

<sup>288</sup> Edinilza R. de Souza, Simone de Assis e Fernanda Alzuguir. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 2, p. 105-116, 2002.

<sup>289</sup> Souza, Assis e Alzuguir, 2002, p. 106.

<sup>290</sup> Ibid., p. 106.

<sup>291</sup> Referenciam o trabalho de Bell CC, Jenkins EJ, Kpo W, Rhodes H. Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. **Hosp Community Psychiatry**, 1994, n. 45, pp. 142-146.

<sup>292</sup> Ibid, p. 112.

no serviço até, no máximo, 72 horas após o abuso, sob pena das evidências se perderem”.<sup>293</sup> Relativamente ao ambiente propício para a realização desse diagnóstico, baseando-se ainda na literatura, indicam que a “maioria das crianças pode ser avaliada em sala apropriadamente equipada para este tipo de exame”, exceto nos “casos que necessitam de sala equipada para operação e anestesia (normalmente em casos de penetração peniana”<sup>294</sup> – destacam as autoras – “quando há um trauma significativo”.<sup>295</sup>

Relativamente à capacitação exigida dos profissionais para o atendimento, destacam o que alguns autores descrevem, como “ansiedade extrema e desconforto, mecanismos de negação e de projeção, sentimentos de impotência e imobilismo, comuns aos que trabalham na ponta da rede de atendimento – forte mobilização e horror”.<sup>296</sup> Destacam aqui o que Junqueira<sup>297</sup> afirma sobre o assunto: a exigência de que o profissional que lida com esse tipo de violência precisa “não naturalizar os valores culturais que permeiam o registro sexual, e entender que o significado desse abuso encontra-se atravessado por (...) leis jurídicas que condenam tal prática”<sup>298</sup>.

Apontam para o fato de que, na gama de publicações analisadas, pouca ênfase foi dada ao tópico do tratamento psicossocial oferecido às crianças vítimas de abuso, principalmente se comparado com o corpo de publicações voltado para as questões propriamente diagnósticas. Mesmo assim, quando o fizeram, trataram o assunto de maneira superficial.<sup>299</sup> Em particular, as autoras destacaram os estudos de Deblinger e colaboradores<sup>300</sup>, que verificaram a eficácia da abordagem cognitiva-comportamental para estas crianças, que contemplavam os critérios da categoria de TEPT, tal como definida no DSM-III. Destacam também os trabalhos de Muram<sup>301</sup> e de De San Lázaro<sup>302</sup>, segundo os quais seria fundamental, no trabalho com tais crianças, a compreensão de que foram vítimas. Por outro lado, apontam para o trabalho de Junqueira, que, numa posição diametralmente oposta àquela dos autores acima, defende que a ênfase deveria ser posta em outras concepções, como a psicanalítica de “desamparo”, ao invés da aceção do que

---

<sup>293</sup> Ibidem.

<sup>294</sup> Ibidem.

<sup>295</sup> Ibid, p. 113.

<sup>296</sup> Ibidem.

<sup>297</sup> Junqueira MF. Abuso sexual da criança: contextualização. **Pediatr Mod**, 34, p. 432-436, 1998.

<sup>298</sup> Ibidem.

<sup>299</sup> Ibidem.

<sup>300</sup> Deblinger E, Mcleer S, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. **J Am Acad Child Adolesc Psychol**, 29, p. 747-752, 1990.

<sup>301</sup> Muram D. Child sexual abuse. **Obstet Ginecol Clin North Am**, 17, p. 372-375, 1995.

<sup>302</sup> De San Lázaro C. Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. **Arch Dis Child**, v. 73, p. 174-176, 1995.

ocorreu a tais crianças como sendo da ordem de um trauma ou da concepção de um estatuto que as considerassem enquanto vítimas.<sup>303</sup>

Ainda que muitos outros trabalhos pudessem ser relevantes para a nossa discussão, acreditamos que basta acrescentar que é possível encontrar, no transcorrer da primeira e da segunda décadas do século 21, um número crescente de publicações voltadas para o tema do trauma, onde, particularmente, a categoria de TEPT passa a ser estudada de forma direta e mais sistemática. Destacamos, por exemplo, os trabalhos de Assis, Souza e Avanci<sup>304</sup>, logo no início dos anos 2000, dedicados à investigação das “consequências”, a curto e a longo prazo, do abuso sexual em crianças e em adolescentes; o estudo<sup>305</sup> sistemático acerca da associação de violência em comunidades pobres e a prevalência de TEPT, também em crianças e adolescentes, além de outros estudos mais recentes, como o de Avanci, Henning, Pires e Assis<sup>306</sup> e o de Magalhães e colaboradores<sup>307</sup>. Também devem ser destacados, ainda no escopo dos trabalhos publicados mais recentemente, uma “Cartilha de prevenção”<sup>308</sup> sobre como lidar com os efeitos da violência (entre os quais, os efeitos pós-traumáticos gerados pela violência generalizada presente nesta comunidade), destinada a moradores da comunidade de Manguinhos, na Cidade do Rio, e um estudo<sup>309</sup> sobre a implementação de caráter experimental (projeto piloto) da abordagem de Terapia por Exposição Narrativa num dispositivo público de assistência em saúde mental, também na capital fluminense.

Por fim, cabe dar destaque às contribuições deste grupo não somente para as preocupações com os possíveis modos de atuação sobre os *efeitos* da violência, mas também com aquilo que possibilita a sua conflagração, isto é, com o campo da prevenção e da identificação de fatores de risco das populações mais expostas aos variados tipos de vulnerabilidade. A rigor, fundamental entre estes autores se encontra a preocupação com

---

<sup>303</sup> Remeto o leitor para o tópico 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma, no presente trabalho.

<sup>304</sup> Simone Assis, Edinilza Souza, Joviana Avanci. Consequências a curto e longo prazos do abuso sexual de crianças e adolescentes: um estudo bibliográfico. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. XXXIX, n.4, p. 100-108, 2003.

<sup>305</sup> Liana Ximenes, Simone Assis, Thiago Pires e Joviana Avanci. Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS. Impresso)**, v. 26, p. 443-450, 2013.

<sup>306</sup> Joviana Avanci, Fernanda S. Henning, Thiago Pires, Simone Assis. Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 21, p. 1-10, 2021.

<sup>307</sup> Andressa Magalhães et al. Tonic Immobility is Associated with PTSD Symptoms in Traumatized Adolescents. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 14, p. 1359-1369, 2021.

<sup>308</sup> Leonardo Brasil Bueno et al. **Cartilha de Prevenção à violência armada em Manguinhos**: material para uso de moradores, moradores e profissionais do território. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

<sup>309</sup> Fernanda Serpeloni et al. Narrative exposure therapy versus treatment as usual in a sample of trauma survivors who live under ongoing threat of violence in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, 22, n. 165, p. 1-10, 2021.

os temas da prevenção e proteção contra a violência, da promoção de saúde, bem como com os fatores de risco que predispõem, de forma sistemática, determinados grupos populacionais. Assim, parte-se da ideia central de que, a despeito da violência ter estado “sempre presente na história da humanidade, ela não é parte da condição humana”<sup>310</sup>

Na esteira das reflexões anteriores, é preciso dialogar de maneira conjunta com o campo das políticas públicas e das diretrizes que abordam as ações a serem seguidas no campo da saúde pública, tais como as proposições desenvolvidas pela OMS. No que se refere a este tópico, seguem aqui os importantes passos propostos para a prevenção dos vários tipos de violência, tais como propostos pela OMS, a saber, o estímulo à pesquisa sobre a violência (causas, consequências e prevenção); promoção à prevenção primária; fortalecimento dos serviços de atendimento e apoio às vítimas; ação multissetorial e promoção da igualdade de gênero e social; por fim, a busca incessante por mudanças na esfera cultural e social que apoiem a prevenção da violência. Trata-se de estudar sistematizadamente<sup>311</sup> os fatores que, quando presentes, se oporiam aos efeitos negativos oriundos dos fatores de risco, reduzindo-os ou mesmo eliminando-os. Baseados em modelos de saúde norte-americanos dos anos 1950-60, os estudos de Hugh Leavell e Edwin Clark<sup>312</sup>, no campo da então denominada *Medicina Preventiva*, apontam que os diferentes sistemas assistenciais e as redes de apoio social e comunitário são cruciais para a identificação de casos e de populações sob risco de violência. Em particular, destacam as três dimensões da prevenção: i) a chamada prevenção primária, que contribui, de diferentes modos, para evitar que a violência ocorra; ii) a prevenção secundária – já no momento em que a violência ocorreu - e que remete a ações de caráter mais imediato, com ênfase na capacidade de diagnóstico, tratamento precoce e na limitação da invalidez; por último, iii) a prevenção terciária, composta de respostas mais a longo prazo, que objetiva a intervenção, o controle e o tratamento de casos reconhecidos, buscando “reduzir os efeitos, as sequelas e os traumas; [além de] reduzir a instalação da violência crônica e promover a reintegração dos indivíduos”.<sup>313</sup>

---

<sup>310</sup> Simone Assis e Joviana Avanci. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Kathie Njaine, Simone Assis, Patrícia Constantino e Joviana Avanci (orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento e Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora Fiocruz, 2020. [Primeira edição em 2007], p. 77.

<sup>311</sup> Assis e Avanci, 2020, p. 84.

<sup>312</sup> Cf. Hugh Leavell e Edwin Clark. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

<sup>313</sup> Assis e Avanci, op. cit., p. 85.

De acordo com Assis e Avanci<sup>314</sup>, cabe ainda destacar a aprovação, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), elaborada na perspectiva de operar de modo transversal, além de produzir uma “rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida”, “reconhecimento da importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde”, e contribuir “com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção de saúde”.<sup>315</sup> Destacam as autoras que, a partir de então, entre as inúmeras ações que passaram a ser estimuladas e financiadas pelo Ministério da Saúde, foram implementados diferentes núcleos de prevenção de violência, bem como de vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, com foco na cultura da paz e na redução da morbimortalidade no trânsito. Além destas ações, cabe acrescentar as inúmeras ações desde a sua implantação, como as intersetoriais de prevenção de violência a partir de outros marcos legais, entre os quais destacamos o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, em 2005; a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em 2006; a Lei Maria da Penha, em 2006; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), em 2008; a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, em 2010, entre outros. Por fim, podem ser destacadas também outras ações territoriais, tais como a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a qual, a partir de uma ampla rede capilarizada, potencializa a identificação e a notificação das violências no território, atuando de maneira integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas das diversas violências.

### **2.1.2 Psicologia dos Desastres**

O segundo grupo se refere ao campo das 1.2 Psicologias dos Desastres, no qual o conceito de trauma é articulado de maneira ostensiva e a partir de uma ampla gama de perspectivas. Diferentes histórias sobre a articulação da psicologia com o campo dos desastres podem ser construídas. Na literatura atual, encontraremos autores que traçam, por exemplo, uma espécie de genealogia inequívoca que enquadra uma série de eventos históricos como marcos inauguradores do campo. Eles destacam os estudos sobre

---

<sup>314</sup> Assis e Avanci, op. cit., p. 87.

<sup>315</sup> *Ibidem*.

conflitos bélicos, em particular, as duas Guerras Mundiais. Por outro lado, há outros que se debruçam sobre tal genealogia para indicar eventos e situações mais ligados a desastres naturais e acidentes de variados tipos, por exemplo, industriais e de meios de transporte, como navios e aviões, incêndios, etc. Assim, vamos encontrar referências a estudos considerados pioneiros como o conduzido por Stierling, na primeira década do século 20, os de Samuel Henry Prince, na segunda década, as observações sistemáticas conduzidas por Enrico Quarantelli [1924-2017], além das de Erich Lindemann [1900-1974] e, por último, mas não menos importante (embora menos citadas), referências às contribuições de Kai Erikson. Por outro lado, pelo menos, desde os anos 60, estudos já procuravam sistematizar os múltiplos efeitos sobre a saúde das populações afetadas por desastres. É válido apontar que, só a partir dos anos 90, um volume crescente de pesquisas acadêmicas e documentos oficiais governamentais e supragovernamentais foram publicados, dando prioridade à problemática dos desastres no cenário das práticas e dos saberes do chamado setor saúde. Encontramos, ainda a título de exemplificação histórica, a Conferência de Yokohama, realizada em 1994, alinhada com as propostas de promoção do desenvolvimento sustentável anunciadas na Conferência do Rio – ECO92, na Agenda 21, as quais foram centrais para a elaboração, no ano 2000, das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Soma-se uma série de outros eventos e marcos internacionais, oficializados em documentos e em diretrizes, lançados no começo do século 21, como o Marco de Hyogo, ratificado no Japão como marco de ação para o período 2005-2015, e, por fim, o Marco de Sendai, que estenderia o plano de ações para o período 2015-2030.

Nas publicações deste período, de maneira cada vez mais crescente, existe a percepção da necessidade de um entendimento mais rigoroso e técnico dos diferentes tipos de problemas oriundos de situações de desastres, como as chamadas reações psicológicas produzidas no período mais imediato e no período a médio e a longo prazo após o desastre. Em sintonia com os marcos de ação intergovernamentais citados acima, a partir de então, além da ação de resposta imediata ao desastre e suas consequências, firmou-se muito fortemente o interesse, não só local, mas planetário, pela prevenção. A redução dos riscos de desastres passou a fazer parte das decisões de Governos e das populações. É importante enfatizar que, na entrada dos anos 2000, não estava claro (ao menos no que diz respeito aos aspectos teórico-conceituais e às políticas públicas envolvidas) aquilo que deveria ser considerado como reação normal diante de uma situação catastrófica. Também não havia consenso quanto ao modo de identificar o que faria parte do escopo propriamente biomédico, isto é, de que modo deveriam ser



diagnosticadas e conduzidas as referidas terapêuticas daqueles casos considerados eminentemente psicopatológicos. É neste período, a despeito dos estudos anteriores sobre o assunto, que será feito um esforço de responder às questões basilares deste campo, por exemplo, como classificar o que deveria ou não ser considerado “desastre”. Investimentos serão direcionados para o objetivo de definir o que seria este evento, quais seriam suas características e de que modo nuances terminológicas deveriam ser criadas. Neste sentido, podemos citar outras noções que o diferenciariam, tais como as noções de catástrofe, de evento crítico, de cataclismo. Em relação à classificação dos tipos populacionais, também deveria ser definido quais seriam descritos como afetados, os quais poderiam ser distinguidos tecnicamente daqueles considerados vítimas ou danificados. Então, todo um campo de articulações, conceitos, documentos, estatísticas e políticas públicas emergirá, além dos múltiplos agentes públicos e de pesquisadores filiados a diferentes tradições epistemológicas e correntes teóricas, cada um deles voltado, de certa maneira, a este campo comum de problemas.

Quanto ao objeto desta tese, cabe dizer que o conceito trauma é atualizado e ganha nuances que serão detalhadas de variadas maneiras. Vale indicar que já haviam sido apontadas as diferenças daquilo que seria propriamente da ordem do medo, por um lado, e daquilo que corresponderia ao pânico, por outro.<sup>316</sup> Mas neste momento de emergência do campo dos desastres, tanto no debate internacional como nos textos publicados no Brasil, trata-se de priorizar a reflexão e o aprofundamento daquilo que seria especificamente da ordem do trauma. No que se refere a este conceito, é importante destacar o modo como é abordado em diferentes manuais publicados, como o publicado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>317</sup> Longe de ser uma questão periférica, neste manual, há claramente a preocupação em delimitar com rigor como o trauma, em geral, e a categoria de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), em particular, deveriam ser articulados e entendidos no campo dos desastres. Há, na verdade, ampla referência às duas categorias, de modo que não seria exagero dizer que o destrinchamento e o detalhamento de ambas serve como linha-mestre desse documento. A rigor, esta publicação parece ter como um dos principais objetivos sistematizar o

---

<sup>316</sup> Cf. Quarantelli, Enrico. L. The nature and conditions of panic. *American Journal of Sociology*, v. 60, n. 3, p. 267-275, 1954. Mas também as observações pessoais de William James, que testemunhou um terremoto em São Francisco e ficou espantado com a ausência de pânico da população. Cf. William James, W. *Memories and studies*. Nova York: Greenwood Press, 1968.

<sup>317</sup> Organização Mundial da Saúde [OMS]. *Protección de la salud mental em situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, n° 1. Washington, D.C., 2002.

conhecimento acumulado no campo, delimitar o que seria o conjunto de boas práticas, e relativamente ao trauma, separar aquilo que seria da ordem dos “mitos” do que seria real no modo em que incidiriam as reações psicológicas (entre as quais, as ditas traumáticas) nos indivíduos afetados pelo desastre. A despeito da ampla referência à discussão e da legitimidade que parece conferir ao estatuto do trauma e do TEPT, parece-nos que o objetivo do manual foi produzir, nos termos colocados pelos autores, uma discussão “mais ampla”, isto é, não reduzida aos aspectos psicológicos ou biomédicos produzidos pelo desastre. Assim, grande parte do documento está dedicada aos aspectos preventivos e de caráter de mitigação dos efeitos próximos à crise instalada pelo evento. Além disso, há ênfase nos aspectos epidemiológicos do TEPT, para mostrar, em contraponto ao que consideram um saber disseminado e equivocado sobre esta categoria, que seria a reação mais comum entre a população afetada.

A emergência do campo dos desastres no Brasil acompanhou, inegavelmente com algum atraso, o campo das publicações internacionais sobre o tema. A rigor, é a partir do final da primeira década do século XXI que veremos uma quantidade mais expressiva de publicações nacionais, ainda que seja possível identificar, de maneira pontual, pesquisadores e grupos de pesquisa brasileiros dedicados ao tema. Conforme vários dos artigos deste período em diante mencionam, a psicologia brasileira já havia se dedicado ao campo, quando aconteceu o acidente radioativo do isótopo Césio-137, em que teve participação destacada a equipe composta por psicólogos cubanos (anteriormente treinados em missão de assistência humanitária no acidente de Chernobyl) e da UFG e da UFRJ. Mas foi só a partir da segunda década do século XXI que ocorreu uma expansão nesse campo, a partir de orientações metodológicas e teóricas diversas sobre o tema.

No Brasil, um dos primeiros encontros dedicados à psicologia dos desastres foi o Primeiro Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: contribuições para a construção de comunidades mais seguras<sup>318</sup>, evento organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, ocorrido em Brasília, entre 08 e 10 de junho de 2006. Nos três dias, pesquisadores nacionais e estrangeiros, principalmente latino-americanos, debateram sobre o tema. A importância desse evento pode ser atestada pelos nomes que compuseram a mesa de abertura, dos quais destacamos Marcus Vinicius de Oliveira (então vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia), Jorge do Carmo Pimentel (Secretário Nacional de Defesa Civil), Pedro Brito de Nascimento (Ministro da Integração

---

<sup>318</sup> Conselho Federal de Psicologia. **Anais do Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres**. Brasília: CFP, 2006.

Nacional), Victor Zveibil (Secretário de Qualidade Ambiental, representante do Ministério do Meio Ambiente, que trouxe a saudação e os cumprimentos da Ministra Marina Silva), e Horacio Toro (representante da Organização Pan-americana da Saúde no Brasil). A magnitude do seminário também pode ser verificada nos trabalhos apresentados, separados por mesas-redondas e equilibrados pela representação nacional e internacional sobre o tema.

Foram organizadas cinco mesas redondas: a mesa 1 intitulada “As construções teóricas e técnicas em torno dos conceitos de emergências e desastres”, da qual participaram Aléxis Lorenzo Ruiz (Professor titular e adjunto da Universidade de Havana, Cuba), Susana Chames de Rozen (Psicóloga membro do Grupo Internacional Líderes em Saúde, Desastres e Desenvolvimento – OPS/OMS; cofundadora e Presidente da Sociedade Argentina de Psicologia das Emergências e dos Desastres) e Roberto Bastos Guimarães (Coordenador do Mestrado em Engenharia Ambiental Urbana da UFBA). A mesa 2 intitulada “Psicologia das emergências e dos desastres: uma área em construção – História e desenvolvimento”, composta por Rodrigo Molina (Psicólogo, fundador da Sociedade Chilena de Psicologia em Emergências e Desastres; capacitador e instrutor em Psicologia das Emergências para voluntários do Corpo de Bombeiros do Chile) e Angela Lapa Coêlho (Pós-doutora em Psicologia Social e vice-coordenadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco). A mesa 3 intitulada “Psicologia e emergências sociais: intervenções nos cotidianos e eventos”, composta por Arturo Marinero Heredia (Psicólogo, do México, professor interino e responsável pelo Programa de Proteção Civil deste país) e Cláudia Gómez (Psicóloga, coordenadora do Programa Saúde Mental em Emergências e Desastres do Hospital de Clínicas – Hospital Universitário de Buenos Aires, Argentina). A mesa 4 intitulada “Contribuições da Psicologia para a construção de comunidades mais seguras”, composta por Giuseppe Sica (Professor da Universidade de Pisa, Diretor do Comitê Científico do Instituto Internacional de Psicologia da Emergência da Itália), Marcos A. Mattedi (Diretor do Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade Regional de Blumenau) e Daniela da Cunha Lopes (Psicóloga, gerente do Departamento de Minimização de Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil). E a mesa 5 intitulada “Perspectivas de investigação em Psicologia das emergências e dos desastres na América Latina”, com a participação de Ariane Kuhnen (Psicóloga, coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade Federal de Santa Catarina), Pitágoras Bindé (Professor da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte, doutor na área de prevenção e combate a desastres) e o já mencionado Marcus Vinicius de Oliveira Silva.

Seguem a este evento, ainda na primeira década, uma sequência de publicações que, hoje, numa visão retrospectiva, podem ser consideradas pioneiras, como a tese de Bruck<sup>319</sup>, e o livro organizado por Valencio, Siena, Marchezini e Gonçalves<sup>320</sup>, trabalhos que refletem o grau do interesse acadêmico na psicologia e em outras ciências, como a sociologia, e o amadurecimento, de certo modo já consolidado, neste complexo campo dos desastres e as particularidades das questões brasileiras. A interface da psicologia com a Defesa Civil é uma das marcas centrais deste campo. Assim, diversos documentos inscritos no campo específico da psicologia fazem referência às normativas constitutivas do campo da Defesa Civil, enquanto a própria Defesa Civil faz aproximações com os aspectos psicológicos necessários à formação de seus componentes. Encontraremos documentos do Conselho Federal de Psicologia<sup>321</sup> que incluem várias referências técnicas, como as produzidas pelo Centro Universitário de Estudo e Pesquisas sobre Desastres (CEPED)<sup>322</sup>, que abordarão de maneira elucidativa esta interface.

Uma série de trabalhos acadêmicos foi publicada nos anos 2010, refletindo a crescente importância do tema e um aumento relevante do interesse sobre ele. É válido dizer que, embora os desastres no Brasil não sejam historicamente incomuns, a crescente publicização midiática e o acompanhamento estatístico dos desastres<sup>323</sup> foram provavelmente fatores que contribuíram para o acentuado grau de interesse. Por outro lado, é importante destacar que, a despeito de não ser uma “novidade” no País, pelo contrário, constata-se o crescimento de tais incidentes, acompanhando o que já ocorre ao redor do mundo, em particular nos países mais pobres.

---

<sup>319</sup> Ney R. Bruck. **A psicologia das emergências**: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma. 195f. Tese (Doutorado em Psicologia), PUCRS, Faculdade de Psicologia, Rio Grande do Sul, 2007.

<sup>320</sup> Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano C. Gonçalves (orgs.). **Sociologia dos desastres**: construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: RiMa Editora, 2009.

<sup>321</sup> Conselho Federal de Psicologia. **Textos geradores – II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2011; Conselho Federal de Psicologia. **Nota Técnica sobre a Atuação de Psicólogos em Situações de Emergências e Desastres, relacionadas com a Política de Defesa Civil**. Brasília: CFP, 2013.

<sup>322</sup> Cf. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. **Gestão de risco e desastres**: Contribuição da Psicologia. Curso à distância / Centro Universitário de Estudo e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010.

<sup>323</sup> Cf. Brasil. Ministério da Integração Nacional. **Atlas Brasileiro de Desastres Naturais: 1991 a 2010**. Florianópolis: Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres, 2013.

Ainda no campo das publicações, está bastante presente a referência aos aspectos da atuação do psicólogo no contexto dos desastres, e a necessidade da realização de mais estudos sistematizados nessa área. Outro ponto a ser mencionado é a diversidade de referências teóricas, que vão desde abordagens qualitativas a discussões teóricas e clínicas da psicologia, como, por exemplo, trabalhos baseados na fenomenologia<sup>324</sup>, no método qualitativo hermenêutico<sup>325</sup>, na perspectiva fenomenológica-existencial e da Gestalt-terapia<sup>326</sup> e na elaboração de quadros de luto e outros sintomas relacionados ao estresse pós-traumático<sup>327</sup>. Também é digna de destaque a quantidade de trabalhos publicados por recém-graduandos em psicologia, refletida na presença massiva de trabalhos de conclusão de curso. O artigo de Neto e Belo<sup>328</sup> nos ajuda a obter um panorama das publicações realizadas até a sua publicação, em 2015. Revisando a bibliografia, eles observaram que o campo da psicologia das emergências, embora importante, é subvalorizado, tanto em seus aspectos práticos como no campo da pesquisa. Além disso, trata-se de um “campo epistemológico e prático novo no Brasil, com poucos trabalhos, sendo que estes têm baixíssima inserção em bases de referências indexadas e que se citam também pouquíssimo entre pares”.<sup>329</sup> Destaco a observação dos autores para a baixa interação através de citações entre os pesquisadores do campo, e a quantidade relativamente extensa de trabalhos oriundos dos níveis de graduação, em particular de trabalhos de conclusão de curso de Psicologia, o que refletiria, segundo eles, um interesse específico pelo tema por parte de jovens profissionais em formação.

No que tange às contribuições das publicações brasileiras sobre o trauma, nesta altura da apresentação deste campo, cabem maiores detalhamentos. Grosso modo, teremos duas vertentes epistêmicas no campo da psicologia dos desastres. Por um lado, existe um claro interesse em verificar, seja por abordagens qualitativas, seja por abordagens quantitativas, o grau de impacto psicológico dos desastres e as suas repercussões traumáticas nas populações afetadas. Aqui, podem ser localizados estudos

---

<sup>324</sup> Eveline Favero e Vivien Diesel. A seca enquanto um hazard e um desastre: uma revisão teórica. *Aletheia*, v. 27, n. 1, p. 198-209, 2008.

<sup>325</sup> Viviane C. Torlai. **A vivência do luto em situação de desastres naturais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), PUC-SP, São Paulo, 2015.

<sup>326</sup> Vivianne C. Leal. **Criança vítima de desastre**: repercussões do pós-trauma à luz da Gestalt. Monografia de Pós-graduação. Faculdade Frassinetti, Recife. 2010.

<sup>327</sup> Carla Massing, Fábio Lise e Janete Gaio. Psicologia das emergências e dos desastres: intervenções em Guaraciaba SC. **V Seminário Internacional de Defesa Civil – DEFENCIL**, São Paulo, 18-20 de novembro de 2009.

<sup>328</sup> Orestes Neto e Fábio Belo. Psicologia das Emergências. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, vol. 8, n. 2, Edição Especial, p. 284-299, 2015.

<sup>329</sup> Neto e Belo, 2015, p. 297.

que verificarão, por exemplo, a ordem de prevalência do TEPT nas mesmas. A título de exemplo, podemos indicar as pesquisas do *Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidades e Saúde* (NAVeS), da Universidade Federal de Minas Gerais, que desenvolveu assessoria técnica aos atingidos pela barragem de rejeitos da empresa Samarco S.A.<sup>330</sup>, mineradora multinacional com atividades de extração de minério no Brasil. Este grupo atua em parceria com a Comissão dos Atingidos pela Barragem de Fundão de Mariana cujos objetivos envolvem a quantificação da prevalência de diagnósticos de transtornos mentais relacionados ao estresse, entre eles o TEPT, na população afetada. Num relatório publicado<sup>331</sup> em 2018, escrevem que aquilo que se rompe é “muito mais do que uma barragem. Os efeitos da violência e da destruição causadas pela lama, que é física, mas também simbólica, atingem dimensões da vida.” Observam que, mesmo após “dois anos do rompimento da barragem, os relatos de sofrimento, medos, angústias e incertezas se mostram cada vez mais presentes e intensos nas falas dos atingidos”.<sup>332</sup> Alguns resultados estarrecedores, publicados por esse grupo e divulgados em noticiários de comunicação<sup>333</sup>, são o fato de que, do grupo pesquisado (271 pessoas), 46,7% ressaltaram que perderam familiares ou amigos após o rompimento, 79,6% relataram ter sofrido danos diretos à moradia por rejeitos da barragem, 62,7% relataram ter sofrido discriminação pela condição de ser atingido, 29% estão com sintomas de depressão (cinco vezes maior do que a média brasileira) e 12% estão com sintomas de estresse pós-traumático.

Encontraremos outros trabalhos em que a voz, digamos assim, em primeira pessoa da vítima, está explicitamente presente. É útil destacar alguns deles, uma vez que o dito senso-comum em relação ao trauma será alvo de duras críticas de teóricos do campo, como veremos a seguir. Em participação em uma mesa intitulada “O papel do psicólogo como operador de emergências e desastres: contribuições para uma prática cidadã”,

---

<sup>330</sup> Samarco Mineração S.A., mineradora multinacional com atividades de extração em território brasileiro, cujas donas são as empresas Vale e BHP Biliton. Em 5 de novembro de 2015, na cidade de Mariana, no Estado de Minas Gerais, rompeu-se uma barragem de rejeitos, deixando 19 mortos e gravíssimos danos à comunidade local e ao ecossistema da região.

<sup>331</sup> Maila de Castro Lourenço das Neves et al. **PRISMA: Pesquisa sobre a saúde mental das famílias atingidas pelo rompimento da barragem do Fundão em Mariana**. Belo Horizonte: Corpus, 2018.

<sup>332</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>333</sup> A título de exemplo, destacamos duas matérias jornalísticas que tratam deste evento. Cf. Cecília Ribeiro e Gladston Figueiredo. Saúde dos atingidos pela barragem em Mariana. Brasil de Fato, 26/04/2018. Disponível em: <<https://www.brasildefatomb.com.br/2018/04/26/saude-dos-atingidos-pela-barragem-em-mariana>>. Acesso em: 15 jan. 2019; Flávia Cristini. Pesquisa identifica doenças mentais em atingidos pelo rompimento da barragem da Samarco em Mariana. G1, 13 de abril de 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/desastre-ambiental-em-mariana/noticia/pesquisa-identifica-doencas-mentais-em-atingidos-pelo-rompimento-da-barragem-da-samarco-em-mariana.ghtml>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

evento organizado pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>334</sup>, a psicóloga Maria da Silveira relatou sua experiência durante um tornado que atingiu, em 2009, o município de Guaraciaba, no extremo oeste catarinense. Podemos ler em seu relato que se tratou de um fenômeno que atingiu mais de 90% da população local, com repercussões devastadoras. Ela destaca a pergunta “Por quê?”, explicando que esta era a “pergunta que mais se repetia, após os três primeiros dias de perplexidade e apatia diante do monte de entulhos que se formou onde antes era o lar de mais de 120 famílias”.<sup>335</sup> Ela detalha que nestes “entulhos” estavam presentes não só a “casa, o galpão de fumo, o aviário, a estrebaria, as vacas, os bois”, mas também os “objetos pessoais de grande valor afetivo”, além de alguns terem perdido “filhos, esposa, netos, irmãos, cunhados, colegas de aula (...), muitas, muitas vidas, marcadas definitivamente”.<sup>336</sup> Detalha: “Marcadas pela tristeza, pela apatia, pela desilusão, pela raiva, pela culpa, pela incerteza e pelo medo do amanhã”.<sup>337</sup> Ela lembra o “olhar aflito para o céu”, quando uma nuvem negra de chuva se aproximava, além da velocidade do vento, combinada com as “fortes batidas do coração acelerado, quando esse ‘tempo’ voltava a dar sinais de chuva e vento”.<sup>338</sup> Comenta sobre as sensações *ditas comuns*, ou seja, comuns “para pessoas que passam por uma situação traumática, que vem acompanhada de muito medo de que aconteça novamente”<sup>339</sup>, além “de uma insônia que não deixa o corpo descansar para um novo dia de trabalho e de um controle obsessivo pela previsão de como o novo dia chegará”.<sup>340</sup> Trata-se de uma sensação constante de impotência, principalmente por parte dos homens, “os quais culturalmente, na nossa sociedade, aprendem desde cedo que são os responsáveis pela estabilidade, principalmente financeira, da sua família”.<sup>341</sup> Ela complementa lembrando que, após o primeiro momento de “apatia, de desorientação, passamos para a fase do choro, do desespero”. Observa também que, nesse momento, é preciso que as “emoções que estão aparecendo se façam esgotar, pois é aí que simbolicamente a pessoa está vivenciando o ‘luto’ daquilo que foi perdido, sendo de extrema importância para o processo de elaboração traumática”.<sup>342</sup> Ela acrescenta outros detalhes, como a “sensação

---

<sup>334</sup> Cf. Maria Carolina da Silveira In: Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia de Emergências e Desastres na América Latina**: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011, p. 73-86.

<sup>335</sup> Ibid., p. 76.

<sup>336</sup> Ibidem.

<sup>337</sup> Ibidem.

<sup>338</sup> Ibidem.

<sup>339</sup> Ibidem.

<sup>340</sup> Ibidem.

<sup>341</sup> Ibid., p. 78.

<sup>342</sup> Ibidem.

de culpa, de sentir-se culpado por não ter evitado a situação trágica<sup>343</sup>, mesmo sabendo que seria impossível tal coisa. Por fim, aborda um pouco da intensa atividade na parte psicológica, quando o objetivo do processo todo “era aliviar a aflição, restaurar a capacidade dos afetados para resolver a situação de estresse, reordenar o mundo interior”<sup>344</sup>, por meio da “interação social, reorganizando a família, a comunidade, os locais de trabalho, os espaços onde as pessoas interagem, a fim de possibilitar mais estratégias de superação do trauma”.<sup>345</sup> Observa ainda que, durante “o dia, quando estamos trabalhando, realizando várias atividades (...) as questões emocionais ficam como se estivessem suspensas ou guardadas”.<sup>346</sup> É à noite que “a dor, a angústia e o medo aparecem”, quando se está “sozinho cansado, somente com a família”.<sup>347</sup> Escreve que é neste momento que o “desespero, o medo e o sofrimento emocional aparecem” e quando devemos estar “preparados (...) para lidar com que está acontecendo, por isso a importância dos grupos”.<sup>348</sup>

Outros relatos em primeira pessoa podem ser trazidos aqui. Por exemplo, o trazido por Siena e Valencio<sup>349</sup>, onde abordam o impacto específico das chuvas sobre a moradia de famílias pobres em áreas tidas como de risco. Elas observam que para muitas dessas mulheres, a aproximação das chuvas é um fator de apreensão, “sobretudo no que concerne ao seu papel de mãe”.<sup>350</sup> Elas dão os exemplos das mães que se “apegam às suas práticas religiosas como também as que se esforçam para que os filhos superem o estado emocional provocado pela reiteração das adversidades”<sup>351</sup>. Como parte de seu trabalho de escuta e registro destas narrativas, elas citam um trecho:

Eles [referindo-se às crianças] são assim (...) começou a chover eles trata de pega a bíblia para ler porque eles quer ficar tudo em volta de mim [grifo nosso], aí eu tava lendo a bíblia com eles, aí de repente caiu em cima da gente [o telhado] (...) Foi um susto (...) Eu falo para eles vamos rezar, se apegam com Deus, pra que não aconteça o pior (informante 4, 41 anos).<sup>352</sup>

---

<sup>343</sup> Ibidem.

<sup>344</sup> Ibid., p. 83.

<sup>345</sup> Ibidem.

<sup>346</sup> Ibidem.

<sup>347</sup> Ibidem.

<sup>348</sup> Ibidem.

<sup>349</sup> Mariana Siena e Norma Valencio. Gênero e desastres: uma perspectiva brasileira sobre o tema. In: **Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano Costa Gonçalves (orgs.), 2009, p. 58-68.

<sup>350</sup> Siena e Valencio, p. 73.

<sup>351</sup> Ibidem.

<sup>352</sup> Ibidem.



Destacamos uma passagem retirada de Valencio<sup>353</sup>, por ocasião de sua investigação a respeito dos efeitos produzidos em um dos afetados pelo colapso de uma barragem. Segue este pequeno relato:

Ouvi o estrondo, sai pra acolher. Fomos tirar os troços do povo, numa carriola. Vou-me embora daqui. Fiquei traumatizado. Depois de encher aqui, na parte baixa, a água foi bater nas partes altas, pertinho da minha casa. Assim, quero arrumar um canto, vou-me embora. Correu prum lado, água; correu pro outro, água. (Sr. Geraldo Carneiro, 66 anos, 15 anos morador em Alagoa Grande).<sup>354</sup>

Um segundo grupo de discussões voltadas para o trauma pode ser identificado. Destaco algumas nuances. No documento já citado publicado pelo CEPED em 2010<sup>355</sup>, encontramos passagens importantes relativas a esta concepção. Os autores escrevem que as “pessoas afetadas pelos desastres, atingidos ou socorristas, sofrem os impactos do desastre sempre de forma singular”.<sup>356</sup> Além disso, a “carga traumática ocorre em função da organização psíquica prévia das pessoas afetadas”.<sup>357</sup> Observam que desastres “que poderiam ser classificados como de média gravidade podem produzir forte impacto em algumas pessoas e em outras não”<sup>358</sup>, também salientando que, quando a “magnitude do desastre é muito grande, a probabilidade de dano psíquico aumenta de uma maneira geral”.<sup>359</sup> Isto ocorreria devido a vários fatores, tais como “a faixa etária e a exposição a situações anteriores também adversas”.

Os autores do documento justificam as observações acima do seguinte modo: “Esta ressalva é importante, pois o senso comum por vezes tende a patologizar a situação pós-desastre, quase que naturalizando a reação da pessoa afetada”.<sup>360</sup> Também afirmam que o “termo trauma pertence atualmente ao vocabulário coloquial, sendo utilizado para designar algum tipo de efeito ou sintoma que de alguma forma fuja às reações habituais de uma pessoa”. Para os autores, caberia apenas utilizar o termo a fim de “adjetivar um substantivo, ou seja, falaríamos em carga traumática ou potencial traumático de um evento”.<sup>361</sup> E completam seu raciocínio: “Dessa forma, podemos compreender que

---

<sup>353</sup> Norma Valencio. Colapso de barragens: aspectos sócio-políticos da ineficiência da gestão dos desastres no Brasil. In: **Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano Costa Gonçalves (orgs.), 2009, p. 176-198.

<sup>354</sup> Valencio, 2009, p. 186.

<sup>355</sup> CEPED, 2010.

<sup>356</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>357</sup> *Ibidem.*

<sup>358</sup> *Ibidem.*

<sup>359</sup> *Ibidem.*

<sup>360</sup> *Ibid.*, p. 118-119.

<sup>361</sup> *Ibid.*, p. 119.

sempre haverá uma interação entre o evento, o desastre e as condições psicológicas prévias e singulares a cada pessoa afetada”.<sup>362</sup>

Eles dão o exemplo de um evento, o “V Defencil”, do qual profissionais de diversas áreas implicados no tema da Defesa Civil participaram e que incluiu um seminário sobre o tema da saúde mental e dos desastres. Neste evento, foi “bastante enfatizado pelos palestrantes que a porcentagem de pessoas que efetivamente apresentam sintomas de acometimento psíquico, após a ocorrência de desastres, estaria em torno de 20%”.<sup>363</sup> Anotam que entre “essas afecções estariam o uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, depressão, insônia, irritabilidade e dificuldades de concentração” e ainda ressaltam que “o dado indica que 80% não expressam estas condições ou sofrimento, o que vem a ser uma informação importante para o dimensionamento do fenômeno”.<sup>364</sup> Acrescentam que os “sentimentos que as pessoas experimentam durante eventos adversos são, muitas vezes, reações normais frente a situações anormais”.<sup>365</sup> Tratando-se de uma atenção da psicologia nas ações da Defesa Civil, e de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde e com a Organização Mundial de Saúde, deve ser enfatizada a complexidade da resposta institucional no campo da saúde mental, e que não “se trata de somente atender as consequências emocionais diretas do evento, como o medo, a ansiedade, a tristeza e a fobia, mas também, outros efeitos indiretos da dinâmica interpessoal e social”.<sup>366</sup>

Em artigo publicado em 2015, em sintonia estreita com as observações do documento do CEPED, encontra-se o trabalho de Noal, Nolasco e Knobloch<sup>367</sup>, cujo propósito é contribuir teoricamente para a atuação do psicólogo em contextos de desastres. Neste artigo, retomam alguns elementos históricos de como o campo dos desastres se desenvolveu no Brasil e, principalmente, baseadas em trabalho de campo realizado por uma das autoras por ocasião do desastre produzido na Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2011, tecem considerações a respeito dos princípios e das diretrizes de intervenção em situações similares. Destaquemos suas observações críticas dirigidas ao conceito de traumatismo, o qual, segundo elas, “aparece como operador fundamental

---

<sup>362</sup> Ibidem.

<sup>363</sup> Ibidem.

<sup>364</sup> Ibidem.

<sup>365</sup> Ibid., p. 123.

<sup>366</sup> Ibid., p. 131.

<sup>367</sup> Ana Weintraub, Débora Noal, Letícia Nolasco e Felícia Knobloch. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 287-297, 2015.

do cenário de cuidado produzido em desastres”.<sup>368</sup> Elas constataam a existência de duas correntes teóricas e de abordagem sobre tal conceito. Por um lado, apontam para uma primeira abordagem cujo direcionamento da intervenção pretende lidar com o trauma “de maneira individual ou em grupo, excluindo, por consequência, a intervenção nos fatores mais sociais e comunitários”.<sup>369</sup> Por outro lado, destacam outras correntes que buscam valorizar justamente os fatores “sociais” e “comunitários”, reservando a noção de “*trauma* para situações mais específicas, dadas sua menor incidência, e também – não menos importante – o risco de ele tornar-se a única forma de reação válida, no nível individual e social, para uma situação de desastre”.<sup>370</sup> Escrevem então que será a partir desta “segunda forma de pensar (valorizando o contexto mais amplo) que se inserem as autoras do presente artigo”<sup>371</sup>, argumentando que a intervenção do psicólogo, no contexto de desastres, deve ser “articulada com outras instâncias, contextualizada e *descolada* da noção de traumatismo como principal operador da clínica”.<sup>372</sup> Ainda apontam que, no cuidado direto com a população afetada, “o psicólogo conta com uma gama extensa de propostas terapêuticas nas mais diversas linhas teóricas e ideológicas, sobretudo a partir do uso e abuso da noção de traumatismo”.<sup>373</sup> E antes de seguirem para a exposição e o aprofundamento do que seriam as abordagens “mais amplas” e “sociais” numa situação de desastre, concluem que a intervenção realizada por elas pretendeu, portanto, “estar de acordo com uma perspectiva crítica a esse respeito, buscando se afastar da perspectiva de sujeito ‘traumatizado’ e restrito a um coletivo de sintomas”.<sup>374</sup>

A rigor, a crítica à ideia de trauma pode ser verificada em outros documentos, inclusive na literatura estrangeira, já presente, a título de exemplo, em manuais como o da OMS publicado em 2002, exemplificado anteriormente. A crítica realizada por esses autores parece ter como objetivo a ampliação da discussão, para tirar o trauma do centro do debate dos desastres e colocá-lo em articulação com outros aspectos presentes nas situações de desastre, geralmente os relativos à dimensão psicossocial, que parecem então assumir um grau de prioridade nestas discussões. Deve ser mencionado que tais críticas acompanham parte da literatura produzida a partir da primeira década do século, principalmente no fim dela, que repercutirá numa mudança terminológica verificável nas

---

<sup>368</sup> Weintraub et al., 2015, p. 290.

<sup>369</sup> Ibid., p. 290.

<sup>370</sup> Ibidem.

<sup>371</sup> Ibidem.

<sup>372</sup> Ibid., p. 287, grifo meu.

<sup>373</sup> Ibid., p. 295.

<sup>374</sup> Ibidem.

próprias diretrizes produzidas por organizações supragovernamentais e por organizações não-governamentais. Nestas publicações, claramente retira-se a ênfase no trauma. Como exemplos, podem ser mencionados o manual da *Inter-agency Standing Committee*<sup>375</sup>, em 2007, bem como as diretrizes publicadas pela Organização Mundial de Saúde, pela *War Trauma Foundation* e *World Vision International*, em 2011. Tais críticas acompanham também uma série de discussões que, ao que tudo indica, já estavam presentes no campo desde a virada do século XXI, como as críticas do psiquiatra Derek Summerfield<sup>376</sup>, que enxergaram no processo de expansão e discussão, em escala internacional do TEPT uma espécie de exportação de uma gramática ocidental do sofrimento, o que seria equivalente a uma segunda colonização dos países mais pobres do mundo em contextos de pós-guerra e outras catástrofes socioambientais. Literatura esta, vale dizer, que chega ao seu ápice na publicação dos trabalhos de autoria dos antropólogos franceses Didier Fassin e Richard Rechtman, sempre citados, onde se coloca em questão a dita razão humanitária das múltiplas agências de socorro internacional – como a dos Médicos sem Fronteiras – as quais estariam, apesar de poder existirem outros motivos, agindo em benefício próprio. A despeito da obra destes autores ser ampla e apresentar discussões importantes e detalhadas sobre o tema, entendemos que muitas leituras destas obras, incluindo aqui algumas das que são publicadas no cenário acadêmico nacional, são superficiais, servindo comumente como uma espécie de ponto de passagem obrigatório para a chamada crítica do trauma. Pode-se dizer que, muitas vezes, tal “citação obrigatória” redundava numa “importação” sem sentido, uma vez que, comumente, é realizada sem o devido cuidado de aprofundar as reflexões desses autores estrangeiros quanto aos limites, alcances e possíveis aplicabilidades, considerando especificamente a realidade brasileira. Não temos pretensão de discutir o caso francês neste trabalho, fonte das discussões acima e das principais críticas às noções de trauma, de traumatismo e de TEPT, bem como ao chamado humanitarismo. É preciso considerar, sobretudo, as especificidades do caso brasileiro, não só as óbvias e profundas desigualdades sociais, mas também as bases epistemológicas (menos mencionadas) da formação do campo clínico no Brasil, em particular as que constituem o próprio campo da assistência em saúde mental pública. É importante apontar que não se dá, diferentemente das publicações no campo

---

<sup>375</sup> Inter-Agency Standing Committee (IASC). **IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings**. Genebra: IASC, 2007.

<sup>376</sup> Para uma discussão sobre a controvérsia que emerge em torno da perspectiva de Summerfield sobre este assunto, remeto o leitor ao tópico 1.6 Mais um debate público sobre o trauma, no presente trabalho.

internacional, somente um *deslocamento* do “trauma” para um campo “mais amplo”. Há, de partida, a crítica às dimensões possivelmente reducionistas conferidas à noção de trauma (biologicista, universalizante e individualista), sem o aprofundamento necessário no que diz respeito ao entendimento teórico e ao manejo clínico daqueles que, efetivamente, desenvolverão condições clínicas “pós-traumáticas” (não apenas as enquadráveis enquanto TEPT) e, o que para nós também implica numa questão a ser problematizada: de que modo a questão do trauma se dá no Brasil, e os limites das reflexões oriundas do hemisfério norte (e ocidental), ou seja, de autores que, por mais interessantes que sejam, precisam ser lidos tendo em vista a relatividade da aplicação de suas críticas à nossa realidade tão singular.

Cabe também notar algumas diferenças no que se refere ao modo em que as ditas críticas ao traumatismo produzido pelos desastres aparecem no Brasil e especialmente aquelas incluídas no supracitado manual da OMS. Apesar do documento da OMS “ampliar” a discussão, não nos parece que o conjunto das reflexões desse manual implica em fazer de maneira secundária a discussão sobre o trauma. O que ocorre pode ser entendido como uma simetrização das diferentes dimensões de problemas que se apresentam no campo dos desastres. Desta maneira, enfatizam-se outros aspectos entendidos como sociais, de caráter preventivo, de mitigação da crise e de identificação dos múltiplos fatores de risco envolvidos, para citar alguns exemplos, mas, de maneira simultânea e, ao que nos parece, com o mesmo grau de importância, reflexões dos próprios autores do manual, bem como a outras publicações dedicadas ao tema, elaborações que nos parecem indicar o interesse em aprofundar as particularidades do diagnóstico do TEPT e do lugar do trauma no contexto dos desastres. Por exemplo, embora haja referência a vários estudos epidemiológicos realizados em situações diversas pós-desastre, que ajudam a desmitificar a percepção de que o trauma ocorre em maior proporção, também há a referência às observações de pesquisadores, como a de Robert Kohn, que enfatizam a importância de estudos epidemiológicos serem realizados considerando as particularidades locais, apontando, portanto, para possíveis problemas de simplesmente importar-se conclusões estatísticas a regiões que apresentam realidades completamente diversas. É neste sentido que se reportam às colocações de Kohn, segundo o qual, ainda que as exceções existam, dado o estado atual das investigações epidemiológicas nos desastres, ainda são poucos os estudos que possuem “amostras grandes e representativas, grupos de comparação, medidas de resultados sistemáticas e confiáveis, análises multivariadas dos efeitos da exposição, inclusão dos fatores de risco

conhecidos e modificações dos transtornos sob estudo”.<sup>377</sup> No Brasil, tais considerações devem ser colocadas em destaque, uma vez que tais estudos epidemiológicos em situações de desastre praticamente inexistem.<sup>378</sup>

Observa-se claramente, ainda neste manual, um rigor relativo ao diagnóstico de TEPT. O que os autores parecem enfatizar é que o TEPT não é a condição mais prevalente entre as manifestações clínicas pós-desastre, e também não é a única, já que se encontram, até em maior proporção, transtornos de ansiedade, depressivos, uso abusivo de álcool, entre outras. Há certamente considerações epidemiológicas, de modo que uma percepção exagerada do TEPT seja ponderada, tendo em vista, principalmente, os achados epidemiológicos e uma conduta centrada no evento crítico, e não nos eventos que poderiam ser considerados a médio e a longo prazo. A ênfase desse manual é dada aos três primeiros meses após o evento crítico, sendo que o período posterior ficará a critério da rede de cuidado locais, entre elas, principalmente, a atenção à saúde mental de caráter psicossocial. Há, aqui, e o que pode ser, por sua vez, também questionado, uma divisão estreita entre o TEPT e estas outras condições, onde as mesmas não são consideradas de forma conceitual e explícita como condições pós-traumáticas, refletindo o que pode ser uma das questões mais problemáticas da própria categoria de TEPT, já que seguem critérios que são encontrados de maneiras variadas nas populações atingidas. Em outros termos, há uma distinção psicopatológica que qualificará os ditos transtornos de ansiedade e depressivos como não sendo derivados do trauma. Ou seja, não há quaisquer menções a respeito destes outros transtornos estarem relacionados de forma direta com o desastre. Claramente, há uma divisão em que cada entidade clínica está plenamente bem separada uma da outra, de modo que no rol “pós-trauma” entraria somente a categoria de TEPT. Fica ainda para ser esclarecida a questão se, de alguma forma, outras síndromes não seriam também manifestações “pós-traumáticas”, não necessariamente compatíveis com os critérios definidos especificamente na categoria de TEPT, de acordo com o DSM-III ou com o CID-10.

---

<sup>377</sup> OMS, 2002, p. 18. A referência indicada no manual é esta: El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Pendiente de publicación. No entanto, acreditamos que a publicação colocada a seguir, embora não contenha a citação original do manual da OMS, refere-se aos estudos originais de Kohn e colaboradores. Cf. Robert Kohn et al. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 18, n. 4/5, p. 287-295, 2005.

<sup>378</sup> Cf. Ana M. Reis e Lucas Carvalho. Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-traumático no contexto de desastres. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. 2, agosto, p. 237-247, 2016.

Vale ainda mencionar a ampla referência à categoria “eventos traumáticos”. A partir da frequente menção às peculiaridades do que seria um quadro de estresse pós-traumático, de maneira abundante, como já dissemos, e do que denominam de “eventos de caráter traumático” pode-se extrair a interpretação de que não há qualquer deslegitimação ou menosprezo da importância do estudo sistemático do trauma. Não há, a rigor, uma episteme específica da psicologia que considere que as reações efetivamente pós-traumáticas deveriam ser descartadas da discussão ou, como veremos mais à frente neste trabalho, como sendo subprodutos de algum tipo de participação subjetiva da própria vítima. Ao contrário, estão presentes considerações que ajudam a entender aquilo que de fato representa uma carga psicopatológica passível de ser encontrada a médio e a longo prazo após um desastre, e o que seria da ordem de um “mito”, como, por exemplo, considerar que todas ou mesmo a maior parte da população desenvolverá necessariamente um quadro compatível com a síndrome do estresse pós-traumático.

No caso brasileiro, diferentemente das críticas presentes nesse manual, parece haver um grau mais acentuado de uma crítica mais ampla, dirigida não apenas ao TEPT, mas à própria concepção de trauma. Como apontamos anteriormente, no documento publicado pelo CEPED, as passagens por nós destacadas são as primeiras de todo o documento em que a questão do trauma é trazida à tona para discussão. Quando o trauma é trazido à tona, não é para dizer o que ele “é”. Trata-se de enfatizar, a partir de diferentes argumentos, uma definição do que ele não é, seja através de argumentos que colocarão num primeiro plano uma relativa menor proporção de prevalência, seja para enfatizar que as reações sempre são de ordem particular daqueles vitimados. É digna de nota a ênfase na questão da singularidade e, junto com isso, nas disposições prévias ao desastre. Uma vez que a questão é posta na singularidade e na constituição prévia, isto implica que o peso não é colocado no evento, na intensidade do evento em si. Pode-se derivar que a concepção de trauma aqui não é de algo objetivo ou passível de ser mensurado a partir do evento. Pelo contrário, o trauma é entendido, no final das contas, como algo singular de cada um. Como veremos na última parte desta tese, isto poderá ser facilmente interpretado de inúmeras maneiras pelos “agentes da ponta”, quando, por exemplo, a condição de sofrimento é imputada ao indivíduo atingido pelo desastre e desconsidera-se a importância do fator externo traumático, uma vez que, se o acidente redundou em sofrimento, isto derivaria de sua constituição interior (própria do sujeito) anterior.

O trauma é trazido à tona nestes textos, exemplificado aqui pelo manual do CEPED, para dizer que se trata de um evento singular, portanto não generalizável, e que

sua prevalência é de “apenas” 20% numa população atingida, ou seja, que não se trata da “maioria” ou de “todas as pessoas”. Embora o texto não faça referência, está implícita a crítica ao “senso comum do trauma”, que o consideraria algo passível de ocorrer de maneira imediata ante situações como a dos desastres. Ainda é preciso observar a ausência de qualquer explicitação mais aprofundada no que diz respeito ao modo de identificar situações mais agravadas, ao modo de acompanhar tais situações no desenvolvimento do tempo, e ao manejo clínico propriamente dito destes casos. Ora, se a ênfase é posta no fato de ser algo singular, de que existe uma distinção entre o evento e a reação de “cada um a ele”, de que a “incidência é relativamente pequena”, de que as reações de medo e de intensa angústia” são “esperadas e naturais”, o conjunto destas afirmações poderá redundar em deslegitimação e em invisibilização de quaisquer manifestações derivadas diretamente dessas situações. Acrescento a estas duas consequências, a estigmatização daquelas pessoas que identificarão suas próprias situações como pós-traumáticas (já que elas supostamente “já teriam algo antes”) e na responsabilização por sua condição, uma vez que, tratando-se de algo que “não é para todos” e é de “cada um”, facilmente isto poderá ser traduzido – como vimos em diversas situações etnográficas, abordadas mais à frente – como algo da ordem da “participação subjetiva” do sujeito diante de tais situações. Em particular, uma vez que a clínica de orientação lacaniana é a abordagem hegemônica na rede pública de saúde mental, tais situações pós-traumáticas, na prática, “inexistirão” no que diz respeito à percepção dos profissionais e em relação aos dados epidemiológicos que indicariam o grau de impacto que eventos de desastres produzem na subjetividade da população afetada. Tratando-se de um outro quadro possível, por sua vez, tais dados epidemiológicos poderiam ser comparados às referências epidemiológicas retiradas de estudos realizados em contextos internacionais, já que no Brasil carecem de estudos sistematizados neste sentido.

Em relação aos posicionamentos de Noal, Nolasco e Knobloch sobre o trauma, fica claro que as autoras o entendem como um conceito individualizante e que “excluiria” o social. Para elas, abordar o trauma implicaria necessariamente em remeter ao indivíduo e não ao entorno. Acreditamos que tal visão do conceito de trauma é simplificadora e reducionista. Não há oposição necessária entre indivíduo e social. Deve-se chegar ao individual partindo das consequências traumáticas sobre ele. Abordar o trauma poderia remeter, sim, à experiência sentida em primeira pessoa diante do acontecido, mas de maneira alguma está implícita aqui a exclusão das ditas “dimensões” sociais ou “socialmente construídas”. Além disso, abordar o impacto sobre o indivíduo não implica



em excluir o social nem a dimensão da singularidade, muito pelo contrário. Excluir o trauma utilizando-se do argumento de que tal visão seria tanto individualizante como patologizante do sofrimento considerado “normal” diante da situação catastrófica, poderia ser, isto sim, equivalente à exclusão do sujeito, à exclusão dos efeitos psíquicos, biológicos, gerados pelo “social”, isto é, pelos efeitos ambientais imediatos gerados. Quanto à chamada falta de “proteção”, numa perspectiva pragmática<sup>379</sup>, ela deve ser trazida a esta discussão, uma vez que, qualquer perspectiva reducionista, seja o reducionismo psiquiátrico, biológico, psicológico, e mesmo o do social, dificultaria a compreensão dos diferentes ângulos que este problema difícil apresenta. Dessa forma, parece que, para considerar o social e os chamados determinantes sociais da doença, seja necessário deslegitimar a dimensão psicopatológica da doença.

A despeito dos pontos positivos da abordagem psicossocial aos desastres, no que se refere aos aspectos de mitigação, prevenção, articulação intersetorial, etc., um dos efeitos mais importantes gerados, na nossa visão, pela exclusão e/ou negação - de antemão - do trauma, é faltarem estudos sistemáticos que aprofundem a discussão do tema, particularmente dos pontos de vista epidemiológico e clínico, no Brasil. Está claro que, uma vez que se privilegie o período mais imediato ao evento do desastre, tem-se como um dos efeitos o não acompanhamento daqueles que efetivamente se tornarão vítimas num tempo relativamente mais tardio. Se é notória a fragilidade no que se refere aos sistemas de vigilância e de notificação no cenário nacional, compromete-se de maneira fundamental a compreensão sobre o quanto tais desastres impactam a saúde (em particular, a saúde psíquica) da população. Além disso, reforça-se o mito de que o trauma no Brasil se encontra num estatuto legitimado. Em outros termos: uma vez que a discussão sobre o trauma é cortada de início, ou seja, não é “mais uma” adicionada ao arcabouço de preocupações teórico-práticas do campo dos desastres, reforça-se uma mitologia acerca do trauma no Brasil, já que orientada por discussões, por vezes estereotipadas por nós, na literatura nacional, frequentemente sem quaisquer relações concretas com o que se apresenta em nosso País. Se o trauma é negado, de antemão, isto implica também em um campo de práticas psicológicas baseadas na ideia de que há uma “ampla aceitação” do trauma, na atualidade, o que não corresponde ao caso brasileiro. Além disso, dada a multiplicidade de versões dentro das tradições clínicas e psicopatológicas em psicologia sobre o trauma, ao negá-lo, deixa-se de demarcar, justamente, as diferenças entre as

---

<sup>379</sup> Para um aprofundamento da discussão sobre uma perspectiva pragmática do trauma, cf. mais à frente, o final da seção 2.1.3 Migração e refúgio.

teorias, as nuances, os alcances, os prós e os contras de cada uma delas, como cada uma das visões poderia enriquecer, por exemplo, a outra. A título de exemplo, pode-se mencionar a absoluta diferença – em variados aspectos – entre uma abordagem clínica winnicottiana e uma abordagem lacanianiana do trauma. Assim sendo, quando se *exclui* a discussão, deixa-se de privilegiar *também* as nuances necessárias ao cuidado clínico daqueles que efetivamente se encontram num estado agudo do sofrimento derivado diretamente do desastre.

### 2.1.3 Migração e refúgio

Neste subtópico, interessa-nos o modo como tem sido produzido um conjunto de saberes e procedimentos relacionados aos chamados deslocamentos migratórios, particularmente como o conceito de trauma se inscreve neste campo e se articula com variadas práticas políticas e jurisdições relacionadas ao fenômeno recente das migrações. É verdade que os deslocamentos (voluntários ou forçados) de contingentes populacionais humanos são fenômenos tão antigos quanto a própria história humana<sup>380</sup>, no entanto, é sobre a sua história recente que se dá o nosso foco de interesse. Vale observar a estreita relação entre a extensa produção acadêmica produzida sobre o tema da migração e os sucessivos eventos bélicos ocorridos nas últimas décadas, em particular imediatamente após o fim da Segunda Guerra Mundial, a partir do qual foi gerado o maior número de refugiados da história.<sup>381</sup> Dois grandes grupos podem ser divididos, grosso modo.<sup>382</sup> Primeiramente, o grupo dos judeus, que já haviam sido deportados para além do território alemão, despojados de todos os bens e de sua própria nacionalidade, tornando-se apátridas. O segundo, um grupo composto não só de judeus, mas por grupos humanos que deixaram voluntariamente seus países de origem, uma vez que eram perseguidos e não contavam com a proteção dos Estados. Neste quadro, tendo em vista o surgimento do Estado de Israel na Palestina, por imposição da ONU, acrescenta-se a fuga ou expulsão (a chamada Nakba, ou “desastre” em árabe) de pelo menos 711 mil árabes que ali

---

<sup>380</sup> David Ingleby. Editor's introduction. In: David Ingleby (ed.). **Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons**. Utrecht: Utrecht University, 2004, p. 1-27.

<sup>381</sup> A partir da Segunda Guerra Mundial um fluxo de 40,5 milhões de refugiados foi produzido. Em termos comparativos, na Primeira Guerra, o fluxo total foi contabilizado entre 4 e 5 milhões, enquanto no processo de descolonização da Índia, o total foi de 15 milhões e na Guerra da Coreia, o deslocamento interno contabilizou cerca de 5 milhões de pessoas. Sobre este tema, cf., por exemplo, Eric Hobsbawm. **Era dos Extremos: o breve século XX [1914-1991]**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

<sup>382</sup> Liliana Jubilut. **O Direito Internacional dos refugiados e sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Editora Método, 2007, p. 26.

habitavam e que passaram a ser tratados como indesejáveis e banidos das suas próprias terras. É importante observar que, antes mesmo da entrada nos anos 1950, em face da catástrofe humanitária recém-ocorrida, houve esforços no sentido de estabelecer um campo de acordos e normas jurídicas supragovernamentais. Assim, a despeito da divisão do mundo entre os dois sistemas (campos socialista e capitalista), que logo se estabilizará, um número crescente de Estados passou a firmar acordos, a partir de organizações como a própria ONU, fundada em 1945, e uma série de entidades originadas dela, entre as quais, no caso dos refugiados, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), estabelecido em 1950.<sup>383</sup> É importante ressaltar que, a despeito destes acordos no âmbito das relações internacionais (alguns dos quais serão abordados a seguir), parcela importante da humanidade, no período da chamada Guerra Fria, não experimentou a paz, em decorrência das sucessivas guerras travadas, fundamentalmente pelo fim do colonialismo, que resultaram nos processos de descolonização de vários Estados na África e na Ásia, e o estabelecimento de novos Estados independentes, nos quais surgiu um contingente adicional de refugiados originado de guerras civis motivadas por turbulentos processos políticos, militares e ideológicos, causados por ação direta ou indireta dos antigos impérios exploradores, competindo entre si para redividir aquelas áreas e explorá-las por outros meios.

Assim, embora o ACNUR originalmente trouxesse no seu instrumento constitutivo a previsão de uma data para seu término, acabou por manter suas atividades de responsabilidade de proteção internacional dos refugiados até os dias atuais, diante dos conflitos e catástrofes sociopolíticas diversas, que jamais cessaram, e de impor ações e respostas. O estabelecimento deste organismo, em especial, inaugurou uma fase nova no que diz respeito à proteção internacional dos refugiados, que pode ser verificada, em termos documentais, pela positivação internacional das fontes do chamado Direito Internacional dos Refugiados, inicialmente com a *Convenção de 1951* e com o *Protocolo de 1967*<sup>384</sup>, ambos relativos ao *Estatuto dos Refugiados*. Cabe ressaltar que foram resultado de uma longa construção doutrinária do Direito, que culminou, na esfera internacional em seu âmbito universal, em assegurar o chamado *status* de refugiado,

---

<sup>383</sup> O ACNUR foi estabelecido por meio de resoluções estabelecidas entre os anos de 1949 e 1950, em particular as Resoluções 310 (V), de 3 de dezembro de 1949, e 428 (V), de 14 de dezembro de 1950, aprovadas na Assembleia Geral da ONU, em reunião plenária na ONU. Cf. Jubilit, 2007, p. 26, nota 13.

<sup>384</sup> Ambos os documentos foram consultados na seção de anexos de ACNUR (s/d). **Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado:** de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 Relativos ao Estatuto dos Refugiados. 2014; respectivamente, os anexos II e III, deste manual.

reconhecido a qualquer pessoa que sofra perseguição em seu Estado de origem e/ou residência habitual, por força de sua raça, nacionalidade, religião, opinião política ou pertencimento a determinado grupo social, diferindo, portanto, do asilo, este delimitado ao caso restrito de perseguição política. Desde os anos imediatamente posteriores ao fim da II Guerra e chegando ao momento atual, uma série importante de documentos foram publicados e continuamente reelaborados em variados campos do Direito Internacional.<sup>385</sup> Isto pode ser entendido no sentido do que, entre outros, Liliana Jubilut propõe. Ela observa que, sendo o campo de problemas dos refugiados eminentemente multidisciplinar e polifacetado, seu estudo passou a exigir o entendimento de áreas como a do "Direito Internacional Público e do Direito Internacional dos Direitos Humanos, bem como análises dos demais aspectos que envolvem a ordem internacional (políticos, econômicos, sociais e humanitários)".<sup>386</sup> Poderíamos acrescentar a estes desenvolvimentos, os contínuos esforços teóricos e técnicos produzidos no campo da saúde, particularmente os referentes a áreas da saúde mental, como a psiquiatria e a psicologia. Assim, destacam-se os aparatos jurídicos cada vez mais refinados, que tiveram como impulso o movimento de tais contingentes populacionais dirigidos de maneira clara ao hemisfério norte-ocidental dominante, e também toda a gama de conhecimentos técnicos ligados à saúde mental, que também passaram a ser produzidos de modo a gerenciar e responder aos efeitos coletivos e individuais, entendidos sempre como de ordem urgente e necessária, problemas que passaram a pertencer também aos países do chamado primeiro mundo.<sup>387</sup>

Para os fins da presente discussão, cabe destacar alguns pontos relativos aos dois documentos supracitados e às diretrizes que posteriormente foram adicionadas com fins de atualização. Em primeiro lugar, no que se refere à *Convenção de 1951 Relativa ao*

---

<sup>385</sup> Além da Convenção de 1951 Relativa ao Estatuto dos Refugiados e do Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto dos Refugiados, citamos como exemplo, em ordem cronológica, seguindo o trabalho de Jubilut (2007), as seguintes normas internacionais de proteção neste campo: Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948), Convenção sobre Asilo Territorial (1967), Declaração sobre Asilo Territorial (1967), Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), Convenção Americana de Direitos Humanos (1978) e o artigo 23 da Declaração e Programa de Ação de Viena (1993), entre outros. Tais normas têm em vista a elaboração e a ampliação da proteção aos solicitantes de proteção internacional. Referimos o leitor ao trabalho supracitado de Jubilut (2007), para maiores detalhamentos.

<sup>386</sup> Jubilut, 2007, p. 31.

<sup>387</sup> Michel Agier abordou este movimento duplo das principais potências imperialistas. Diz ele que existe, por um lado, a "mão que fere". Por outro, a "mão que socorre". Neste trabalho, aborda uma série de exemplos recentes, como a recente invasão norte-americana do Afeganistão, em 2001, e a do Iraque, em 2003, demonstrando a vinculação estreita entre a guerra e os programas de ajuda humanitária. Cf. Michel Agier. Refugiados diante da Nova Ordem Mundial. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 18, n. 2, p. 197-215, 2006.

*Estatuto dos Refugiados*<sup>388</sup>, lemos no Capítulo 1 – Disposições Gerais, Artigo 1º, A, que para “os fins da presente Convenção, o termo ‘refugiado’ se aplicará a qualquer pessoa:

1) Que foi considerada refugiada nos termos dos Ajustes de 12 de maio de 1926 e de 30 de junho de 1928, ou das Convenções de 28 de outubro de 1933 e de 10 de fevereiro de 1938 e do Protocolo de 14 de setembro de 1939, ou ainda da Constituição da Organização Internacional dos Refugiados. As decisões de inabilitação tomadas pela Organização Internacional dos Refugiados durante o período do seu mandato não constituem obstáculo a que a qualidade de refugiados seja reconhecida a pessoas que preenham as condições previstas no §2º da presente seção.<sup>389</sup>

Destacamos, entretanto, o que está disposto no parágrafo segundo, a seguir:

2) Que, em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e *temendo* ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse *temor*, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido *temor*, não quer voltar a ele.

No caso de uma pessoa que tem mais de uma nacionalidade, a expressão ‘do país de sua nacionalidade’ se refere a cada um dos países dos quais ela é nacional. Uma pessoa que, sem razão válida fundada sobre um *temor* justificado não se houver valido da proteção de um dos países de que é nacional, não será considerada privada da proteção do país de sua nacionalidade.<sup>390</sup>

Antes de nos determos sobre passagens específicas dos trechos acima, cabe apenas indicar que as principais mudanças entre a *Convenção de 1951* e o *Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto dos Refugiados*<sup>391</sup>, constatadas logo no início deste último documento, dizem respeito à ampliação da abrangência no que se refere ao estatuto dos solicitantes de refúgio.<sup>392</sup>

<sup>388</sup> Primeiramente adotada em 28 de julho de 1951 pela Conferência das Nações Unidas de Plenipotenciários sobre o Estatuto dos Refugiados e Apátridas, convocada pela Resolução n. 429 (V) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1 de dezembro de 1950. Cabe acrescentar que a mesma só entrou em vigor em 22 de abril de 1954, de acordo com o artigo 43, Série Tratados da ONU, nº 2545, v. 189, o, 137; cf. ACNUR (s/d), p. 48.

<sup>389</sup> ACNUR (s/d), p. 49.

<sup>390</sup> *Ibidem*, grifos meus.

<sup>391</sup> Convocado pela Resolução 1186 (XLI) de 18 de novembro de 1966 do Conselho Econômico e Social (ECOSOC) e pela Resolução 2198 (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1966. Foi assinado em Nova York em 31 de janeiro de 1967 e entrou em vigor a partir de 4 de outubro de 1967, de acordo com o artigo 8. Cf. Série Tratados da ONU, nº 8791, v. 606, p. 267, referência citada, por sua vez, no *Manual* (ACNUR, s/d, p. 63).

<sup>392</sup> Conforme podemos ler na seguinte passagem: “Considerando que a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, assinada em Genebra, em 28 de julho de 1951 (...) só se aplica às pessoas que se tornaram refugiados em decorrência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951”, [e que] “desde que a Convenção foi adotada, surgiram novas categorias de refugiados e que os refugiados em causa podem não cair no âmbito da Convenção (...), [além disso, é] “desejável que todos os refugiados abrangidos na definição da Convenção, independentemente do prazo de 1 de Janeiro de 1951, possam gozar de igual estatuto” (ACNUR, s/d, p. 63).

A rigor, conforme a *interpretação dos termos* contida no *Manual de Procedimentos e Critérios para a Determinação da Condição de Refugiado*<sup>393</sup>, a palavra “acontecimentos” não é definida na *Convenção de 1951*, embora deva ser entendida como significando “acontecimentos relevantes envolvendo mudanças territoriais ou profundas alterações políticas, bem como perseguições sistemáticas resultantes de mudanças anteriores”.<sup>394</sup> Quanto à data limite observada – reformulada posteriormente no *Protocolo* -, refere-se aos “acontecimentos” após os quais uma pessoa se tornou refugiado, não sendo, portanto, a data que a mesma foi reconhecida enquanto refugiado, nem mesmo a data em que deixou seu país de origem. Assim, de acordo com a interpretação do *Manual* sobre este trecho, entende-se que um “refugiado por ter deixado o seu país antes ou depois da data limite, desde que o seu temor de perseguição resulte de ‘acontecimentos’ ocorridos antes da data limite ou de consequências de tais acontecimentos”.

O que deve ser privilegiado aqui são as observações mais detidas deste *Manual* em relação ao aspecto denominado “temor” ao qual a *Convenção* se refere quatro vezes no segundo parágrafo. Trata-se, conforme seguimos a *interpretação dos termos*, de um “elemento chave da definição, refletindo o ponto de vista dos autores da declaração em relação aos elementos constitutivos do conceito de refugiado”.<sup>395</sup> Com a palavra “temor”, o método anterior foi substituído, o que dizia respeito a uma definição de refugiado a partir de categorias, ou seja, a pessoas de uma certa origem que não gozavam da proteção de seu país. Ou seja, tratando-se de conceito subjetivo, a definição de então passa a contemplar um elemento subjetivo que deve ser considerado a partir da pessoa solicitante de refúgio. Em outros termos, uma vez que “a determinação da condição de refugiado fundamentar-se-á, principalmente, não em um julgamento da situação objetiva do país de origem do solicitante, mas na avaliação das declarações por ele prestadas”.<sup>396</sup>

Ao elemento “temor” – considerado pelo *Manual* um estado de espírito e uma condição subjetiva – é acrescido o termo “fundado”. Uma das implicações da expressão “bem fundado temor” passa a ser, portanto, que não “basta averiguar apenas o estado de espírito do solicitante para que seja reconhecida a condição de refugiado”<sup>397</sup>, ou seja, é preciso que este estado de espírito seja verificado a partir de situações objetivas. É neste sentido que deve ser entendido que a expressão “fundado temor” apresenta um elemento

---

<sup>393</sup> Ibid., p. 12. Cf. a seção “B. Interpretação dos termos” deste manual.

<sup>394</sup> A referência desta citação, de acordo com o Manual, é “Documento ONU/E1618, p. 39”.

<sup>395</sup> Ibid., p. 12.

<sup>396</sup> Ibidem.

<sup>397</sup> ACNUR (s/d), p. 12.

subjetivo acrescido de um objetivo, de modo que para determinar se esse “receio” (termo utilizado pelo *Manual*) fundado existe, ambos os elementos deverão ser levados em consideração conjuntamente. Resume-se, a seguir, o argumento:

É razoável supor que, a menos que seja pelo gosto da aventura ou para conhecer o mundo, normalmente ninguém abandona a sua casa e o seu país sem ser compelido por alguma razão imperiosa. Poderá haver muitas razões que sejam imperiosas e compreensíveis, mas apenas uma poderá servir de fundamento para a determinação da condição de refugiado. A expressão ‘fundado temor de perseguição’ – pelos motivos referidos – ao indicar uma razão específica torna automaticamente todas as outras razões motivadoras da fuga irrelevantes para a definição.<sup>398</sup>

Acrescenta-se a estas considerações, que não devem ser abrangidos aqui os casos de vítimas de fome ou de desastres naturais, a menos que *também* possuam um fundado temor de perseguição por um dos motivos referidos no artigo 1(A) da *Convenção*. Além disto, deve ser considerado que uma avaliação do “*elemento subjetivo* é inseparável da personalidade do requerente, já que as reações psicológicas dos diferentes indivíduos podem não ser as mesmas em condições idênticas”.<sup>399</sup> Dão o exemplo, neste sentido, de pessoas que podem ter convicções políticas ou religiosas tão fortes que, “se viessem a delas abdicar, suas vidas se tornariam intoleráveis”, de acordo com o *Manual*. Adicionam exemplos diferentes destes, como o caso em que as pessoas podem não possuir convicções tão marcantes, além do caso de pessoas que podem “tomar uma decisão impulsiva para fugir”, enquanto outras planejam “cuidadosamente a sua partida”.<sup>400</sup>

Jubilut observa as dificuldades em torno da palavra “temor”, em particular das dificuldades de estabelecer qual o grau necessário de medo que um indivíduo deveria possuir para deixar o Estado em que se encontrava anteriormente e solicitar, então, proteção internacional. A autora refere-se ao “temor subjetivo”, que poderia ser considerado “de cada indivíduo” e, portanto, poderia variar consideravelmente de uma pessoa para outra, impossibilitando a aplicação homogênea do instituto de refúgio.<sup>401</sup> Teria sido, então, diante desta impossibilidade de tratamento equitativo a todos os solicitantes, que se passou a utilizar o “temor objetivo” como meio de verificação da condição de refugiado. Além disso, adotou-se a posição de que o temor subjetivo deveria ser presumido, ou seja, aceito, de antemão. Os solicitantes gozariam dele *a priori*,

---

<sup>398</sup> Ibid., p. 12.

<sup>399</sup> Ibid., p. 13.

<sup>400</sup> Ibid., p. 13. Uma série de outros elementos contidos neste *Manual* seriam interessantes de ser considerados aqui, mas vamos seguir adiante, com o intuito de averiguar de que modo tais questões são levantadas em documentos publicados posteriores.

<sup>401</sup> Jubilut, 2007, p. 47.

bastando terem solicitado refúgio. Então, se deveria proceder à verificação das condições objetivas do Estado do qual proviria o solicitante em relação a ele, para se chegar à conclusão de que tal “temor” seria “bem fundado”. Cabe acrescentar também as observações que a autora faz sobre outras formas de averiguação da “fundamentação” do medo. Ela destaca que, para que o temor bem fundado seja asseverado, são requisitadas entrevistas individuais com cada solicitante, de maneira que, tanto o entrevistador quanto o solicitante, tornar-se-iam responsáveis por “estabelecer as evidências de que há razões para o temor”.<sup>402</sup> Não é de espantar a incrível e notável influência que os desenvolvimentos no campo *psi* (sejam as contribuições da psiquiatria, sejam as da psicologia) passarão a repercutir, nas décadas seguintes a estes primeiros documentos, na esfera jurídica dos refugiados. A rigor, conforme veremos, constata-se que mudanças importantes nos documentos jurídicos serão produzidas paralelamente às transformações profundas no campo psicológico. Tratando-se, especificamente, de termos de caráter evidentemente subjetivo, como o “temor” – ainda que fundado – é natural e esperado que as transformações nos campos *psi* impactariam, em maior ou menor medida, o campo dos refugiados, especialmente no que diz respeito à sua jurisprudência.

Um exemplo desta transformação encontra-se nas *Diretrizes sobre Proteção Internacional n.01 – Perseguição baseada no Gênero, no contexto do Artigo 1A(2) da Convenção de 1951 e/ou Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados*, documento primeiramente publicado em 2002. Tais diretrizes tiveram o intuito de, em primeiro lugar, complementar o supracitado *Manual* da ACNUR, primeiramente publicado em 1992, em Genebra, bem como substituir a *Nota sobre a Posição do ACNUR em relação à Perseguição baseada no gênero* (publicada também em Genebra, em 2000). Trata-se de um documento resultante do trabalho do Segundo Grupo de Consultas Globais sobre a Proteção Internacional, que analisou este tema em reunião de especialistas na Itália, em setembro de 2001. Como o próprio documento indica, pretende-se oferecer, em tais *Diretrizes*, uma orientação legal de interpretação para os governos, profissionais do Direito, tomadores de decisão e o judiciário, assim como para os funcionários do próprio ACNUR envolvidos com a determinação da condição de refugiados.

---

<sup>402</sup> Jubilit, 2007, p. 47-48.



Nas *Diretrizes n.01* consta que “não existe um significado jurídico próprio do termo ‘perseguição baseada no gênero’”.<sup>403</sup> Esta expressão costuma ser utilizada para se referir a uma série de diferentes solicitações nas quais o gênero é um fato importante na interpretação da definição de refugiado de acordo com o Artigo 1A(2) da *Convenção*. É, portanto, a partir de uma perspectiva de gênero que são propostas algumas práticas de caráter procedimental destinadas a assegurar que as solicitações de mulheres sejam analisadas de forma adequada nos procedimentos de determinação da condição de refugiado, além de serem reconhecidas (no que se refere ao gênero) enquanto tal. Quanto ao mérito da introdução do gênero na jurisdição do refúgio, afirma-se que, historicamente, a definição de refugiado tem sido interpretada num contexto de experiências masculinas, de modo que isto levou ao não reconhecimento de muitas solicitações de mulheres e de homossexuais. Por outro lado, nos anos 90, a análise e a compreensão do sexo e do gênero, no contexto do refúgio, avançou de forma considerável na jurisprudência. Ainda que não haja menção ao gênero na definição de refugiado, é amplamente reconhecido que o gênero pode influenciar, ou determinar, o tipo de perseguição ou violência sofrida e as razões para esse tratamento. Logo, a definição de refugiado, para que seja interpretada de maneira adequada, deve abranger solicitações que abranjam esta categoria.

As presentes *Diretrizes* são formuladas diante de uma série de orientações fornecidas por vários Estados e outros atores, incluindo uma série de documentos e desenvolvimentos teóricos, além de diretrizes desenvolvidas ao longo dos anos 1990 até o ano de 2001.<sup>404</sup> Em termos de compreensão histórica, cabe observar o corpo relativamente extenso de produções (estudos diversos e diretrizes governamentais), a maior parte publicadas na última década do século XX. Tendo em vista tais definições preliminares, acima mencionadas, cabe destacar a introdução de um termo que até então não havia sido inscrito no rol das questões em torno do refúgio. Contida na seção III relativa às *questões procedimentais*, lê-se o seguinte: “Pessoas que apresentam solicitações de refúgio baseadas no gênero, e especialmente os sobreviventes de tortura e traumas, requerem um ambiente de apoio onde eles tenham absoluta certeza da confidencialidade da sua solicitação”.<sup>405</sup> Além disso: “Por conta da vergonha que eles

---

<sup>403</sup> *Diretrizes I*, p. 80. Indicaremos tal como consta nesta nota, a partir deste ponto. Cabe lembrar que tanto os documentos *Convenção de 1951, Protocolo de 1967*, bem como todas às *Diretrizes*, além da *n.01*, estão disponíveis enquanto fontes jurídicas no *Manual* da ACNUR.

<sup>404</sup> Para uma descrição completa de uma lista relativamente extensa de documentos, estudos e diretrizes que dizem respeito a este tópico, indico ao leitor a nota 20, desta seção do *Manual*.

<sup>405</sup> *Diretrizes n.01*, p. 88.

sentem do que lhes aconteceu, ou em razão do trauma vivido, alguns solicitantes podem ficar relutantes em expor a verdadeira extensão da perseguição sofrida ou temida”.<sup>406</sup> Por fim: “Eles podem continuar a temer pessoas em posições de autoridade, ou podem temer rejeição e/ou represálias por parte da sua família e/ou comunidade”.<sup>407</sup> Ainda relativamente às questões de cunho procedimental, as *Diretrizes* fazem menção à conduta particular do entrevistador do solicitante de refúgio, que “deve tomar todo o tempo necessário para apresentar ele mesmo, e o intérprete, explicar claramente os papéis de cada um deles e o exato objetivo da entrevista”.<sup>408</sup> Além disto, afirma ser necessário “assegurar ao solicitante que o seu caso será tratado com absoluta confidencialidade, e que as informações por ele oferecidas não serão reveladas para nenhum membro da sua família”.<sup>409</sup> Por fim, destacam: “Mais importante ainda, o entrevistador deve explicar que ele não tem o papel de servir como terapeuta para traumas”.<sup>410</sup> E complementa-se: “Especialmente no caso de vítimas de violência sexual ou outras espécies de traumas, pode ser preciso realizar uma segunda ou várias outras entrevistas, a fim de estabelecer uma relação de confiança e obter todas as informações necessárias”.<sup>411</sup> Por fim, é colocado que “os entrevistadores devem ser sensíveis ao trauma e emoções dos solicitantes e parar a entrevista, quando o solicitante estiver emocionalmente abalado”.<sup>412</sup> Deve-se atentar também para o fato de que o “tipo e nível de emoção demonstrada durante a narrativa das suas experiências não deve afetar a credibilidade de uma mulher”.<sup>413</sup> Assim, tanto entrevistadores como tomadores de decisão “devem entender que diferenças culturais e traumas têm papel de influência importante e bastante complexo sobre o comportamento”.<sup>414</sup> É neste sentido que, em “alguns casos, pode ser apropriado buscar uma prova psicológica ou médica mais objetiva”.<sup>415</sup> Não é necessário, no entanto, obter os “detalhes exatos do ato de estupro ou violência sexual em si, mas dos eventos que

---

<sup>406</sup> Ibidem.

<sup>407</sup> *Diretrizes n.01*, p. 88. O *Manual* remete o leitor, neste trecho, a duas obras, que são um índice muito próprio deste momento, a saber, a introdução do campo da violência (e do trauma) em diferentes áreas, entre elas, principalmente, a da saúde. As obras indicadas são as que seguem: Violência sexual contra refugiados: diretrizes sobre prevenção e resposta (ACNUR, Genebra, 1995); e Prevenção e resposta a violência sexual e de gênero em situações de refugiados (Relatório das lições aprendidas pelos procedimentos da Conferência de Intergências, 27-29 de março de 2001, Genebra).

<sup>408</sup> *Diretrizes n.01*, p. 88-89.

<sup>409</sup> Ibid., p. 89.

<sup>410</sup> Ibidem.

<sup>411</sup> Ibidem.

<sup>412</sup> Ibidem.

<sup>413</sup> Ibidem.

<sup>414</sup> Ibidem.

<sup>415</sup> Ibidem.

levaram à agressão. Além disso, após o ato, tanto as circunstâncias como os detalhes do contexto, destacando aqui, como exemplo, armas utilizadas, “quaisquer palavras ou frases ditas pelos agressores, o tipo de agressão, quando e como isso ocorreu, detalhes sobre o perfil dos agressores (soldados, civis, etc.), bem como a motivação do agressor”.<sup>416</sup>

Como vemos, trata-se do vocabulário do trauma, enquanto elemento emergente nas descrições atualizadas de organizações supragovernamentais de proteção ao refugiado, como a ACNUR. Neste sentido, é preciso observar que não se trata de algo pontual, mas generalizado, de modo que é justamente o trauma que passa a estar presente não somente nas *Diretrizes* supramencionadas, mas também, e de maneira ostensiva, em uma série de outras documentações, as quais referenciamos aqui: *Diretrizes sobre Proteção Internacional – Cessação da Condição de Refugiado nos termos do Artigo 1C(5) e (6) da Convenção de 1951 relativa ao Estatuto dos Refugiados (as Cláusulas de “Cessão das Circunstâncias”)*, publicadas em fevereiro 2003; *Diretrizes sobre Proteção Internacional n.04 – “Fuga Interna ou Alternativa do Deslocamento” no contexto do Artigo 1A(2) da Convenção de 1951 e/ou do Protocolo de 1967 sobre o Estatuto dos Refugiados*, publicadas em julho de 2003; *Diretrizes sobre Proteção Internacional n.07 – A Aplicação do Artigo 1A(2) da Convenção de 1951 e/ou do Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados para vítimas de tráfico e pessoas em risco de serem traficadas*, publicadas em abril de 2006; *Diretrizes sobre Proteção Internacional n.08 – Solicitações de Refúgio apresentadas por crianças nos termos dos artigos 1A(2) e 1F da Convenção de 1951 e/ou Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados*, publicadas em dezembro de 2009; por fim, *Diretrizes sobre Proteção Internacional n.09 – Solicitações de Refúgio baseadas na Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero no contexto do Artigo 1A(2) da Convenção de 1951 e/ou Protocolo de 1967 relativo ao Estatuto dos Refugiados*, publicadas em dezembro de 2009.

A introdução desta terminologia consolida a percepção de que uma transição terminológica em direção ao trauma impactou de forma central *também* este campo dos refugiados, além de tantos outros, como estamos discutindo neste trabalho. A transição em direção ao trauma também pode ser verificada neste campo, partindo do paradigma do “medo” ou do “temor bem fundamentado”, da metade do século XX, em direção ao paradigma do trauma, no final deste século em diante. Em sintonia com esta percepção,

---

<sup>416</sup> Ibidem.

encontramos autores<sup>417</sup>, que apontam para tal mudança terminológica no campo. David Ingleby<sup>418</sup>, por exemplo, aponta que, no período que “antecedeu ao dramático aumento de refugiados, durante os anos 1980, o conceito de ajuda humanitária era restrito às necessidades mais básicas: comida, água, abrigo e cuidado médico básico”.<sup>419</sup> Até esse momento, eram essas as prioridades dos programas de ajuda organizados pelas organizações não-governamentais junto aos deslocados e aos refugiados, programas realizados nos países ao redor de uma zona de conflito. Tais prioridades continuaram valendo nesses programas, independentemente do contexto, uma vez que é universalmente reconhecido que necessidades materiais de ordem mais básica precisam sempre ser priorizadas, antes que “quaisquer problemas psicológicos ou sociais possam ser enfrentados”.<sup>420</sup> Ingleby acrescenta que, no caso dos refugiados que buscavam refúgios nos países ocidentais, a ajuda psicológica em geral cada vez mais passou a estar disponível, ou seja, uma vez que fossem admitidos num determinado país, poderiam fazer uso de serviços de saúde mental.<sup>421</sup> Aponta, no entanto, que foi somente a partir dos anos 1980 que ocorreu um “aumento dramático na atenção dada aos problemas psicológicos dos refugiados, acompanhado pelo crescimento em seus números”.<sup>422</sup> Interessado no aspecto quantitativo deste crescimento, em especial no que se refere aos estudos biomédicos, o autor verificou que na base de dados MEDLINE esteve presente um interesse pequeno, mas estável, sobre o tema dos refugiados, entre 1968 e 1977, que cresceu, então, dramaticamente até 1995, caindo apenas um pouco após essa data. Como contraponto, verificou a literatura psicológica, a partir da base de dados PsycINFO, que mostrou o mesmo padrão geral, mas cuja expansão, entre os anos de 1977 e 1995, foi muito mais expressiva. Neste sentido, ele aponta para as décadas de 80 e 90 como tendo sido marcadas, principalmente, pelo aumento exponencial do olhar psicológico (e não necessariamente “médico”, a partir desta amostra bibliográfica) sobre o tema da migração

---

<sup>417</sup> Sem pretender esgotar o assunto. Uma revisão do estado da arte evidencia inquestionavelmente o paradigma do trauma e do estresse pós-traumático como central e norteador no campo da migração e dos chamados deslocamentos forçados, em particular no que diz respeito ao sofrimento e à saúde mental destes grupos.

<sup>418</sup> Ingleby 2004.

<sup>419</sup> Ingleby, 2004, p. 5.

<sup>420</sup> Ibidem.

<sup>421</sup> Ingleby dá o exemplo de dois serviços específicos que forneciam assistência psicológica a vítimas sobreviventes da Segunda Guerra Mundial, vítimas de tortura e perseguição política e, em geral, pessoas oriundas de regiões de conflitos armados. Os centros de atenção indicados pelo autor são Care of Victims of Torture (inglês) e o Icodu and Centrum'45 (holandês), onde, em cada um deles, a despeito de oferecerem cuidados psicológicos nesse período, “visualizavam os refugiados principalmente como *vítimas de violência organizada*” (Ingleby, 2004, p. 5) e não como “migrantes”, “deslocados” ou “refugiados”.

<sup>422</sup> Ibid., p. 6.

e dos refugiados. Se, entre o período de 1968 e 1982, existia uma proporção de sete artigos médicos para cada artigo psicológico, tratando do tema dos refugiados, a partir de 1982, essa proporção passou para dois artigos médicos para um, evidenciando um aumento considerável da literatura psicológica. Além disso, ao serem examinados os *conteúdos* dos artigos psicológicos relativos aos refugiados, verificou-se que os mesmos priorizavam os efeitos de sofrimentos anteriores. Em outros termos, existia pouca ênfase nos efeitos da migração forçada propriamente dita, ou mesmo dos problemas de ajuda no novo país. Assim, não somente esta ênfase da atenção sobre os eventos pregressos, mas também o envio cada vez mais regular de equipes psicossociais a regiões de conflito, organizados por ONGs durante os anos 1980, com o objetivo de trabalharem paralelamente ao suporte material e médico básico, tinha como base o “súbito aumento da aceitação do conceito de *trauma*”.<sup>423</sup> Por fim, ainda cabe indicar mais uma interessante relação entre os campos do “trauma” e o dos “refugiados”. Ingleby observa que a relação entre os dois “temas” não teria sido “*problem-driven*” (motivada por um problema), quer dizer, originada por problemas e situações concretas do campo, mas “*theory-driven*” (motivado pela teoria), ou seja, originada de um interesse primariamente teórico de autores ligados ao campo do trauma sobre o tema do refúgio. Enfim, a partir do conjunto desses apontamentos, o autor reforça a ideia do crescimento espetacular do tema do trauma que impactou, em particular, o campo dos refugiados, principalmente no período que vai dos anos 1970 ao fim dos anos 1990, uma transição epistêmica que, conforme estamos vendo neste trabalho, é mais abrangente e estava em pleno andamento neste momento.<sup>424</sup>

Nos anos 1990, a série de artigos publicados por Derek Summerfield marca, como exemplo importante, a controvérsia que gradualmente começou a ganhar contornos mais nítidos em torno da ajuda humanitária<sup>425</sup>, das ideias de humanitarismo e de vítima e do

---

<sup>423</sup> Ibid., p. 7.

<sup>424</sup> É válido ainda apontar para o desenvolvimento do interesse acadêmico sobre o tema, em particular da taxa de crescimento das publicações no campo da saúde mental entre os refugiados, conforme a revisão de Galina et al (2017). Diretamente relacionado aos conflitos gerados em países de Oriente Médio, a quantidade de publicações neste campo teve um pico em 2015, reforçando a compreensão de que se trata de um campo de robustez cada vez maior, e que acompanha a problemática contemporânea gerada, por sua vez, pelos conflitos econômicos e militares ao redor do globo. Nesta revisão bibliográfica de estudos qualitativos sobre a área de saúde mental e migração, os autores mostraram que, do período entre 1993 a 2016, verificou-se que até 2008 a quantidade relativa de publicações foi pouco expressiva. A partir de 2009 ocorre um crescente aumento nas publicações, com destaque para o ano de 2013 até o pico observado em 2015. Cf. Vivian Galina, Tatiane Silva, Marcelo Haydu e Denise Martin. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface** (Botucatu), 21, n. 61, p. 297-308, 2017.

<sup>425</sup> Vale destacar que o tema do trauma se tornou fonte das mais diversas problematizações e controvérsias nas questões ligadas à migração e, paralelamente, nos estudos sobre desastres, ambos os campos abarcados, por sua vez, pelas problemáticas oriundas da chamada ajuda humanitária. Ao longo dos anos 1990, também emerge a chamada psiquiatria transcultural, a qual, por sua vez, acompanhou a supracitada transição de

novo vocabulário do trauma, eminentemente utilizado por tais programas de ajuda enquanto paradigma norteador. Somando-se a estas publicações, um intenso debate também se adicionou, desta vez por ocasião das críticas de Didier Fassin, que se destinaram ao trabalho prático e teórico do psicólogo Tobie Nathan, que, desde os anos 1980, desenvolvia trabalhos terapêuticos na modalidade então conhecida como etnopsiquiatria, voltada sobretudo à assistência e cuidado de imigrantes oriundos de países africanos recém-descolonizados.<sup>426</sup> Por fim, na esteira de Summerfield, ainda podem ser somados os argumentos do próprio Fassin ao contexto mais abrangente dos programas internacionais de ajuda humanitária, argumentos que serviram, num momento posterior, como base de críticas sempre presentes e utilizadas por autores contrários aos chamados programas de ajuda humanitária, à assistência em saúde mental dos refugiados, aos cuidados voltados a pessoas atingidas por situações de desastre socioambiental, bem como à chamada lógica do trauma.

No quadro brasileiro, o interesse pelos cuidados em saúde mental dos refugiados, em particular através dos estudos em psicologia, parece surgir com mais evidência nos anos 2000. É importante destacar que o campo de cuidados, de assistência e de acolhimento ao estrangeiro é anterior a este período. Conforme vemos em Jubilit<sup>427</sup>, o Brasil tem uma tradição importante neste sentido, já que há décadas acolhe refugiados e, em particular, desde 1977, encontra-se amparado pela ONU nesta recepção. A rigor, o acolhimento e a proteção à população refugiada, em geral, são vistos como um modelo na América do Sul<sup>428</sup>, em função de ter uma lei considerada avançada e por envolver órgãos governamentais, entidades da sociedade civil e órgãos da comunidade internacional. A autora observa que foi de 30 anos o intervalo entre o principal documento

---

ênfase de diferentes quadros nosológicos, idiomas de “*distress*” e condições diversas de sofrimento, em direção ao TEPT. Como obras de referência da chamada psiquiatria transcultural do TEPT, indicamos, e.g., Anthony J. Marsella et al (eds.). **Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, Research, and clinical applications**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996; e Devon Hinton e Byron Good (eds). **Culture and PTSD: trauma in global and historical perspective**. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2016. Paralelamente a esses trabalhos de cunho comparativo, encontram-se os de cunho antropológico e social-construcionista, como o trabalho “*The Harmony of Illusions*”, de Allan Young, publicado em 1995, de onde se retira o trecho muito citado: “O transtorno não é atemporal, nem possui uma unidade intrínseca. Ao invés disso, está colado a práticas, tecnologias e narrativas com as quais é diagnosticado, estudado, tratado e apresentado a partir de variados interesses, instituições e argumentos morais que mobilizam esses esforços e recursos” (YOUNG, 1995, p. 5).

<sup>426</sup> Remeto o leitor ao artigo do próprio Tobie Nathan, para uma lista senão completa, mas certamente extensa relativa às referências envolvidas diretamente nesta controvérsia. Cf., portanto, Tobie Nathan. *Psychotérapie et politique, les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l’ethnopsychiatrie*. **Genèses**, vol. 1, n. 38, p. 136-159, 2000.

<sup>427</sup> Jubilit, 2007, p. 32.

<sup>428</sup> Liliana Jubilit. e Silvia Apolinário. A população refugiada no Brasil: em busca da proteção integral. **Universitas: Relações Internacionais**, v. 6, n. 2, jul./dez., p. 9-38, 2008.

internacional de proteção aos refugiados - a Convenção de 1951, com a proteção ampliada decorrente de sua revisão, a partir do Protocolo de 1967 – e a aprovação da lei brasileira sobre a proteção dos refugiados (Lei 9.474/1997). Apesar disso, na prática, houve um constante e crescente trabalho de proteção aos refugiados. Destacam-se, principalmente, nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, as ações de instituições vinculadas à Igreja Católica, como a Caritas Arquidiocesana de São Paulo e a Caritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro, que atuam em convênio como o ACNUR enquanto agências implementadoras.

No campo específico da saúde mental, parece-nos que a quase totalidade das publicações advêm de autores da psicologia clínica. Por sua vez, os enquadramentos conceituais sobre o tema se subdividem em duas principais vertentes, a saber, a da psicanálise e a da etnopsiquiatria.

A abordagem de viés psicanalítico sobre o sofrimento dos migrantes pode ser exemplificada pelo artigo de Taeco Carignato, Miriam Debieux Rosa e Sandra Berta<sup>429</sup>, de 2006, onde buscaram discutir teoricamente alguns de seus trabalhos de intervenção prática. As autoras abordam suas experiências de atendimento a imigrantes, migrantes e refugiados abrigados na Casa do Migrante, localizada na cidade de São Paulo. Destaca-se o que entendem como a dimensão sociopolítica do sofrimento destes grupos, relacionada de maneira íntima com a dimensão traumática, derivada de diferentes situações de guerra, tortura, violências diversas e de múltiplas rupturas ocorridas em situações prévias, bem como durante os próprios deslocamentos. Escrevem a respeito dos fundamentos que baseavam suas premissas tanto teóricas como metodológicas no que diz respeito aos efeitos produzidos na mudança de país, do idioma e da cultura nos sujeitos em deslocamento. Acrescentam que já haviam acompanhado casos clínicos de depressão, fobias, ideias paranóides, além de uma gama de sintomas em pacientes que, no caso, eram emigrantes em processo de retorno ao Brasil. Neste sentido, a partir do aparato conceitual psicanalítico, elas descrevem que levavam em conta a compreensão de que processos tais, como os de rupturas políticas e sociais, situações de risco, insegurança, medo, além de conflitos culturais, todos estes são intensificados sobremaneira a partir do deslocamento. Tal intensificação, por sua vez, escrevem, “leva à acumulação de um intenso grau no aparelho psíquico, de excitações que poderiam buscar escoamento por diferentes formas:

---

<sup>429</sup> Taeco Carignato, Miriam Debieux Rosa e Sandra Berta. Imigrantes, migrantes e refugiados: encontros na radicalidade estrangeira. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, ano XIV, n. 26 e n. 27, p. 93-118, 2006.

pela via somática (doenças ou sintomas psicossomáticos), pela via psíquica (fobias e ideias persecutórias) ou pela via social (agressão e rivalidade entre grupos)".<sup>430</sup> Trazem à discussão as contribuições de Freud, em particular uma passagem de *Além do princípio do prazer*, onde justamente é flagrado tal excesso:

O quadro sintomático apresentado pela neurose traumática aproxima-se do da histeria pela abundância de seus sintomas motores semelhantes; em geral, contudo, ultrapassa-os em seus sinais fortemente acentuados pela indisposição subjetivada (no que se assemelha à hipocondria ou melancolia) bem como nas provas de debilitamento e de perturbação muito mais abrangentes e gerais das capacidades mentais.<sup>431</sup>

Diante da concepção freudiana, destacam o entendimento relativo à formação do aparelho psíquico que seria envolvido por um mundo (interno e externo) carregado de tensões. Em particular, tal modelo poderia ser bem visualizado a partir da imagem proposta pelo próprio Freud de uma “vesícula viva”, onde uma camada protetora funciona enquanto envoltório e como membrana especial de resistência aos estímulos do mundo externo. Assim, acontecimentos traumáticos seriam entendidos justamente como fenômenos em que tal “escudo protetor” do aparelho psíquico se rompe, diante de um excesso e acúmulo de excitações. Assim, mais uma vez recorrem a Freud para descrever enquanto excitações traumáticas, como sendo justamente aquelas “providas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor”.<sup>432</sup> Além disso, destacam na obra freudiana a ideia justa de que o

conceito de trauma implica necessariamente numa conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis.<sup>433</sup>

É a partir destes arcabouços conceituais como este acima apontado que as autoras conceberam os processos específicos de deslocamento, pensados legitimamente enquanto “fatores traumáticos de produção de sintomas”.<sup>434</sup> Em outras palavras, consideravam que, à medida que os referentes culturais e psíquicos passavam a ser profundamente questionados e, muitas vezes, invalidados, a partir da mudança de um país para outro,

<sup>430</sup> Carignato, Rosa e Berta, 2006, p. 94-95.

<sup>431</sup> Esta passagem, de acordo com o artigo destas autoras está presente em Sigmund Freud. **Além do princípio do prazer**. Obras completas, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1920], p. 23 apud Carignato, Rosa e Berta, 2006, p. 94.

<sup>432</sup> Freud, 1976 [1920], p. 45 apud Carignato, Rosa e Berta, 2006, p. 94.

<sup>433</sup> Ibidem.

<sup>434</sup> Carignato, Rosa e Berta, 2006, p. 95.



colocava-se em jogo a emergência de um profundo sentimento de desamparo. Tinham, em conta, portanto, que o rebaixamento dos chamados referentes culturais favoreceria o surgimento de sintomas, comuns nos sujeitos humanos em geral, mas agravado e agudizado nos imigrantes, migrantes e refugiados, podendo assumir formas de crises agudas e de extrema violência. Entre uma série de outras questões trabalhadas pelas autoras, destacamos aqui mais alguns trechos de algumas referências a casos por elas acompanhados. Por exemplo, o caso de um brasileiro, que morou anteriormente em Londres, mas que foi deportado e ainda sonhava em voltar à Europa. Este homem teria afirmado que a realidade era “muito violenta”, que a mesma “só poderia gerar heróis ou criminosos”<sup>435</sup> e, por fim, que havia sido exposto a eventos de violência. Vejamos outra rápida descrição, a de um abrigado proveniente da Guiana Inglesa, que fora roubado e preso por policiais brasileiros. Neste caso, os policiais ficaram com os seus anéis, seu dinheiro e suas botas e, ao verificarem que ele não tinha antecedentes criminais, lhe disseram: “Você tem muita sorte”.<sup>436</sup>

Em artigo posterior, Rosa, Berta, Carignato e Alencar<sup>437</sup>, procuram “avançar na sustentação teórica sobre a prática psicanalítica clínico-política” e, a partir da “experiência com imigrantes”, formulam “as bases de um trabalho centrado na clínica do traumático mais do que na clínica do sintoma”, focalizando “as particularidades da escuta psicanalítica nesses contextos. Defendem que não se trata de uma clínica como a do “sintoma”, uma vez que se trata de um atendimento psicanalítico especificamente voltado a pessoas em situação de “desamparo social e discursivo”.<sup>438</sup> Entre outros conceitos abordados, destacam que, na abordagem do chamado deslocamento territorial, há de se diferenciar os processos “por sua dimensão de escolha”.<sup>439</sup> Argumentam que é, em especial, nas “migrações forçadas pela violência e miséria, como no caso principalmente dos refugiados ou dos migrantes, que a dimensão do perdido e a dificuldade de se localizar no mundo tomam um lugar primordial e podem promover efeitos de desenraizamento ou de desterritorialização”.<sup>440</sup> Nestes casos em que ocorrem precariedade extrema, desproteção sociopolítica e discursiva, parece ser configurado aquilo ao qual psicanalista

---

<sup>435</sup> Ibidem.

<sup>436</sup> Ibid., p. 110.

<sup>437</sup> Miriam Debieux Rosa, Sandra Berta, Taeco Carignato e Sandra Alencar. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009.

<sup>438</sup> Rosa et al, 2009, p. 498.

<sup>439</sup> Ibid., p. 502.

<sup>440</sup> Ibidem.

Mario Pujó<sup>441</sup> se refere acerca da fragilização das estruturas discursivas que suportam o vínculo social, “no que rege a circulação dos valores, ideais, tradições de uma cultura e resguardam o sujeito do real de *desamparo discursivo*”.<sup>442</sup> Elas escrevem que, nestes casos, a “exposição traumática é dupla: por um lado, sua ocorrência é facilitada; por outro, os recursos necessários à elaboração do trauma encontram-se diminuídos, promovendo efeitos de dessubjetivação”.<sup>443</sup> Para as autoras, tais considerações estão em sintonia estreita com a tese da psicanalista Colette Soler<sup>444</sup>, segundo a qual o

“traumatismo se impõe em uma temporalidade de ruptura: o sujeito não tem nele a mínima parte, isso lhe cai em cima. É uma temporalidade de instante, mas de um instante que não se esquece facilmente, enquanto existem tantos instantes que se evaporam no esquecimento e a partir do qual se instala uma constância, como uma onda que se propaga rebelde ao apagamento. De alguma forma um instante que engendra algo, uma perpetuidade”.<sup>445</sup>

O grupo de trabalhos de viés etnopsiquiátrico também parece surgir no final da primeira década deste século. Como exemplo, destacamos um artigo que, assim como o trabalho anterior citado, também foi publicado nesse período. Martins-Borges e Pocreau<sup>446</sup> procuraram trabalhar teoricamente, a partir de estudo de um caso clínico, algumas de suas experiências acumuladas no *Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés* (Sapsir), serviço instalado em Québec, Canadá. Trata-se de uma clínica que realiza suas atividades no Departamento de Psicologia da Universidade Laval desde 2000, e constitui uma das áreas de atividades da *Unité d'Ethnopsychiatrie et de Stress Post-traumatique*. Desde 2004, o Sapsir é reconhecido pelo ACNUR como um dos programas canadenses que oferecem atendimento psicológico e psicossocial a vítimas de tortura. Os autores apontam que uma parcela central das atividades da clínica se destina à oferta de atendimentos psicológicos a pessoas refugiadas, que, muitas vezes, foram expostas a situações de violência extrema, tais como guerra e tortura nos seus países de origem. A rigor, as atividades de psicoterapia do Sapsir são quase todas realizadas com pessoas sobreviventes de guerra e de tortura. Os pacientes são encaminhados,

---

<sup>441</sup> Referem-se aqui ao seguinte trabalho deste psicanalista. Mario Pujó. Trauma y desamparo. **Psicoanálisis y el hospital**, ano 9, n. 17, p. 20-29, 2000.

<sup>442</sup> Rosa et al, 2009, p. 502-503.

<sup>443</sup> Rosa et al, 2009, p. 503.

<sup>444</sup> Fazem referência, aqui, à seguinte obra desta psicanalista. Colette Soler. Trauma e fantasia. **Stylus: Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 9, out., pp. 45-59, 2004.

<sup>445</sup> Soler, 2004, p. 55, *apud* Rosa et al, 2009, p. 503.

<sup>446</sup> Lucienne Martins-Borges e Jean-Bernard Pocreau. A identidade como fator de imunidade psicológica: contribuições da clínica intercultural perante as situações de violência extrema. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 3, p. 224-236, 2009.

primeiramente, por profissionais da rede de saúde e dos serviços sociais regionais, tendo em vista, segundo os autores, a forte codificação cultural presente na expressão do sofrimento psicológico dessas pessoas. Eles escrevem: “É nelas que se encontram perceptíveis os efeitos mais nefastos, no plano psicológico, do processo migratório; efeitos quase sempre relacionados com as perdas (do país, das pessoas, do referencial cultural, da identidade etc.) e, por conseguinte, o luto”.<sup>447</sup> Ainda relativamente à descrição deste serviço específico, cabe dizer que, entre 2000 e 2008, quase 180 pessoas, de mais de 30 países diferentes, foram atendidas, onde “os sintomas depressivos e do transtorno de estresse pós-traumático foram os mais frequentes observados, acompanhados de angústia, ansiedade, irritabilidade, conflitos familiares e dificuldades de adaptação”.<sup>448</sup> Quanto à abordagem teórica utilizada neste dispositivo, cabe acrescentar que se apoiam na teoria de Georges Devereux [1908-1985]<sup>449</sup>, o qual, segundo os autores, desenvolveu sua abordagem clínica em “torno do postulado da universalidade do funcionamento psíquico”.<sup>450</sup> Entre outras nuances da obra deste autor, destacam a sua originalidade em considerar o material cultural como um poderoso apoio terapêutico, suscetível de “desencadear associações de ideias e de ativar processos mentais bloqueados pela perda do quadro cultural e pelos traumatismos pré e pós-migratórios”.<sup>451</sup> Além de Devereux, os autores referem-se na sua atividade à centralidade do modelo clínico desenvolvido por Tobie Nathan<sup>452</sup>.

Neste artigo, eles discutem a condição de sofrimento de refugiados que buscaram tratamento na referida instituição e, particularmente através de um estudo de caso, buscam o entendimento das questões por eles denominada de “imunidade psicológica”, ou seja, dos mecanismos psíquicos protetivos que possibilitariam a essas pessoas, vítimas de todos os tipos de violência, não apresentarem, necessariamente, vários dos sintomas esperados pelas teorias e abordagens psicológicas ocidentais convencionais. Salientam que a etnopsiquiatria possibilitaria compreender o que possivelmente levaria essas pessoas a “não apresentarem os sintomas esperados ou, ao menos alguns deles, da violência à qual

---

<sup>447</sup> Martins-Borges e Pocreau, 2009, p. 230.

<sup>448</sup> Ibidem.

<sup>449</sup> Os autores se referem, em particular, às seguintes obras deste autor. Georges Devereux. *Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement*. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 31, n. 1, p. 101-142, 1967; e *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1972.

<sup>450</sup> Martins-Borges e Pocreau, 2009, p. 230.

<sup>451</sup> Ibidem.

<sup>452</sup> Quanto às obras de Tobie Nathan, os autores remetem às seguintes. **La Folie des autres**. *Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod, 1986; e **L'influence qui guérit**. Paris: Éditions Odile Jacob, 1994.

foram submetidos”.<sup>453</sup> Para os autores, não se trata de dizer que tais pacientes apresentariam uma espécie de imunidade psicológica no “sentido de que tais experiências de terror não deixassem vestígio ou sequela”.<sup>454</sup> Eles escrevem: “Infelizmente, isso é impossível, pois tais sequelas se tornam definitivamente inscritas no corpo e nas histórias dessas testemunhas sobreviventes”.<sup>455</sup> Talvez possamos entender que os autores se referem ao fato de que tal traumatização não redunde, necessariamente, em “morte psíquica” dos vitimados. Ainda há vida, após os múltiplos eventos de violência, a despeito de que seja marcada de forma profunda por tais acontecimentos pregressos. A despeito de não negarem que tais vivências anteriores deixam inegavelmente condições diretamente produzidas nestes refugiados, observam que parte de suas demandas não estava relacionada com questões do período anterior ao deslocamento, mas com questões de ordem prática da vida no próprio país de destino. Em particular, fazem referência à “imunidade psicológica no sentido de que o sujeito pode manter a capacidade de continuar a existir, depois e apesar do horror ao qual foi submetido”.<sup>456</sup> Ou seja, o sujeito “consegue continuar sua existência como ser humano, totalmente humano, isto é, portador de um sentido, de um projeto, em contato com a realidade e vinculado aos outros grupos e ao grupo social”.<sup>457</sup>

Trabalham o exemplo de um paciente, João-Batista (nome fictício), de 30 anos, que havia imigrado sozinho para o Canadá e cujo histórico incluía ter sido exposto à guerra e à destruição de vários membros de sua família.<sup>458</sup> O atendimento psicológico durou 13 meses, totalizando 20 sessões. Em sua história, a qual foi muitas vezes narrada ao longo de seu processo migratório, João-Batista contava ter sido confundido com um rebelde por homens do Exército em seu país, tendo sido, então, preso numa estrada que ligava dois vilarejos. Em seguida, relata ter sido levado ao vilarejo onde morava sua mãe, onde aproximadamente 800 pessoas foram massacradas nas horas seguintes. Nesta ocasião, o paciente foi torturado repetidas vezes, de maneira que seus braços foram forçados para a parte de trás do corpo, rasgando a pele e os músculos tanto dos braços como das axilas. Acrescentou os golpes de baionetas recebidos na barriga e nas pernas<sup>459</sup>,

---

<sup>453</sup> Martins-Borges e Pocreau, 2009, p. 225.

<sup>454</sup> *Ibidem*.

<sup>455</sup> *Ibidem*.

<sup>456</sup> *Ibid.*, p. 226.

<sup>457</sup> *Ibid.*, p. 226.

<sup>458</sup> *Ibid.*, p. 230.

<sup>459</sup> *Ibid.*, p. 231.

além dos chutes no tórax.<sup>460</sup> Por fim, os torturadores deram-lhe um tiro na cabeça, que o atingiu na base do crânio, fazendo-o perder a consciência. Além de outros detalhes, João-Batista testemunhou a decapitação de amigos e a agonia das mulheres, particularmente das gestantes, cujos ventres eram abertos em busca da eliminação de fetos masculinos. Segundo este relato, o paciente assistiu a esse massacre em um estado de consciência alterado e, após alguns dias (não identificou o número exato de dias), uma dezena de corpos foi encontrado numa cova, onde um deles (milagrosamente, vivo) era o de João-Batista. A despeito de todos esses detalhes, resumidos aqui, vale destacar o que, aos poucos, foi ficando claro em relação à demanda colocada pelo próprio paciente ao tratamento. Martins-Borges e Pocreau escrevem que, ante a questão “O que ele esperava de nós e do tratamento?”, o paciente vinha com um sorriso, respondendo o que queria: “aprender a se proteger desta selva, que não era como a de seu país, nestas ruas em que não havia crianças”.<sup>461</sup> Detalham: “Nenhuma referência à tortura, aos fatos relatados durante as primeiras sessões”. Ou seja, “João-Batista prosseguia nessa outra narração, da pré-tortura, do período em que ele se tornou o portador, no plano psicológico, de uma herança poderosa e eficaz: o conhecimento sobre o mundo invisível, assim como seu avô paterno”.<sup>462</sup> Assim, suas questões diziam respeito mais a situações de ordem prática na região, e também às possibilidades de transmitir seu conhecimento espiritual e ancestralmente herdado (por seu avô, especificamente), bem como poderia ajudar pessoas em sua nova etapa de vida. Suas questões, em outros termos, estavam mais voltadas para o presente do que para o passado, ainda que o mesmo fosse inquestionavelmente doloroso. Ressaltam, por fim, a necessidade de se atentar, no contexto da assistência aos migrantes, às condições de segurança em sua nova etapa de vida, bem como se colocar no centro do debate questões como a do racismo e da inclusão social, não focando apenas, em questões e eventos possivelmente traumatogênicos do passado.

Se é verdade que a contribuição psicanalítica e a etnopsiquiátrica se distinguem fundamentalmente por possuírem pilares conceituais próprios, bem como toda uma rede seriada de referências teóricas circunscritas e inscritas em demarcações intelectuais muito bem delimitadas, por outro lado, é possível destacar um denominador em comum aqui. Ao menos no que se refere ao tema dos refugiados, o sofrimento destes grupos populacionais lido através desta “lente” conceitual não parece evocar problemas. Isto

---

<sup>460</sup> Ibid., p. 232.

<sup>461</sup> Ibidem.

<sup>462</sup> Ibidem.

pode ser verificado de diferentes formas, merecedoras de destaque. Por exemplo, no trabalho de Carignato, Rosa e Berta, embora psicanalistas de orientação eminentemente lacaniana, a leitura que fazem sobre o tema não nos parece evocar os problemas teóricos (com implicações clínicas e políticas<sup>463</sup>), tal como vemos serem evocados em outros de seus trabalhos. A rigor, o trabalho de Berta *externo* ao campo dos refugiados, parece ser mais incisivo no que diz respeito à leitura crítica de base estritamente lacaniana do trauma.<sup>464</sup> No que se refere à abordagem de Rosa, em outros de seus trabalhos, sua crítica não se dirige a uma leitura estrita de Lacan sobre o trauma, uma vez que privilegia a dimensão sociopolítica do sofrimento, oferecendo uma gama ampla de contribuições teóricas sobre o tema. Por outro lado, ainda que de maneira pontual e rápida, vale destacar que esta autora se coloca de maneira contrária à categoria de TEPT. Por exemplo, a psicanalista Maria Rita Kehl, na apresentação do livro de Miriam Debieux Rosa<sup>465</sup>, apresenta essa autora da seguinte forma:

Por fim, Miriam Debieux afirma seu compromisso teórico e prático com a construção da *responsabilidade* – uma alternativa muito mais progressista do que a vitimização ou a *culpa* – no campo da psicanálise e problematizando o campo do direito. Quando se trata de violência trata-se de desconstruir o lugar imaginário da vítima. O interesse da autora é evitar reduzir a *resignação do sujeito a uma condição vitimada* (p. 147) e impedir, como boa psicanalista, os rendimentos narcísicos de tal posição. A psicanálise seria então uma alternativa para evitar a *adesão a um discurso jurídico incondicional, no qual o sujeito do desejo se perde*.<sup>466</sup>

Em relação à crítica de Debieux Rosa sobre o diagnóstico de TEPT, em particular, destacamos o seguinte trecho, no mesmo livro indicado em nota:

De início, marcamos uma posição crítica à proliferação do emprego da concepção de trauma, ou diagnósticos psiquiátricos tais como o “Stress Pós-traumático” (PST) para caracterizar os imigrantes e refugiados. Sem tempo para nos alongar neste tema, observamos que as intervenções com essa base operam sob o signo imaginário da urgência, na lógica tutelar e moralista do cuidado e na dimensão do controle biopolítico. Nossa crítica enfatiza que o realce nos efeitos da violência despolitiza o acontecimento e reduz o sujeito à condição de vítima de violências. Ficam excluídas tanto as dimensões políticas na base dos acontecimentos violentos, como a dimensão de escolha do sujeito nesses acontecimentos subjetiva e política, elementos que pensamos fundamentais na intervenção clínica e política nessas pessoas (Rosa, 2018, p. 64).

Nesta última passagem, Rosa remete o leitor ao trabalho sempre citado, como é de praxe, *L’Empire du traumatisme*, de Didier Fassin e Richard Rechtman. Vale sublinhar

<sup>463</sup> Cf. o subcapítulo 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma, neste trabalho.

<sup>464</sup> Para esta discussão, referimos o leitor ao subcapítulo indicado na nota acima.

<sup>465</sup> Miriam Debieux Rosa. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Editora Escuta, 2018.

<sup>466</sup> Kehl, Prefácio. In: Rosa, op. cit., p. 11-12, grifos no original.

aqui a multiplicidade de argumentos possíveis dirigidos por psicanalistas à categoria de TEPT. Por exemplo, em nosso próprio trabalho etnográfico, foi comum encontramos referências de psicanalistas lacanianos contrários à categoria de TEPT<sup>467</sup>, já que a utilização desta gramática remeteria justamente *aos eventos*, e não à singularidade e à participação subjetiva de *cada um*. Ora, reparemos que a autora critica o TEPT pelos motivos inversos, ou seja, justamente por ele enfatizar os *efeitos* da violência, e não a própria violência, o que seria, em sua perspectiva, uma visão despolitizante ou, no mínimo, simplificadora. Além disso, é preciso destacar também a rapidez com que a autora aborda o problema. Diante da lacuna verificável no campo de teorias brasileiras que levem em conta casos empíricos e aspectos específicos de nossa realidade concreta, acreditamos que passagens como a citada acima, “Sem tempo para nos alongar neste tema”, precisa ser no mínimo questionada. Nossa visão a respeito da afirmação da autora, também aplicável à apresentação de Kehl sobre o tema, no que diz respeito ao trauma, nos parece leviana diante das dificuldades envolvidas, em particular do gravíssimo quadro de injustiça, em todos os níveis, no que se refere aos Direitos Humanos, no Brasil.

De todo modo, no que diz respeito às publicações circunscritamente publicadas no campo da migração e do refúgio, o trauma aqui parece não ser questionado, tanto é que no artigo por nós indicado, como exemplo, não só a leitura que fazem de Lacan parece ser colocada de modo a não trazer, seletivamente, à tona, a dimensão da responsabilização ou quaisquer menções a uma suposta implicação subjetiva desejante no sofrimento do qual está acometido. Leitura seletiva não apenas de Lacan, mas também de Freud (ao não remeterem à problematização do conceito ao longo de sua obra) e do trabalho da psicanalista Colette Soler, onde o estatuto do conceito de trauma se encontra elevado à sua máxima condição de interiorização<sup>468</sup>, não deixando quaisquer margens a interpretações que poderiam remeter a uma suposta causalidade externa no traumatismo. Em outros termos, há de se observar aqui que o trauma não é questionado no campo específico das migrações.

De maneira análoga, encontram-se os trabalhos da etnopsiquiatria no Brasil. Não somente o artigo descrito por nós, como exemplo, mas uma série de outras publicações na forma de artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, que não deixam

---

<sup>467</sup> Não somente ao TEPT, mas ao conceito de trauma, em geral.

<sup>468</sup> Cf. Colette Soler. **De um trauma ao Outro**. São Paulo: Editora Blucher, 2021; e também o subcapítulo 2.3 Psicanálise laciana e trauma, mais à frente no presente trabalho.

dúvidas acerca da estabilidade que tanto o conceito de trauma como a categoria de estresse pós-traumático assumem.

No escopo de publicações da psicologia, podemos também citar um terceiro grupo, com argumentos e linhas de raciocínio próprios, os quais não se reduzem às duas epistemes (psicanalítica e etnopsiquiátrica) citadas. Neste grupo a lógica do trauma é claramente questionada. Nele, conforme veremos, as ideias de Fassin abundam e são lidas no sentido de apontar para os problemas existentes em torno desta lógica, em particular, no modo como ela se articula com a problemática dos refugiados. Por exemplo, podemos apontar o artigo de Knobloch<sup>469</sup>, publicado em 2015, onde uma crítica contundente, como dissemos, baseada predominantemente nas ideias de Fassin, é dirigida à conceituação do trauma/TEPT. Logo no resumo do artigo, temos uma ideia clara do que será desenvolvido, com detalhes, ao longo do artigo desta autora: “Questões sobre atendimento à saúde são, atualmente, a porta de entrada dos direitos humanos e dos dispositivos de reconhecimento dos migrantes e refugiados. Entretanto, dependendo de como se entende a assistência a esse grupo pode ser gerado um ‘desreconhecimento’ do sujeito”<sup>470</sup>. Para Knobloch, a problemática surge em decorrência da chamada medicalização do fenômeno da migração, em particular da patologização (através de categorias psiquiátricas como a de TEPT). Ela escreve que trata-se de criticar tal lógica, onde o “discurso sobre imigração é vinculado a formas específicas de sofrimento psíquico, [pois] corre-se o risco de medicalização da experiência migratória e controle farmacológico de problemas que podem ser sociais, políticos ou econômicos”.<sup>471</sup> Aponta para a emergência, neste cenário, do desafio que concerne à formação de trabalhadores no atendimento “à saúde física e mental dos migrantes (...) [tendo em vista] as especificidades atuais de vida dessas pessoas sem estereotipar a condição de migrante ou refugiado nem silenciar a singularidade do sujeito”.<sup>472</sup> Ela detalha: “Poder legitimar o sofrimento psíquico advindo de várias situações e experiências de vida, tanto de seu lugar de origem como durante o processo de migração, bem como o de inserção ou exclusão no novo lugar, não deveria significar patologização da diferença como a única forma de reconhecimento desse outro estrangeiro”.<sup>473</sup> Em seguida, compara tais questões sobre os migrantes com os discursos

---

<sup>469</sup> Felicia Knobloch. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, vol. 26, n. 2, p. 169-174, 2015.

<sup>470</sup> *Ibid.*, p. 169.

<sup>471</sup> *Ibidem.*

<sup>472</sup> *Ibidem.*

<sup>473</sup> *Ibidem.*



que, outrora, “constituíram o discurso da loucura como forma de controle do desconhecido, [que] reaparecem hoje na questão dos imigrantes, uniformizando modos de subjetivação singulares”.<sup>474</sup> Para Knobloch, a “linguagem psiquiátrica aparece para se colocar no lugar do mal-entendido que o encontro com o diferente provoca”.<sup>475</sup> É neste sentido que argumenta que tal discurso parece fazer apelo para as “questões da saúde e condições clínicas através de categorias psiquiátricas para legitimar e dar visibilidade jurídica ao imigrante, ao refugiado e ao asilado, e assim poder inseri-los num sistema onde eles não possuem lugar subjetivo, social, jurídico e político”<sup>476</sup>, acrescentando que teria sido “justamente pela inserção social ter acontecido por via médico-psiquiátrica que se corre o perigo da naturalização de um discurso patologizante da experiência de migração”.<sup>477</sup>

Para que se entenda esse processo, seria necessário analisar primeiramente a apropriação que ela faz das figuras do trauma e do traumatismo psíquico e, novamente lembrando o sempre citado *L'Empire du traumatisme*<sup>478</sup>, observa que, neste livro, tais questões foram discutidas de forma profunda, em particular, o modo como a emergência do TEPT “impôs uma narrativa a partir de uma certa apropriação política da noção de traumatismo psíquico”.<sup>479</sup>

“Resumidamente”, a autora dá seguimento ao seu raciocínio:

o traumatismo é entendido como um fato, e não como um processo, é uma evidência onde sua realidade não pode ser contestada. A verdade do traumatismo é externa ao campo da clínica, o traumatismo é a prova do intolerável, e o traumatizado é uma vítima. Assim o evento do traumático se torna o agente etiológico, necessário e suficiente.<sup>480</sup>

Um pouco mais à frente, acrescenta que o “reconhecimento da condição de vítima dado pelo sofrimento foi o que permitiu estabelecer um lugar jurídico para obter reparações financeiras e uma identidade e lugar social”<sup>481</sup>; aponta também que “esse lugar

---

<sup>474</sup> Ibidem.

<sup>475</sup> Ibidem.

<sup>476</sup> Ibidem.

<sup>477</sup> Ibid., p. 170.

<sup>478</sup> Sempre citado sem tradução, isto é, no idioma original francês, vale observar.

<sup>479</sup> Ibidem.

<sup>480</sup> Ibidem.

<sup>481</sup> Knobloch, 2015, p. 170, citando aqui, novamente “Fassin (2007). A rigor, embora comumente se faça referência a trabalhos mais recentes como o de Fassin e Rechtman, onde se pode encontrar uma genealogia específica do conceito de trauma, é preciso lembrar que este processo não é inédito na história da psiquiatria. Não se trata de entender que, pela primeira vez na história, disputou-se sobre o lugar do agente causal em condições traumáticas. A rigor, este debate foi atualizado, sim, com particularidades sociais e técnicas nos anos 1970, culminando nos anos 1980 com a inserção do TEPT no DSM-III, mas é importante não perder de vista que uma intensa disputa sobre a legitimidade do trauma esteve presente no debate médico e jurídico

social agora é determinado por sua condição clínica (de quem sofre de TEPT), dado por um diagnóstico psiquiátrico que recomenda o tratamento medicamentoso”.<sup>482</sup> Knobloch sustenta que não

há dúvidas de que algumas pessoas precisam ser medicadas em determinadas situações, quando a angústia ultrapassa o limite do suportável e restringe a vida do sujeito. Não é isto que está em questão, mas o fato de essa posição reforçar ainda mais uma cultura terapêutica de medicalização da existência.<sup>483</sup>

Como consequência, “na medida em que a psiquiatria acaba impondo seu saber como uma verdade sobre o sujeito, mantemos a subjetividade excluída do campo de cuidado”.<sup>484</sup> Ela observa que a “psiquiatria é o saber científico que visa a universalidade, e exclui-se a subjetividade quando, em nome de uma categoria psiquiátrica, não se escuta o sujeito, só os seus sintomas”.<sup>485</sup> Aponta que o “problema se instaura quando, como consequência de uma política de saúde, a categoria de TEPT se impõe como o único modelo de compreensão de experiências individuais e coletivas ligadas a situações dramáticas”.<sup>486</sup> E, por fim, destacamos a seguinte passagem: “Como instrumento de gestão da subjetividade, a categoria constitui a resposta necessária para legitimar o vivido, o que acaba por normatizar a experiência de vítimas de guerra e de violências ou de migrações e refúgio”.<sup>487</sup>

Cabem aqui algumas observações, preliminares, à ideia de que o diagnóstico psiquiátrico recomendaria necessariamente e simplesmente o tratamento medicamentoso. Não vamos colocar em questão o processo amplamente estudado e notório de medicalização de problemas psicológicos e sociais na contemporaneidade. Mas, queremos estabelecer nuances em questões que dizem respeito especificamente não às “categorias psiquiátricas” em geral, mas ao vocabulário do trauma, em particular,

---

desde o último quartel do século XIX, isto é, desde as primeiras descrições nosológicas de John Eric Erichsen e Herbert Page, acompanhadas num período pouco mais tardio no intenso debate em território germânico com as chamadas neuroses traumáticas descritas por Hermann Oppenheim. A rigor, não se trata só de questões ligadas ao soldados ex-combatentes da invasão no Vietnã, trata-se lá atrás de intensa disputa médico-legal no campo da medicina do trabalho, dos diferentes acidentes entre eles os acidentes ferroviários, e, no período contemporâneo aos soldados norte-americanos, da luta feminista e das associações em prol dos direitos na infância.

<sup>482</sup> Ibidem.

<sup>483</sup> Ibidem.

<sup>484</sup> Ibidem.

<sup>485</sup> Ibidem.

<sup>486</sup> Ibidem. Nesta passagem, ela faz referência a Estelle D’Halluin, Stéphane Latté, Didier Fassin e Richard Rechtman. *La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires. Revue française des affaires*, 1, p. 57-75, 2004.

<sup>487</sup> Knobloch, 2015, p. 171.

principalmente o que se refere à categoria de estresse pós-traumático. A título de problematização desta visão que identifica, em particular no TEPT, um sinônimo de medicalização, cabe dar como exemplo um fato por nós observado em pesquisa de campo. Na prática, os chamados transtornos de ansiedade e de depressão eram reduzidos, em termos de tratamento, à prescrição de produtos farmacológicos. Tais casos não necessariamente eram acompanhados pela equipe de psicólogos psicanalistas. Por outro lado, todos os psiquiatras tinham uma visão clara e explícita em relação à necessidade de psicoterapia para os casos ditos traumáticos, fossem estes categorizados com o diagnóstico de TEPT ou não. Este nosso argumento também pode ser colocado como contraponto à afirmação de Knobloch relativa à chamada “cultura terapêutica de medicalização”. Concordamos com este ponto, porém, reiteramos que se trata do *uso* da técnica, e não da técnica em si. Sendo o diagnóstico considerado desta maneira, caberá sempre ao profissional usá-lo ou não de forma reducionista. Ainda como um exemplo de nossa investigação etnográfica, pudemos testemunhar o fato de que a presença do vocabulário do trauma abria um campo de possibilidades para o sujeito emergir. E não o contrário. Em outros termos, no ambulatório de saúde mental por nós acompanhado, histórias diversas de violência surgiam quando a palavra “violência”, em particular, era posta de antemão pelo profissional de psicologia, fato que não acontecia quando o termo “violência” não estava disponível. Além disso, cabe acrescentar um contraponto à ideia de que o TEPT ou o trauma seria um pilar fundamental na chamada cultura terapêutica da medicalização. Cabe questionarmos: a psiquiatria necessariamente seria a vilã ou se trata de um processo mais amplo e complexo? Na nossa visão, possíveis respostas a tais questões não podem ser respondidas a priori. É necessário acompanhar, *sempre empiricamente*, como é que se dão ou não tais processos, como os psiquiatras fazem isso, e que dinâmicas se encontram em jogo (para além do diagnóstico) em cada uma destas realidades situadas. Indicamos, por exemplo, que o diagnóstico de TEPT, na realidade brasileira da saúde mental pública, não é diagnosticado.<sup>488</sup> Então, qual é o sentido de dizer que vivemos numa situação equivalente à europeia ou à norte-americana, onde se constata o chamado “Império do Trauma”?

---

<sup>488</sup> A rigor, o que se verificou no ambulatório foi que a ausência de uma discussão efetiva sobre o trauma, sobre os determinantes sociais da doença, sobre a violência e as condições de miséria nas quais vivem os pacientes, é que exclui a subjetividade e “exclui o sujeito”, reduzindo, muitas vezes, o tratamento às vias terapêuticas por um lado, o psicanalítico, da responsabilização, e, por outro, pelo lado da psiquiatria, à terapêutica efetivamente medicalizante.

Além de se apoiar, teoricamente, nos trabalhos de Fassin, como estamos vendo, Knobloch desenvolve seus argumentos em sintonia estreita com Chiara Pussetti, antropóloga portuguesa que, por sua vez, também se fundamenta, basicamente, nos trabalhos desenvolvido pelo francês. A título de exemplo, Knobloch destaca a passagem do artigo de Pussetti, onde esta, em perfeita harmonia com os seus argumentos, aborda o problema do imigrante, destacando que o

estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas, permite transformar problemas sociais, econômicos e políticos de grupos desfavorecidos em elementos potencialmente patológicos que podem ser controlados e monitorizados farmacologicamente.<sup>489</sup>

Destaca a crítica formulada por Pussetti à categoria de *síndrome do imigrante com estresse crônico e múltiplo*, a então chamada “Síndrome de Ulisses<sup>490</sup>”, que, tal como a categoria de TEPT, desviaria a atenção do contexto político e econômico ao traduzir os conflitos sociais no vocabulário psicopatológico. O perigo, tal como Knobloch já havia colocado, mas também presente nos argumentos da antropóloga, estaria no fato de se tornar uma leitura necessariamente medicalizante do processo migratório, que passaria a se impor de maneira hegemônica nos dias atuais. Na visão de ambas, portanto, tais categorias seriam representantes do discurso da ideologia biomédica que não só domina nossa cultura atual, mas que também busca estereotipar a experiência migratória, “onde as vivências emocionais, que são individuais e heterogêneas, são vistas de forma homogênea, e as categorias diagnósticas eliminam as diferenças do estranho/estrangeiro, anulando as singularidades”.<sup>491</sup>

Dada a produção de Pussetti em língua portuguesa e, em particular, a publicação de alguns de seus trabalhos em periódicos nacionais, cabem, aqui, considerações adicionais e específicas sobre algumas de suas posições sobre o tema. Em artigo publicado em 2017<sup>492</sup>, ela diz ter reparado, em seus últimos anos de pesquisa, que, em diferentes situações “a atenção dos profissionais dos serviços sociais e dos centros de

<sup>489</sup> Esta passagem, citada por Knobloch do artigo de Pussetti, encontra-se na página 94. Remeto o leitor à referência original da autora. Cf. Chiara Pussetti. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.

<sup>490</sup> Categoria assim nomeada pelo psiquiatra espanhol Joseba Achotegui. Autor comumente citado e analisado sob um viés crítico neste rol de trabalhos.

<sup>491</sup> Knobloch, 2015, p. 172.

<sup>492</sup> Chiara Pussetti. O silêncio dos inocentes: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 21, 61, p. 263-272, 2017.

apoio à integração era centrada na exibição das feridas da imigração”.<sup>493</sup> E, indo direto ao centro da questão, destaca: “Nas políticas de acolhimento, a biologia impõe-se como recurso inédito de legitimação e reivindicação de direitos”.<sup>494</sup> Tal como no artigo de 2010, destacado por Knobloch anteriormente, ela retoma a discussão crítica sobre a Síndrome de Ulisses, um “claro exemplo de patologização – sob a forma de uma perturbação psíquica – da experiência migratória”.<sup>495</sup> Ela destaca três argumentos principais. O primeiro diz respeito à tradução que ele produz de “conflitos sociais no léxico da psicopatologia, desviando a atenção do contexto político e econômico mais amplo, para se concentrar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado”.<sup>496</sup> Em segundo lugar, argumenta que tal categorização produziria tanto homogeneização como reificação da experiência migratória, além de reduzi-la “ao perímetro restrito de uma definição nosológica, criando, assim, uma imagem estereotipada do sujeito imigrante como paciente psiquiátrico, cujos problemas podem ser monitorizados e resolvidos farmacologicamente”.<sup>497</sup> Por fim, como terceiro argumento, aponta que tal categorização não considera que as políticas migratórias, elas próprias, contribuem para o aumento do risco de patologia, de modo que “as contribuições políticas, sociais, burocráticas e econômicas que bloqueiam os imigrantes às margens da sociedade de acolhimento são completamente esquecidas”.<sup>498</sup> Em uma panorâmica do estado das políticas migratórias europeias, destaca que a leitura do processo migratório em termos de patologia se impõe, atualmente, enquanto hegemônica. Destaca, referindo-se particularmente aos estudos europeus sobre o assunto, que estes consideram os imigrantes como populações “mais vulneráveis às perturbações mentais comparativamente à população autóctone, justamente por causa da ‘crise’ identitária, no seu significado etimológico de fratura, separação, mudança”.<sup>499</sup> Por fim, dirigindo-se criticamente, respectivamente, à obra “*L’influence qui guérit*”, de Tobie Nathan, e à “*Archeologie del trauma: Un’Antropologia del Sottosuolo*”, de Roberto Beneduce<sup>500</sup> – ambos estudos de orientação etnopsiquiátrica –, por se dirigirem à questão através de expressões para ela problemáticas tais como

---

<sup>493</sup> Ibid., p. 265.

<sup>494</sup> Ibidem.

<sup>495</sup> Ibid., p. 267.

<sup>496</sup> Ibidem.

<sup>497</sup> Ibidem.

<sup>498</sup> Ibidem.

<sup>499</sup> Pussetti, 2017, p. 267.

<sup>500</sup> Respectivamente, Tobie Nathan. *L’influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob: 1994; Roberto Beneduce. *Archeologie del trauma: Un’Antropologia del Sottosuolo*. Roma-Bari: Laterza Edizioni: 2010.

“mestiçagem impossível’ como causa geradora de patologias psíquicas” e de “laceração psíquica insanável de quem vivem suspenso entre ilusões e sofrimento”.<sup>501</sup>

Cabe destacar, ainda, de que modo as críticas de Pussetti se inserem no campo de discussões sobre o trauma. Ainda que não de maneira explícita, mas tendo em vista a ampla referência à obra de Fassin e à rápida passagem pela obra destes dois autores da etnopsiquiatria, ela parece partir de um posicionamento “pró-Fassin” e “contrário à Nathan”, nas controvérsias político-epistêmicas ao redor do tratamento dos imigrantes em Paris e, ao que tudo indica, presentes também no modo de abordagem da problemática do trauma. Faz referências adicionais às de Fassin e de Rechtman, incluindo a de Allan Young, que, segundo Pussetti, teria reconstruído a genealogia do estresse pós-traumático, “mostrando como a imposição de um modelo médico ao sofrimento ligado à guerra favoreceu a emergência de uma verdadeira indústria do trauma”, e volta a citar Derek Summerfield, o qual teria publicado um artigo onde desvelou os “interesses políticos e econômicos à volta da definição diagnóstica do sofrimento ligado às memórias dos conflitos armados”.<sup>502</sup> Por fim, faz referência ao trabalho de Fassin e Rechtman, “*L’Empire du traumatisme*”, onde teriam “enfrentado um desafio análogo, examinando a construção histórica e os empregos políticos do conceito de trauma, acompanhando as etapas da criação de uma ampla indústria humanitária e clínica que prospera a volta das suas vítimas”.

Em relação às suas investigações etnográficas, Pussetti observa que em muitas situações clínicas observadas, “o diagnóstico psiquiátrico era considerado útil e desejável pelos próprios pacientes imigrantes, quando não abertamente solicitado como forma de permanecer no país de acolhimento”.<sup>503</sup> Descreve, em particular, as atividades de um grupo de refugiados acompanhados por ela, nas quais era ensinado aos imigrantes e requerentes de asilo político a “teatralizarem o sofrimento, a exibirem comportamentos patológicos e provas do trauma, e a construírem narrativas, testemunhos e evidências capazes de contornarem as suspeitas”.<sup>504</sup> Acrescenta que a observação destas ações denominadas por ela de “(per)formativas” não só permitiu que desnaturalizasse “os conceitos que medicalizam o sofrimento”, mas que repolitizam as vítimas “enquanto sujeitos ativos, capazes de utilizar de forma estratégica a linguagem do trauma e da

---

<sup>501</sup> Ibid., p. 267.

<sup>502</sup> Ibidem.

<sup>503</sup> Ibid., p. 268.

<sup>504</sup> Pussetti, 2017, p. 268.

patologia”.<sup>505</sup> E diz mais: “Os sem-Estado sabem que não basta evocar pobreza ou instabilidade política para aceder aos direitos outrora negados: devem mostrar as feridas da violência e das violações sofridas na memória e no corpo”.<sup>506</sup> Por fim, observa que tais sujeitos precisam “aprender a linguagem clínica do sofrimento (...), devem tornar-se ‘pacientes’, utilizando a biomedicina como um dispositivo de cidadania (...), [uma vez que é] somente a partir de corpos doentes que os indivíduos às margens do sistema podem aceder aos direitos que costumamos imputar ao centro”.<sup>507</sup>

Diante das discussões sobre o sofrimento dos imigrantes, conforme as publicações no cenário brasileiro, cabem, a esta altura, algumas considerações, em particular as elencadas neste último grupo de publicações críticas à lógica do traumatismo. Destacamos, em primeiro lugar, a crítica de Knobloch contida na seguinte frase:

Resumidamente, o traumatismo é entendido como um fato, e não como um processo, é uma evidência onde sua realidade não pode ser contestada. A verdade do traumatismo é externa ao campo da clínica, o traumatismo é a prova do intolerável, e o traumatizado é uma vítima. Assim, o evento do traumático se torna o agente etiológico, necessário e suficiente.<sup>508</sup>

Em primeiro lugar, sublinhemos a palavra “fato”, contraposta, na visão da autora, à ideia de processo. Ora, não está evidente em que sentido a ideia de fato estaria em contraposição necessária à de processo. A rigor, parece-nos não estar suficientemente claro a partir de que abordagem teórica ela coloca esta oposição. Estaria se referindo aqui ao fato em sua dimensão “objetiva”, no sentido externo à percepção e da interpretação do indivíduo envolvido? Se este for o caso, não seria razoável podermos pensar em *atos objetivos* – e não necessariamente ou somente em termos subjetivos – na clínica da psicologia? Ou seja, para além do que poderia ser chamado de facticidade subjetiva, isto é, é fato para um, embora não seja, necessariamente para outro? Estaria, a autora, referindo-se a fatos enquanto fenômenos únicos, em contraposição a uma sequência de eventos na vida do indivíduo? Aqui, perguntamos: diante da complexidade humana, perturbações mais ou menos graves não poderiam se apresentar a partir de eventos “únicos”, “factuais”, e não necessariamente processuais, isto é, a partir de elementos que seriados, formam um quadro mais amplo não redutível à causalidade de um único evento? Esta argumentação, na nossa visão, pode ser aplicada ao último termo desta frase

---

<sup>505</sup> Ibidem.

<sup>506</sup> Ibidem.

<sup>507</sup> Ibidem.

<sup>508</sup> Knobloch, op. cit., p. 170.

destacada, “suficiente”, relacionado a um agente etiológico específico. Além disso, pode ser ainda mais pertinente, quando colocamos de maneira mais simétrica, conferindo importância, legitimidade, a determinadas situações onde há referência clara a elementos pontuais, mais ou menos aterrorizadores e dramáticos, *factuais*, não processuais, únicos em suas vidas, e onde a partir disso se originaram movimentos desestruturantes em termos psíquicos na vida do indivíduo.

No que se refere à ideia de que o traumatismo cuja “realidade não pode ser contestada”, perguntamos: e por que deveria ser contestada? Contestada em favor de que, por quem e em que contexto? Acrescentamos aqui a questão apontada como problemática, certamente ligada às outras observações acima, a crítica sobre “a verdade”. Novamente, perguntamos: a título de que se questiona a verdade do paciente? A verdade pode se tornar um problema se considerada uma distorção, uma interpretação “subjetiva”, “interior”, “por parte do paciente”. Em relação à “prova”, podem ser colocadas as mesmas questões, já que se coloca em questão, implicitamente, pela autora, a ideia de crítica da verdade, a verdade tal como se encontra no campo jurídico. Torna-se problemática se “emperra” o tratamento, de acordo com *abordagens específicas* no campo da clínica. Mas isto não está claramente definido no artigo da autora. É preciso observar que, mesmo na psicanálise, nem todas as abordagens trabalham clinicamente “colocando em suspenso” a verdade trazida, de antemão, pelo paciente, como é o caso da abordagem ferencziana. Aliás, em muitas situações, como veremos na discussão sobre o trauma no campo da memória social e do testemunho, o estatuto da verdade é legitimado e é reivindicado como fundamental em processos de reconciliação e de cura<sup>509</sup>. Em outros termos, nem toda clínica psicológica trabalha necessariamente a partir do conceito de “fantasia”, da interpretação “inconsciente” e da “verdade subjetiva”. A questão que nós colocamos é: quem questiona a verdade é o psicólogo? Quais são as consequências, as dinâmicas de poder e de verdade em um *setting* analítico? Quais são as consequências, os prós, os contras, deste tribunal implícito do consultório, onde o poder de decidir sobre o estatuto sobre o “que é” o sofrimento do paciente está nas mãos do psicólogo?

Quanto à crítica à dimensão “externa” ao campo da clínica, não fica claro a que se refere a autora. Ora, se em determinados modelos clínicos não há lugar para o “externo”, em outros, certamente a chamada externalidade do sofrimento do paciente é perfeitamente aceitável e até mesmo necessária. Além disso, o plano político “externo”,

---

<sup>509</sup> Cf. 2.1.4 Memória social, verdade e reparação, mais à frente, neste trabalho.



não deveria ser posto à parte ou excluído da dimensão clínica. Quanto à ideia de vítima, também alvo de crítica, perguntamos se o traumatizado não poderia ser uma vítima. Legitimar seria equivalente a fixá-lo neste lugar? Não poderia incluir-se num processo de “elaboração” de criação de recursos muitas vezes reparadores e libertadores justamente deste lugar? O termo vítima necessariamente reduziria o paciente a uma posição passiva? Considerá-los “agentes” ou “sujeitos” não produzirá, por si só, a possibilidade imediata de sua maior autonomia e emancipação. Na nossa visão, o que *se faz* com os conceitos, na prática, determina maior ou menor agência, somando-se aqui as mudanças concretas em sua vida, a redução dos fatores de risco e o trabalho sobre o que foi ou não elaborado.

Longe de querer finalizar o debate ou dar respostas unívocas e definitivas a questões tão difíceis (as apontadas pelos autores referidos ou as que nós próprios colocamos no curso desta parte da tese), acreditamos ser importante trazer considerações principalmente a partir de um ponto de vista pragmático do diagnóstico, em articulação com o quadro específico de discussão sobre os refugiados. Primeiramente, cabe evocar a observação de Hillebrandt<sup>510</sup>, segundo o qual traumatizações seriam decorrência da distribuição desigual das possibilidades dos atores envolvidos, numa dada situação, de agir uns sobre os outros.<sup>511</sup> Em outros termos, seriam sempre derivadas de uma determinada situação onde se conflagra uma distribuição desigual de forças e de poder. Para este autor, portanto, há de separar traumas originados de situações ditas aleatórias e outros em que outro ser humano é o causador intencional específico. Neste último caso, a um indivíduo, a um grupo social ou a uma determinada instituição social, podem ser imputadas responsabilidades de diferentes formas pelo sofrimento afetado. É devido a este motivo que indivíduos portadores de sintomas psíquicos causados por determinadas traumatizações não somente são considerados *doentes*, mas também, do ponto de vista jurídico, como vítimas. Hillebrandt observa que, se um membro da sociedade se torna impotente, devido a uma situação potencialmente traumática em que se dá justamente este desequilíbrio de poder, o contrato social existente é quebrado, cabendo ao Estado ou à sociedade lidarem, a partir de diferentes mecanismos reparatórios, com a violação do

---

<sup>510</sup> Ralf Hillebrandt. *Das trauma in der psychoanalyse*. Giesen: Psychosozial-Verlag, 2004, apud Markus Kumpfmüller. *Political traumatisation and trauma-discourse*. In Andreas Hamburger et al. **Forced migration and social trauma: interdisciplinary perspectives from psychoanalysis, psychology, sociology and politics**. Nova York: Routledge, 2019, p. 18-27. As referências indicadas nesta parte de nossa discussão, em particular as publicadas em alemão, não foram consultadas no original, tendo sido todas elas acessadas indiretamente a partir da obra acima referida, organizada por Andreas Hamburger e colaboradores. A título de referência bibliográfica, indicaremos, em nota, apenas o nome do autor, seguido do ano e da página.

<sup>511</sup> Hillebrandt, 2004, p. 29.

mesmo. Assim, segundo ele, se uma vítima, passa a ser reconhecida como tal, necessariamente haverá consequências financeiras, legais, morais e psicológicas.<sup>512</sup> É neste sentido que se deve levar em conta que qualquer discurso legítimo e profissional sobre o trauma redundará, em maior ou menor medida, em determinado nível de ameaça aos sistemas de autoridade, caso tal discurso coloque a realidade traumatogênica no centro de suas análises. Devido a isso, o autor afirma que todo discurso sobre o trauma que leve em conta sua legitimidade corre o risco de ser suprimido por ações políticas.<sup>513</sup>

David Becker<sup>514</sup>, de sua parte, observa que as avaliações e os desenvolvimentos sociocientíficos sobre o que é ou o que não é traumático carrega sempre um sentido sociopolítico, uma vez que as ações políticas e as reparações são determinadas por estes mesmos discursos científicos.<sup>515</sup> Este autor considera que esta é a premissa básica que define aquelas que poderão ou não ser qualificadas como vítimas, podendo ser reconhecidas nos níveis político e social. A dificuldade deste processo possui relação direta com o modo como estruturas individuais e políticas, de maneira consciente ou inconsciente, impedem o reconhecimento de indivíduos enquanto vítimas legítimas de trauma. Becker, em particular, defende que seja enfrentada a questão respeitante às definições de trauma e às discordâncias relativas às suas dimensões individuais, intrapsíquicas e sociopolíticas.<sup>516</sup> Observa que, se o trauma é abordado como uma patologia individual, esquece-se sua dimensão social. Se são considerados apenas os aspectos políticos e sociais, ignora-se o sofrimento individual. Por outro lado, se a discussão se limita a considerá-lo um mero discurso, a dimensão experiencial e vivida do indivíduo é perdida. É neste sentido que uma abordagem interdisciplinar é necessária, uma abordagem que, segundo Becker, se atreva a abordá-lo em contato estreito com contextos sempre situados, que considere simultaneamente as dimensões social e psicológica do trauma, ao mesmo tempo que esteja criticamente consciente da dimensão socialmente construída de tal conceito. Salienta, além disso, que este tipo de abordagem deveria ser constantemente reconstruído e analisado, a depender da situação e do contexto em questão.<sup>517</sup>

---

<sup>512</sup> Hillebrandt, 2004, p. 31.

<sup>513</sup> Ibid., p. 32.

<sup>514</sup> David Becker. **Die Erfindung des Traumas**. Giesen: Psychosozial-Verlag, 2014.

<sup>515</sup> Becker, 2014, p. 165.

<sup>516</sup> Ibid., p. 166.

<sup>517</sup> Ibid., p. 167.

No caso dos refugiados, Kumpfmüller<sup>518</sup> observa que, a despeito das críticas possíveis ao diagnóstico de TEPT, um trauma só se torna credível se é reconhecido enquanto tal por um representante do Estado ou pela sociedade. Levanta a questão, tal como pode ser encontrada em outros autores, se, aos olhos da política e da sociedade, uma pessoa tem de ser traumatizada para receber um *status* de refugiado. Por outro lado, mostra com clareza que o trauma só tem chance de ser tratado, efetivamente, para os acometidos de perturbações que de fato se enquadram no seu rol de definições, e se o mesmo é reconhecido política e socialmente. Em outras palavras, apenas através de um certificado psicológico amparado numa nosologia oficialmente reconhecida (e não em uma categoria abstrata ou em um idioma local) que uma pessoa acometida de uma perturbação traumática possa ser credível diante de uma corte. No caso de um refugiado, só através do resultado positivo do processo de asilo, pode se tornar possível que uma vítima tenha uma chance de viver num ambiente seguro, melhorando o seu bem-estar psicológico e físico.

Na esteira dessas considerações de caráter pragmático, encontramos ainda os argumentos de Ingleby<sup>519</sup>, para o qual, duas ressalvas, em especial, precisam ser feitas às abordagens ditas sociais construcionistas em relação ao trauma. O autor destaca que, em primeiro lugar, não se deve entender que uma determinada doença, pelo fato de ser “inventada”, significa que ela seja “ficcional”, ou seja, que aqueles que reivindicam sofrer dela não estão “realmente” doentes. Lembra que um conceito de doença é um modo possível de enquadrar experiências, as quais podem ser tão angustiantes e incapacitantes como quaisquer outras. Além disso, deve-se ter clareza sobre o fato de que abordar a dimensão da construção social de uma doença não significa dizer que aqueles que possuem um diagnóstico estão simplesmente fingindo. Em segundo lugar, aborda questões em estreita sintonia com as que estamos desenvolvendo aqui, especialmente as relacionadas às consequências sociais e legais que, além de médicas, são produzidas a partir de um diagnóstico. Ele escreve: “Considerar o ‘trauma (ou a ‘anorexia’ ou a ‘hiperatividade’) como uma construção social pode ser mal interpretado, como se ele não fosse real e que todos os diagnósticos estão errados”.<sup>520</sup> Citando o trabalho de Charles

---

<sup>518</sup> Kumpfmüller, 2019, p. 23.

<sup>519</sup> Ingleby, 2004, p. 21.

<sup>520</sup> *Ibidem*.

Watters<sup>521</sup>, que mostrou como tais mal-entendidos podem ter consequências desastrosas para aqueles cujos direitos de pensão ou *status* de asilo são possibilitados justamente por tais diagnósticos. Para explicar o assunto, evoca mais um exemplo, desta vez de *fora* do campo do trauma, mas ainda numa perspectiva pragmática do diagnóstico. Ingleby cita o exemplo do diagnóstico de “nistagmo de minerador”, que, no auge da mineração, foi a principal forma de compensação para os mineradores incapacitados. Nos anos 1930, esse transtorno se tornou, na Inglaterra, o critério mais importante para compensação na indústria da mineração. A descrição social construcionista de Karl Figlio<sup>522</sup> desse diagnóstico parece ser análoga à de TEPT. Por exemplo, segundo Ingleby, a relação entre os principais sintomas de nistagmo (movimentos oscilatórios dos olhos) e a incapacitação era, na verdade, muito fraca. Acima de tudo, no entanto, o nistagmo tinha uma função *simbólica*, ou seja, era o emblema de um “caso merecedor”. Assim, não é à toa que, diante de todo este quadro, poucas pessoas, hoje, negariam o direito daqueles mineradores receberem a indenização. De maneira semelhante – e aqui deve ser lembrado que Ingleby escreve a partir de um contexto muito específico, o europeu ocidental -, o diagnóstico de TEPT é, na atualidade, a principal forma de compensação para muitos tipos diferentes de violência, incluindo refugiados e, na visão deste autor, até que um sistema melhor possa ser planejado e concebido seria errado e injusto bloquear esse caminho. Por fim, acrescenta que talvez “essas considerações possam fornecer uma chave de entendimento ao crescimento de popularidade espetacular do conceito de TEPT”. É neste sentido que coloca em evidência uma questão dirigida aos leitores, interessados no campo do trauma: Como resolver isso, que poderia ser chamado de um enigma, o fato de um conceito ser “tão inadequado” para descrever as dificuldades que acometem aos refugiados em particular, sendo objeto de tantas críticas e ter tanto sucesso? Ele escreve: “A resposta tem relação, principalmente, com as *consequências sociais* do diagnóstico de TEPT”.<sup>523</sup>

Da visão de Ingleby podemos ainda destacar: “A experiência mostra que as agências legais, os departamentos governamentais e as companhias de seguro não são impactados pelos problemas formulados em termos de abordagens que podem ser

---

<sup>521</sup> Charles Watters, C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. **Social science and medicine**, 52, p. 1709-1718. 2001.

<sup>522</sup> Karl Figlio. How does illness mediate social relations? Workmen’s compensation and medico-legal practices, 1890-1940. In: Wright, P. & Treacher, A. (eds.). **The problem of medical knowledge**. Examining the social construction of medicine. Edimburgo: Edinburgh University Press, 1982, p. 174-224.

<sup>523</sup> Ingleby, op. cit., p. 22.

chamadas de ‘soft’”.<sup>524</sup> O autor defende que, em geral, descrições fenomenológicas e holísticas, que levem em consideração o contexto social, o sentido e a experiência vivida de padecimento, ainda que sejam indispensáveis ao cuidado eficaz, não são de utilidade num contexto jurídico, como em tribunais. Observa que “um advogado pode demolir rapidamente tais descrições. São muito mais adequadas, neste território, as descrições categóricas, em preto e branco, que caracterizam a abordagem ‘biomédica’, em que se supõe uma distinção fundamental entre a normalidade e a patologia”.<sup>525</sup> Exemplifica este argumento com um caso empírico, ocorrido em 2003, relativo a um requerente angolano por asilo. Na ocasião, o requerimento para asilo político foi recusado por causa das descrições de maus-tratos e de tortura ocorridas em Angola, as quais não conseguiram convencer os investigadores do Governo, que consideraram, no final, seu país de origem como um lugar seguro. Em seguida, o asilo por razões humanitárias foi requerido, argumentando-se que o indivíduo estava gravemente deprimido por motivo de sua irmã ter sido torturada até a morte, após ser encontrada em posse de uma carta dele. Esse pedido foi objeto de recurso, porque, nas palavras do Ministério do Interior, a depressão seria “compreensível em alguém tão distante de sua família e que viu cenas tão sombrias”.<sup>526</sup> Para Ingleby, este é um exemplo que mostra os efeitos concretos dos conceitos num contexto judicial, inaplicáveis em outros contextos, como o do cuidado. Assim, observa, que muitos trabalhadores em saúde mental evitam “patologizar” ou “medicalizar” os problemas de seus pacientes, tentando borrar as fronteiras que distinguem a normalidade da patologia. Por outro lado, o que deve se levar em conta é que essa “normalização”, onde se enfatiza que supostamente perturbações ditas “patológicas” podem ser descritas em termos de idiomas locais e cotidianos, podem ser desastrosas em termos legais e particularmente diante de situações judiciais. Além disso, administradores de serviços em saúde mental agem conforme os conceitos biomédicos e não a partir de termos que lhe parecem abstratos. Afinal das contas, foi para se chegar a uma estrutura padrão para definir os custos de tratamento, que o DSM se tornou referência universal para os serviços de saúde mental. Observa o autor que não é por acaso que o TEPT, um conjunto limitado e de maneira alguma um representante ideal dos problemas que podem acometer aos

---

<sup>524</sup> Ibid., p. 22.

<sup>525</sup> Ibidem.

<sup>526</sup> Ingleby cita aqui a seguinte referência. NCADC, 2003. Newsletter 13 February 2003. Manchester: National Coalition of Anti-Deportation Campaigns.

refugiados, adquiriu um estatuto tão especial. Tal como o exemplo do nistagmo de mineiro, esta categoria funciona como símbolo para os efeitos da violência organizada e como chave que pode abrir determinadas portas. Na atualidade, este fenômeno pode ser observado em muitas áreas para além do campo dos refugiados.

Tendo em vista o conjunto de discussões apresentadas até aqui sobre a polémica em torno da migração e do refúgio, cabe ainda acrescentar as considerações de Jubilut<sup>527</sup>, que salienta a necessidade de ser empregada uma abordagem multidisciplinar, tendo em vista a complicação envolvida em análises que empreguem um único ponto de vista metodológico ou de uma única abordagem dentro dos diversos campos ou ramos do saber. Observa a jurista que aquilo que pode fazer sentido num determinado universo pode não ser o ideal em outro, tomando como exemplo, o próprio conceito ou as percepções acerca da categoria de “refugiado”. Segundo Jubilut, tal raciocínio se aplica à questão das categorias, naquilo que se refere ao refúgio e à migração forçada, mas que podem ser aplicadas às categorias psiquiátricas diagnósticas nesta discussão, uma vez que servem como critérios levados em conta na jurisdição atual deste campo. Em relação específica ao refúgio e à migração forçada, observa que se tratam de categorias muito relevantes dentro de uma abordagem jurídica, uma vez que, no cenário atual, existem Regimes de Proteção diferenciados no Sistema Internacional e, caso não existam maneiras de fazer a associação da pessoa com os critérios legais, não se alcança uma efetiva proteção, de uma maneira mais ampla, a partir das normas internacionais. Assim, destaca a importância desses critérios, uma vez que são categorias definidas com o fim de garantir a proteção legal e descobrir quais são as necessidades específicas dessas pessoas. Destaca também como primordial a necessidade de se desenvolver novos regimes de proteção daqueles que não são enquadráveis nas normas vigentes. Para Jubilut, a depender do tipo de migração forçada que a pessoa sofreu, pode-se ter uma necessidade diferente. Destaca-se nos argumentos desta autora sua visão (em perfeita sincronia com a nossa) de que, muitas vezes, o que se torna problemático, não é o “rótulo” em si, mas o modo como ele é mobilizado. No caso específico dos imigrantes, ela cita o exemplo de que vários tipos ou categorias continuam até o atual momento (2018) sem um Regime específico de Proteção Internacional. Assim, ao seu ver, trata-se de uma questão de “como se faz o uso, muitas

---

<sup>527</sup> Bruna S. de Aguiar. Entrevista com Liliana Lyra Jubilut: a contínua busca de proteção integral para pessoas refugiadas e outros migrantes. **Argumentos**: Revista do Departamento de Ciências Sociais da Unimontes, 15, 1, p. 235-249, 2018.

vezes político, dessas categorias para minimizar a perspectiva de proteção. Este efeito pode ser diluído a partir do aprofundamento sobre os conceitos técnicos, dos direitos dos Refugiados, dos Direitos Humanos e do Direito Internacional como um todo”.<sup>528</sup> Portanto, deve-se ter em perspectiva que a categoria se liga a um determinado aspecto da proteção, o qual não deve ser vinculado às percepções da pessoa. Ela observa então que, toda “vez que o rótulo sair dessa dimensão de assegurar proteção e implicar em prejuízos, ele está sendo mal utilizado ou deve ser repensado”.<sup>529</sup> Cabe ainda acrescentar sua observação de que “a falta das categorias não levaria a um aumento da proteção”, isto é, “não teríamos mais proteção para alguns, mas sim falta de proteção para todos”.<sup>530</sup> E conclui: “No cenário ideal, a proteção existiria para todos migrantes, forçados ou não, e que tenham entrado de modo regular ou não, e que tenham entrado de modo regular ou não nos territórios dos Estados”.

Em termos do impacto das categorias sobre a identidade dos refugiados, observa que o fato de ser migrante forçado, que por si só já é uma categoria de vulnerabilidade, não significa que a mesma seja o único aspecto de sua identidade. É possível, por exemplo, haver casos em que existem duplas, triplas, quádruplas vulnerabilidades, as quais se encontram diretamente relacionadas à identidade da pessoa, mas, sobretudo, à forma em que essa sociedade trata tal identidade e às necessidades específicas que surgem da mesma. Por isso, considera tão relevante e essencial que tais necessidades específicas sejam incorporadas em todo o espectro da proteção, seja durante o deslocamento, seja durante cada etapa do procedimento de análise de um pedido de proteção legal, ou no momento posterior em que essa pessoa já possua um *status* jurídico definido.

Na esteira de tais discussões, situando de que modo as categorias dos campos da psiquiatria, da psicologia e da psicoterapia, se articulam com a discussão sobre os refugiados, é válido destacar os argumentos de Jose Brunner<sup>531</sup>, que considera que só através de um debate científico sobre aqueles que são politicamente traumatizados é possível permitir que o trauma vivenciado individualmente seja parte de uma categoria não-individual. Para este autor, embora o conceito de trauma, como o de TEPT, devido aos seus critérios sintomatológicos, acabe por despolitizar e descontextualizar o sofrimento, isto não faz com que os discursos sobre o trauma se limitem à psicopatologia.

---

<sup>528</sup> Aguiar, 2018, p. 236.

<sup>529</sup> Ibidem.

<sup>530</sup> Ibidem.

<sup>531</sup> José Brunner. **Die Politik des Traumas**. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2014.

Neste sentido, observa que tem ocorrido justamente o oposto, uma vez que, a partir do trauma, discursos clínicos, científicos, mas também políticos, têm sido desenvolvidos. Além disso, a despeito da experiência individual tender a desvanecer no pano-de-fundo do diagnóstico, a possibilidade de ser ampliado o vocabulário a partir deste diagnóstico, ou seja, a partir do vocabulário do trauma que passa, então, a ser disseminado, aumenta-se consequentemente o repertório de comportamentos (em contraposição à ideia de que se reduziria o repertório), bem como se fortalece, numa perspectiva validada do ponto de vista científico, as consequências psíquicas das violências perpetradas individualmente e institucionalmente. Para o autor, isto contribui para a facilitação da expressão e do compartilhamento das dores no âmbito público. Seria somente através dessa expressão que o reconhecimento “público da vítima é possível”.<sup>532</sup> Acrescenta que, além disso, quanto mais palavras estão disponíveis para descrever o que aconteceu por causa da traumatização, mais compensações materiais e morais se tornam possíveis para balancearem a perda vivida que foi produzida, maiores as chances de a vítima estabelecer, enfim, uma “diferença entre a realidade do terror e a sua memória”.<sup>533</sup>

#### **2.1.4 Memória social, verdade e reparação**

A segunda metade do século XX foi marcada por processos que tiveram como objetivo comum dar conta dos efeitos gerados pelo horror e pelas atrocidades perpetradas, na maior parte dos casos, pelos próprios Estados, desde o fim da II Guerra Mundial. A partir do último quarto deste século, de múltiplas e complexas formas, tais processos foram conduzidos por entidades governamentais e não-governamentais que buscaram enfrentar as consequências das ações de agentes estatais. Se não bastasse o terror em escala e gravidade inéditas, nas décadas que seguem à Guerra de 1939-1945, a humanidade, ao redor do globo, não experimentou uma paz estável. A barbárie e o pisoteamento dos direitos sociais e individuais mais elementares foi o que se observou nas ditaduras militares instaladas na América Latina, e nos regimes fantoches, também a serviço de interesses estrangeiros, em dezenas de outros países, na África, Ásia e Oriente Médio. A fim de manter uma ordem neocolonial, criou-se um complexo sistema repressivo, estatal, policial e paramilitar, clandestino, contra aqueles que desafiavam o

---

<sup>532</sup> Brunner, 2014, p. 48.

<sup>533</sup> Ibid., p. 195.



*status quo*. Num contexto de ditaduras militares apoiadas na repressão absoluta e acobertada por vasta propaganda política, de caráter demagógico, os crimes (torturas, sequestros e assassinatos de opositores) foram denunciados nos foros internacionais de defesa dos direitos humanos. Depois, já vencidos os regimes policiais latino-americanos, as vítimas que sobreviveram ainda padeciam parcial ou completamente dos efeitos que os golpes da perseguição política lhes causaram no corpo e na mente.

Montou-se na América Latina, a partir da experiência acumulada pela ditadura brasileira, um novo modelo de repressão, sob orientação dos EUA, e que praticamente transformou os exércitos nacionais em tropas de ocupação dos seus próprios países, em nome da defesa do chamado “mundo livre” e da “civilização ocidental-cristã”. Nesse modelo se destacaram como meios de controle e dominação, além de um sistema de espionagem e da censura ao Rádio, TV, edição de jornais e livros, etc., uma vasta rede de tortura. A inteligência foi empregada no manejo daquilo que deveria ser registrado ou destruído (tanto documentos quanto corpos), neste último caso, sem deixar quaisquer indícios passíveis de ser posteriormente localizados.

No Brasil e em outros países, a lei do silêncio foi estruturalmente instituída, produzida pela maquinaria burocrática pública e pela estrutura militar, com a cumplicidade de poderosos grupos da comunicação social, os mesmos que apoiaram os golpes armados reacionários. Aqui, beneficiando-se das mudanças na correlação de forças no campo internacional, nos últimos anos da década de 70, se fortaleceram as lutas pela redemocratização, pelo fim da censura, o ressurgimento e expansão das greves operárias, a mobilização camponesa, as vitórias sobre o arrocho salarial, os movimentos contra a terrível carestia de vida, e também as campanhas por anistia política e as denúncias dos crimes ocultados. Com um vigor ainda maior, no raiar do século 21, parte daquele período de trevas foi escavado e paulatinamente trazido à tona. Nos períodos de transição, isto é, de transição daqueles regimes onde a prática do terror não encontrara entraves e limites em direção aos chamados Estados democráticos de Direito, a memória e a verdade sobre o passado, e os meios reparatórios dos danos causados, consolidaram-se, ao longo destes anos, como objetivos tradicionalmente indissociáveis.

*Processos de Justiça de Transição*

A ativista dos direitos humanos, Priscilla Hayner<sup>534</sup>, observa que, numa importante coletânea de trabalhos<sup>535</sup>, publicada em 1986, nota-se a difícil tensão que surgia, quando se tratava de escolher entre *esquecer* o passado e atender à demanda ética e política para confrontar os crimes do regime anterior. Para os autores da coletânea, o dilema implicava em uma “imensa dificuldade” para a qual não havia solução satisfatória naquele período. Hayner destaca a observação, colocada no trabalho, de que o problema específico seria diferenciado de outras questões do processo transicional, uma vez que, a despeito das dificuldades envolvidas, não poderia simplesmente ser evitado. Os autores sugeriam que a pior entre as más soluções seria tentar ignorar a questão, e que a menos danosa, esta sim, baseada em considerações éticas e políticas, deveria ser a de sustentar e defender o julgamento dos criminosos. Foi por este motivo que, pouco mais de 10 anos depois<sup>536</sup>, saltaram aos olhos de Hayner a ausência da referência à jurisprudência e às normas de direito internacional que, no início do século 20, enquadraram tais questões, assim como o escopo restrito de opções apresentadas pelos autores para responder tais crimes.

Exemplificando a mudança que rapidamente ocorreria num curto espaço de tempo, a autora observa que, quando a coletânea referida foi publicada, a Comissão Nacional sobre o Desaparecimento de Pessoas (CONADEP), na Argentina, estava dando seus primeiros passos. Não existia praticamente nenhum reconhecimento em nível internacional da busca pela verdade como um instrumento da justiça de transição, nem mesmo o reconhecimento das estratégias não-jurídicas que, nos anos seguintes (anos 1990 e 2000), tornaram-se importantes e centrais em transições pós-conflito. Como destaca Hayner, em 10 anos (meados dos anos 1990 em diante), este quadro já havia sido alterado dramaticamente. Passados quase 25 anos da publicação deste livro<sup>537</sup>, o novo campo da justiça transicional tornou-se amplamente referido, existindo uma extensa literatura sobre

---

<sup>534</sup> Priscilla Hayner. **Unspeakable truths**: transitional justice and the challenge of truth commissions. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: Routledge, 2011.

<sup>535</sup> Guilherme O'Donnell e Philippe Schmitter. **Transition from Authoritarian Rule**: tentative conclusions about uncertain democracies. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1986.

<sup>536</sup> Seguimos como referência principal desta autora a segunda versão do livro de Hayner, publicada em 2011. No entanto, a observação destacada pela autora já está presente na primeira edição de *Unspeakable truths*, publicado em 2001.

<sup>537</sup> Hayner (2011, p. 7).

praticamente todos os aspectos deste campo, passando a fundamentar e ajudar no enquadramento da maior parte das grandes transições políticas ao redor do globo.

A despeito de um novo continente de discussão e de transições democráticas ter emergido internacionalmente, vale apontar algumas das peculiaridades locais que se configuram como características particulares e marca da variabilidade desses processos. Por exemplo, seguindo ainda o trabalho de Hayner<sup>538</sup>, encontramos a vasta terminologia empregada para nomear as comissões da verdade, ao longo do tempo. Apesar das primeiras comissões terem sido instituídas nos anos 1970, as “comissões da verdade”, propriamente nomeadas, emergiram apenas a partir da Comissão Nacional da Verdade e de Reconciliação (Chile) e da Comissão da Verdade (El Salvador), concluídas respectivamente nos anos de 1990 e 1992. Para citar alguns exemplos da variabilidade terminológica, encontramos as “comissões sobre os desaparecidos”, instituídas na Argentina, conforme já mencionado, em Uganda e no Sri Lanka, as “comissões da verdade e da justiça”, assim nomeadas no Equador, no Haiti, nas Ilhas Maurício, no Paraguai e no Togo; as “comissões da verdade, justiça e reconciliação”, no Quênia; a “comissão de clarificação histórica”, na Guatemala; além das “comissões da verdade e de reconciliação”, na África do Sul, no Chile e no Peru<sup>539</sup>.

Ao abordar a variabilidade de processos de transição política ocorridos na América Latina desde a década de 80, Félix Reátegui<sup>540</sup> destaca que se tratam de “instituições, práticas, políticas, normas e mecanismos que guardam uma manifesta diversidade interna, isto é, dentro de cada país e, também, externamente, entre os diversos

---

<sup>538</sup> Hayner (2011).

<sup>539</sup> Dezenas de comissões foram lideradas pelos Estados paralelamente a iniciativas da sociedade civil. Para obter uma compreensão sobre a extensão e a cronologia das dezenas de comissões da verdade instauradas desde os anos 1970, listo os países com as datas em ordem cronológica. Para uma discussão comparativa das diferentes comissões, remeto o leitor ao trabalho supracitado de Hayner. Observe-se que, no caso de Uganda, Uruguai, Equador, República da Coreia (Coreia do Sul) e Chile, as comissões foram criadas em duas ocasiões. As 41 comissões destacadas foram: Uganda [1974], Bolívia [1982-1984], Argentina [1983-1984], Uruguai [1985], Zimbábue [1985], Uganda [1986-1995], Filipinas [1986-1987], Chile [1990-1991], Nepal [1990-1991], Chade [1991-1992], Alemanha [1992-1998], El Salvador [1992-1993], Sri Lanka [1994-1997], Haiti [1995-1996], África do Sul [1995-2002], Equador [1996-1997], Guatemala [1997-1999], Nigéria [1999-2002], Uruguai [2000-2003], Coreia do Sul [2000-2004], Panamá [2001-2002], Peru [2001-2003], República Federal da Iugoslávia [2001-2003], Gana [2002-2004], Timor-Leste [2002-2005], Serra Leoa [2002-2004], Chile [2003-2005], Paraguai [2004-2008], Marrocos [2004-2006], Greensboro, Carolina do Norte, Estados Unidos [2004-2006], República Democrática do Congo [2004-2006], Indonésia e Timor-Leste [2005-2008], Coreia do Sul [2005-2010], Libéria [2006-2009], Equador [2008-2010], Quênia [2008-2013], Ilhas Maurício [2009-2011], Ilhas Salomão [2009-2012], Togo [2009-2012], Canadá [2009-2015] e Brasil [2012-2014].

<sup>540</sup> Félix Reátegui. Introduction. In: **Transitional Justice: handbook for Latin America**. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, p. 33-41.

países que decidem confrontar o passado violento”.<sup>541</sup> Neste sentido, nem todos os países “conseguem encaixar-se em uma grande unidade coerente e experimentam muitos desajustes na prática destas políticas”.<sup>542</sup> Destaca também que “múltiplas formas de desafio armado à ordem estatal foram desencadeadas em quase todos os países da região, (...) desde a estratégia guerrilheira até a prática do terror”<sup>543</sup>, diversidade, no entanto, que possui em comum o pesado acúmulo de violações de direitos humanos e outras formas de abuso. Observa, ainda a título de diferenciação, que, na Guatemala e em El Salvador, ocorreram processos de pacificação – e não, simplesmente, transições democráticas, uma vez que os confrontos armados alcançaram o *status* de genuína guerra civil. Além disso, enquanto em alguns casos foi o Estado o principal responsável por esses “graves e massivos crimes, como na Argentina, no Brasil, no Chile, na Guatemala ou em El Salvador”<sup>544</sup>, em outros, como no Peru e na Colômbia, “além da ação estatal, pôs-se em evidência também a ampla responsabilidade das organizações armadas não-estatais no cometimento de atrocidades contra a população”.<sup>545</sup> Reátegui dá o exemplo da experiência argentina, que demonstrou que a busca pela justiça segue um caminho não progressivo ou linear, no qual, muitas vezes, se trespassavam momentos de revelação da verdade e de exercício da justiça penal, com mecanismos de impunidade, seguidos de novos desenvolvimentos normativos e jurisprudenciais que abriram caminhos para novas sanções judiciais de graves delitos. A experiência argentina, por sua vez, é distinta da brasileira e da uruguaia, as quais serviram como testemunho da permanência de inúmeros “obstáculos *de jure* e *de facto* para a provisão do remédio efetivo para as vítimas”.<sup>546</sup>

A despeito de cada sociedade ter experimentado e ainda experimente de maneira particular e distinta a interação das transições políticas e de demandas por justiça, é importante considerar que tais avanços e demandas não podem ser vistos isoladamente. Conforme observam vários autores, tais processos se relacionam com uma ampla experiência internacional acumulada. Destacam-se aqui os julgamentos de Nüremberg, que se configuraram num extenso marco legal, na forma de convenções, e que proscreveram os crimes graves internacionais como o crime de genocídio, de guerra e de

---

<sup>541</sup> Reátegui, 2011, p. 40.

<sup>542</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>543</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>544</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>545</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>546</sup> *Ibid.*, p. 38.

lesa-humanidade. Sobre o legado do Tribunal de Nüremberg, Paul van Zyl<sup>547</sup> comenta a sua importância e destaca que, longe de ser considerado algo menor, por ter processado apenas uma fração do número total de indivíduos penalmente responsáveis, deve ser, ao contrário, compreendido como uma maneira efetiva de reafirmar, no domínio público, normas e valores essenciais cuja violação passou a redundar em sanções.<sup>548</sup> Para este jurista, é importante também ter ciência de que julgamentos como esse só podem ser respostas parciais à violação sistemática dos direitos humanos, uma vez que, na maior parte das vezes, tanto as vítimas como os perpetradores de crimes em massa “jamais encontrarão a justiça em um tribunal, sendo, por isso, que se faz necessário complementar os julgamentos com outras estratégias”.<sup>549</sup> Referindo-se aos julgamentos de Nüremberg, as colocações de Reátegui comungam com as de van Zyl, pois reforçam a ideia de que, para além dos casos particulares, “é inegável que (...) emerge daí um *paradigma humanitário*”.<sup>550</sup> Assim, este autor corrobora a visão de que teria sido a partir deste ponto que uma preocupação voltada à proteção e ao respeito à dignidade humana, como valores universais, além da convicção de que esses valores não podem ser postergados em nenhum caso, constituindo meta civilizatória constante na história universal.

Segundo Jo-Marie Burt<sup>551</sup>, nos tempos recentes, o desenvolvimento dos direitos humanos no plano internacional entrou numa nova fase. Para a pesquisadora<sup>552</sup>, o século 21 em particular, tem testemunhado a ascensão de uma nova fase, devido à globalização, à difusão relativamente recente de normas de direitos humanos, ao ativismo local e transnacional de direitos humanos, e à própria evolução do campo do direito internacional, configurando o que ela chama de massificação e normalização de mecanismos de justiça de transição. No caso particular da América Latina, diante da escassez de respostas das instituições judiciárias domésticas, tanto para investigar como para punir graves violações de direitos, Burt escreve que diversas organizações de direitos humanos, de sobreviventes e de parentes de vítimas de abusos e outros grupos da

---

<sup>547</sup> Paul van Zyl. Promoting Transitional Justice in post-conflict societies. In: **Transitional Justice: handbook for Latin America**. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, pp. 45-67.

<sup>548</sup> Van Zyl (2011, p. 48).

<sup>549</sup> Ibidem.

<sup>550</sup> Reátegui, op. cit., p. 39, grifo no original.

<sup>551</sup> Jo-Marie Burt. Challenging impunity in domestic courts: human rights prosecutions in Latin America. In: **Transitional Justice: handbook for Latin America**. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, pp. 285-311.

<sup>552</sup> É válido acrescentar que a compreensão de Burt sobre tais fases de evolução da justiça de transição baseia-se, por sua vez, nos estudos em direito internacional de Ruti Teitel. Cf. *Transitional Justice Genealogy*. **Harvard Human Rights Journal**, v. 16, p. 69-94, 2003, desta autora.

sociedade civil, buscaram se utilizar de entidades internacionais. Destaca o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos humanos, em particular a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), que começou a proferir decisões sustentando o dever do Estado de processar tais graves violações, bem como o direito de acesso à justiça e à verdade das vítimas. Como exemplo, menciona o caso de Barrios Altos, onde a CIDH determinou que as leis de anistia, cujo objetivo era o de proteger os perpetradores da acusação, “violavam a Convenção Americana de Direitos Humanos e eram, portanto, sem efeito”.<sup>553</sup> Observa também que este caso específico ajudou a estimular os esforços domésticos para contestar tais leis, favorecendo a abertura de processos criminais em muitas partes da região. Destaca que foram os “esforços decididos de grupos da sociedade civil que levaram adiante a agenda da responsabilização”.<sup>554</sup> Em consonância com as colocações de Burt, podemos evocar, ainda, Reátegui<sup>555</sup>, segundo o qual, com a maturação e o fortalecimento de sistemas regionais de proteção (destaca aqui o CIDH), conjugam-se, ao mesmo tempo, memória, verdade e reparações, na medida em que uma jurisprudência é sustentada e se configura num “marco normativo com força legal para o processo penal de crimes e o ressarcimento das vítimas”.<sup>556</sup> O autor também destaca a associação entre entidades que vão além da estrutura do próprio Estado, destacando a importância das iniciativas instauradas na sociedade civil, tais como as organizações não-governamentais, as organizações de vítimas, as coletividades acadêmicas e certos grupos políticos. É neste sentido de atividade conjunta de ações, que, contemporaneamente, são iniciadas comissões da verdade, tribunais de justiça nacionais e internacionais, programas administrativos de reparações a vítimas, iniciativas oficiais de comemoração, instâncias de reconciliação nacionais ou regionais, além de mecanismos estatais de busca de pessoas desaparecidas.<sup>557</sup>

### *Processos da transição no Brasil*

Uma série de importantes campanhas dirigidas por uma ampla aliança de forças civis, dentro e fora do legislativo, ganharam corpo já na primeira metade dos anos 70. A

---

<sup>553</sup> Burt, 2011, p. 311.

<sup>554</sup> Ibidem.

<sup>555</sup> Reátegui, 2011, p. 38.

<sup>556</sup> Ibidem.

<sup>557</sup> Ibid., p. 39.

despeito da atmosfera sufocante que pairava sobre o Brasil desde o golpe militar de 31/03/1964, a unidade dessas forças oposicionistas gradualmente ganhou contornos mais nítidos e conquistou expressivas vitórias. Na segunda metade da década, destacaram-se o Movimento Feminino pela Anistia e, depois, o Comitê Brasileiro da Anistia, que, sendo inicialmente fundado no Rio de Janeiro, rapidamente se expandiu para diversas regiões do País. Sua criação, inseparável da exigência da revogação da lei de segurança nacional, ocorreu numa conjuntura em que se enfrentavam a frente democrática, e os setores *duros*, abertamente terroristas, das forças armadas. Deste embate, desfavorável para as forças democráticas, resultou a denominada anistia “ampla, geral e irrestrita”, aprovada em 28/08/1979.<sup>558</sup> É importante destacar que se aprovou a anistia ao próprio exército, ao mesmo tempo em que se restringiram severamente as possibilidades de imputabilidade dos agentes militares. Além disto, não foram beneficiados aqueles anteriormente condenados pela prática de terrorismo, assalto, sequestro e atentado à pessoa humana. Assim, a lei concedeu a anistia aos militares implicados na violenta repressão política, nos sequestros, nas torturas e na eliminação física de centenas de brasileiros, mas deixou de fora todos aqueles diretamente envolvidos com a resistência armada.

Aprovado tal modelo de anistia, implicações importantes foram produzidas, não só as de escopo jurídico-político mais imediato, mas também as relativas ao legado histórico e formador da memória social brasileira, desde então, calcada no perdão, na inimputabilidade e no esquecimento. Este amargo resultado transferiu a responsabilidade pela continuidade das investigações das atrocidades do Estado brasileiro para a sociedade civil. Assim, nas décadas de 80 e 90 do século 20, coube aos familiares dos mortos e desaparecidos políticos, e aos militantes dos movimentos pelos direitos humanos, a missão de dar visibilidade pública às suas demandas, além de manter a pressão sobre as esferas de poder estatal para a adoção de ações investigativas, de responsabilização e reparação dos crimes cometidos pelo regime militar. Destacamos ainda, nos anos 80, o Grupo Tortura Nunca Mais, importante movimento fundado em 1985, no Rio de Janeiro (depois, expandido para várias outras cidades), bem como a publicação, no mesmo ano, do monumental documento *Brasil: nunca mais*.<sup>559</sup> Somam-se a estes eventos, nos anos 90, outros marcos importantes, como a localização de cemitérios clandestinos usados

---

<sup>558</sup> Lei nº 6.683.

<sup>559</sup> Cf. Arquidiocese de São Paulo. **Brasil nunca mais**. Petrópolis: Vozes, 1985.

como depósito de ossadas de opositores assassinados<sup>560</sup>, e, finalmente, já no ano de 1995, o primeiro ato normativo federal de reconhecimento oficial das violações praticadas por agentes do Estado brasileiro: a Lei nº 9.140/95, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso [1995-2002], e que instituiu a Comissão Nacional Especial sobre Mortos e Desaparecidos (CEMDP). Na esteira destes eventos e de continuada mobilização em prol de investigações e responsabilização dos agentes envolvidos, somam-se as denúncias realizadas na ONU<sup>561</sup>, e a importante aprovação, mais à frente, particularmente nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva [2003-2010], do Programa Nacional de Direitos Humanos 3. Por fim, a partir de um ato presidencial específico, foi designado um grupo de trabalho responsável pela elaboração do projeto de lei de criação da Comissão Nacional da Verdade (CNV), transformado na Lei nº 12.528, de 2011.

Seguindo o escopo do presente trabalho, a importância de tais iniciativas se dá na medida em que elas nos permitem obter acesso ao registro daqueles que acompanharam de perto tais eventos, e às inúmeras fontes documentais e aos registros históricos relacionados a este período. Nesta bibliografia primária, vale destacar a abundância de histórias relatadas na perspectiva daqueles que sofreram diretamente os efeitos da barbárie sistematizada. Frisamos que, sem essas iniciativas, tais relatos, como alguns dos que veremos a seguir, se perderiam no tempo. Isto só foi possível graças ao registro, à legitimação por variadas ordens públicas, e à publicização junto à Comissão Nacional da Verdade, entre outros arquivos que, atualmente abertos e acessíveis ao público.

#### *Testemunhos em primeira pessoa*

Citamos, como primeiro exemplo, o relato de Epaminondas de Oliveira Neto, concedido à CNV em 25/09/2013. Epaminondas relatou que seu tio foi forçado a levar os agentes da repressão ao local onde estava o pai (avô do depoente), líder camponês que nunca mais foi encontrado. No dia em que os militares invadiram a “nossa casa, a casa da minha avó (...) invadiram, empurravam a minha avó, maltrataram do que puderam,

---

<sup>560</sup> Como o da Vala dos Perus, em São Paulo (cemitério Dom Bosco) e a vala clandestina do cemitério de Ricardo de Albuquerque.

<sup>561</sup> Cf. Cecília Coimbra et al. Intervenção clínica quanto à violação dos Direitos Humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, na ética, na política. Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 113-121.



reviraram tudo, levaram muita coisa, muito documento, levaram álbum de fotografia”.<sup>562</sup> Ele lembra que, nessa ocasião, a “minha avó passou mal (...). Aí pegaram meu tio, filho do Epaminondas [avô], levaram ele preso (...). Ele foi preso inclusive na presença dos filhos, sobrinhos, levaram assim, ficou todo mundo chorando, sem saber o que estava acontecendo, porque eram crianças”.<sup>563</sup> Nesta ocasião, segundo o depoente, o tio também não sabia o que estava acontecendo, uma vez que o avô tinha o cuidado de não envolver a família em sua luta política, particularmente, nas reuniões das quais participava. Foi assim que o levaram até onde estava o avô, “o Epaminondas, lá no garimpo de Cajazeiras, [e] lá ele foi preso”.<sup>564</sup> O depoente relata que, na ocasião, seu tio não sabia o que estava acontecendo. Tratava-se de uma “pessoa séria, é uma pessoa séria, [pois] até hoje está vivo, uma pessoa pacata (...). Mas ficou com trauma, ficou com problema até hoje”.<sup>565</sup> Epaminondas conta que “praticamente todo mundo parou (...), ficou todo mundo aterrorizado pela situação. (...) Porque nesse dia que pegaram meu avô e levaram (...) eu lembro que as notícias que chegavam era que ele estava sendo espancado, torturado, que ele tinha sido espancado e torturado a partir do momento que ele foi preso”.<sup>566</sup>

Em seu depoimento<sup>567</sup>, Izaura Silva Coqueiro lembra do ocorrido com seu marido, militante, à época, do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e do Movimento Revolucionário Tiradentes. Segundo ela conta, Aderval Alves Coqueiro fora preso em 29 de maio de 1969, tendo sido logo torturado pelo delegado de polícia Sérgio Paranhos Fleury. Após um período de exílio na Argélia, Aderval voltou clandestinamente ao Brasil em 1971. No mesmo ano, foi morto a tiros num apartamento no Rio de Janeiro. Ela lembra: “Tive que morar de favor na casa do meu sogro, com meus dois filhos pequenos, e dependia da ajuda de amigos, pois não consegui trabalhar”.<sup>568</sup> Com uma história semelhante à de Izaura, encontramos a de Pedrina José de Carvalho cujo marido, Devanir José de Carvalho, também era militante do Movimento Revolucionário Tiradentes. Após ter sido preso, foi torturado por dois dias e assassinado pelo delegado Fleury, em 07 de abril de 1971. Em seu depoimento, ela afirma: “Além do trauma de

---

<sup>562</sup> Depoimento contido no capítulo 9, “Tortura”, página 383, do relatório final da Comissão Nacional da Verdade. Para o depoimento completo, remeto o leitor ao documento original. Brasil. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório. Volume I**. Brasília: CNV, 2014.

<sup>563</sup> Brasil, 2014, Vol. I, p. 383.

<sup>564</sup> *Ibidem*.

<sup>565</sup> *Ibid.*, p. 384.

<sup>566</sup> *Ibidem*.

<sup>567</sup> Izaura Silva Coqueiro. 33ª Caravana: São Paulo, SP. Mulheres Perseguidas. In: Maria José H. Coelho e Vera Rotta (orgs.). **Caravanas da Anistia: o Brasil pede perdão**. Brasília, DF: Ministério da Justiça; Florianópolis: Comunicação, Estudos e Consultoria, 2012, p. 195.

<sup>568</sup> *Ibid.*, p. 195.

perder o meu marido, tive de enfrentar a perseguição política”<sup>569</sup>, lembrando que, na época, não “tinha dinheiro para comprar roupas e calçados” para seus filhos de 3 e 7 anos, e que a alimentação “não era das melhores”.

Roseli Lacreta, no depoimento prestado à Comissão Nacional da Verdade, relata a sua prisão e as torturas a que foi submetida nas instalações da Aeronáutica, no Rio de Janeiro, em 1971. Destaca, em particular, alguns dos efeitos com que teve de lidar após a tortura: “Depois que eu saí, eu fiquei fechada, encerrada. Não queria saber de nada e nem de ninguém (...). Eu tinha perdido a linguagem verbal”.<sup>570</sup> Ela complementa:

“Fiquei fechada, fechada. Minha vida foi ali um ponto – parágrafo, até eu ver como eu iria começar minha vida, eu não sabia mais (...). Acabam com a sua vida e aí você tem que ver como é que você vai refazer seu eu, para você ver que vida você quer ter, para onde você vai. Então, a primeira coisa foi que acabou tudo até recomeçar outra vez, mas nunca mais do [mesmo] jeito. A violência acaba com o ser humano. (...) A violência, ela impede, ela (...) interdita o movimento de crescer, então você regride, você fica todo encapsulado.”<sup>571</sup>

A depoente Maria Aparecida Costa se insere na longa lista dos que testemunharam na CNV, em cujos depoimentos se destacam os desafios enfrentados no período posterior à atrocidade perpetrada. Ela pergunta: “Como você lida com este ser que você sai depois que você é preso e torturado? Em que você fala mais ou menos, que você não morre, que você está aí e que você não aguenta enfrentar a morte”. E continua: “Como é que fica? Como você recompõe este ser humano? Como você volta a se respeitar? Como você acha que vale alguma coisa? Então este é um ponto muito complicado, difícil (...). Não é algo que você resolve fácil”.<sup>572</sup>

No pedido de anistia junto ao Ministério da Justiça, encontramos o relato de João Silva Neto, ex-militante com histórico de luta contra a ditadura militar no Estado de Goiás. João foi preso, processado, condenado pela Justiça Militar, expulso da Faculdade de Direito e por fim cassado o mandato de vereador em Goiânia. Relativamente às bárbaras torturas às quais foi submetido, ele lembra: “Nos quartéis, ocorreram as mais ignominiosas torturas, (...) onde os chamados ‘interrogatórios preliminares’ eram verdadeiras sessões de torturas físicas e psicológicas, atemorizações, ameaças de morte,

---

<sup>569</sup> Pedrina José de Carvalho. 33ª Caravana: São Paulo, SP. Mulheres Perseguidas. In: Maria José H. Coelho e Vera Rotta (orgs.). **Caravanas da Anistia**: o Brasil pede perdão. Brasília, DF: Ministério da Justiça; Florianópolis: Comunicação, Estudos e Consultoria, 2012, p. 195.

<sup>570</sup> Brasil, 2014, Vol. I, p. 427.

<sup>571</sup> Ibidem.

<sup>572</sup> Ibidem.

choques elétricos”.<sup>573</sup> O sobrevivente lembra que eram as partes genitais as regiões que sofriam, com mais frequência, os choques elétricos, além dos “tapas e pontapés”, muitos dos quais provocavam sangramento pelo nariz e pela boca. Ele diz: “Sem se falar do trauma psicológico, dos sucessivos interrogatórios, torturas e ameaças de morte, que criaram estado de medo, pavor, angústia, sentimentos de impotência e desesperança, resultando em marcas profundas para o resto da minha vida”.<sup>574</sup> Lembra que foi levado para o reconhecimento de uma chácara onde o PCB realizava reuniões. Acrescenta que, como resistiu a dizer, com frequência teve o “revólver apontado para minha cabeça e ameaçado de execução, sob o pretexto de tentativa de fuga”.<sup>575</sup> Também relata que, como decorrência da primeira prisão, a partir dos “interrogatórios e todo tipo de ameaças apavorantes, o trauma psicológico foi profundo, pois, por meses e meses, a repetição destes interrogatórios e ameaças, criou estados de medo, pavor, angústia, sentimentos de impotência e desesperança, que deixaram marcas irreversíveis”.<sup>576</sup> Acrescenta que, a partir da segunda e da terceira prisões, formou a certeza de que a sua instabilidade seria permanente, relativamente à sua integridade física e liberdade pessoal. Ressalta que tais recordações aflitivas “causavam ansiedade e sofrimento permanentes”, decorrendo daí a “tendência ao isolamento, à perda do bom humor, baixa estima e do prazer pela vida, sendo frequentemente assaltado (...) por recordações recorrentes sobre o caso”.<sup>577</sup>

Karen Keilt também compartilhou sua história com a CNV. Em maio de 1976, então com 23 anos, foi brutalmente acordada por homens armados que a levaram, junto com seu marido, sob a falsa acusação de tráfico de drogas. Em entrevista concedida<sup>578</sup>, detalhou que, após serem levados para o Departamento Estadual de Investigações Criminais (Deic), ambos foram “espancados e torturados no pau de arara”, tendo sido também vítima de violência sexual e permanecido durante 45 dias na cadeia. Ela relata que o marido nunca mais andou sem o auxílio de bengala e, em 2001, se matou, uma vez

---

<sup>573</sup> João Silva Neto. **A ditadura militar em Goiás - arquivos revelados**: transcrições de relatórios dos órgãos da repressão; IPMs, sentenças de tribunais militares, certidões, depoimentos, artigos, imagens e reportagens. Volume 2. Goiânia: Anigo, Gráfica UFG, 2016, p. 859.

<sup>574</sup> João Silva Neto, 2016, p. 859.

<sup>575</sup> *Ibid.*, p. 860.

<sup>576</sup> *Ibidem.*

<sup>577</sup> *Ibidem.*

<sup>578</sup> Entrevista concedida a Glenda Mezarobba, cientista política que coordenou, na Comissão da Verdade, o grupo encarregado de ouvir os relatos sobre violência sexual e de gênero. Cf. Paulistana torturada na ditadura investiga se seu pai foi agente da CIA. **Folha de São Paulo**, 20 de junho de 2018. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/06/paulistana-torturada-na-ditadura-investiga-se-seu-pai-foi-agente-da-cia.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

que jamais “conseguiu esquecer o horror que passamos”. Ela detalha: “Não podia imaginar por que eles nos levaram. Chegamos à conclusão de que foi tudo motivado por dinheiro. Durante quase quatro décadas, acreditei que aqueles homens queriam o pagamento de resgate”. Acrescenta que durante o tempo em que estiveram presos, os policiais insistiram para que assinassem uma confissão por tráfico, o que recusaram. Ela detalha: “Meu marido foi o primeiro a ser torturado. Eu fui torturada três vezes no pau de arara. Recebi choques, fui espancada. Tive hemorragia e precisei ser levada de ambulância para um hospital”. A partir deste evento, ela diz: “Minha vida como conhecia acabou. Fugi para a Califórnia com meu bebê, de 18 meses. (...) Estava sempre com medo e naquele momento soube que nunca mais poderia viver no país. (...) Durante muitos anos tive pesadelos e medo”. E acrescenta: “Eu tinha medo. (...) Eu não fiquei pessoa humana até muitos anos depois. (...) Não é possível. Não é possível ser uma pessoa completamente humana outra vez. [Demorou] quase 40 anos para eu poder ficar normal outra vez. Eu nunca contei esta história para mais ninguém”.<sup>579</sup>

Wladimir Benevuto lembra que, em abril de 1964, quando então contava com a idade de seis anos, a casa de sua família foi invadida pelo Exército. Recorda que foi numa manhã, bem cedo, que a empregada da casa o acordou dizendo para levantar e ir para perto de sua mãe. Ele diz: “Quando eu saio do quarto e começo a descer a escada, noto que há pessoas subindo em fila, estão todos vestidos de verde, de capacete e de armas na mão”.<sup>580</sup> Lembra que o soldado que estava subindo na frente da fila o vê e o para, com uma metralhadora na mão apontando na sua direção. Ele diz: “Eu, sem entender o que está acontecendo, vou descendo a escada.” E finaliza: “Com a mão, tiro a metralhadora da minha frente e sigo”<sup>581</sup>. Lembra: “Todos os militares me dão espaço para passar, porque a escada é muito estreita (...) [e quando] chega a sala do andar térreo, noto que ali se encontram mais soldados. Todos estão de pé e parados. Dois estão armados com metralhadoras”.<sup>582</sup>

Ernesto Carlos Dias do Nascimento também era criança, quando foi preso junto com sua mãe, Jovelina, tendo sido ambos levados para a OBAN<sup>583</sup>, onde já estava seu pai. Carlos tinha apenas um ano e três meses e foi uma das quatro crianças banidas com

---

<sup>579</sup> Brasil, 2014, Vol. I, p. 427.

<sup>580</sup> Ibidem.

<sup>581</sup> Ibidem.

<sup>582</sup> Ibid., p. 427-428.

<sup>583</sup> A Operação Bandeirantes foi composta por membros das forças armadas e da polícia, e serviu como centralizador de investigações para o desmantelamento de organizações de esquerda.

outros 40 presos políticos para a Argélia, em junho de 1970. Ele diz: “Eu fiquei com muito trauma, por muito tempo, muito, muito, muito tempo. Eu não consigo lembrar (...). Outra coisa é o pavor que eu tinha das pessoas, pavor de pessoa de farda, tinha medo de pessoas fardadas, tinha pavor”.<sup>584</sup> E continua o relato: “E eu tinha fobia social, não conseguia ficar com as pessoas. (...) Tinha medo de contato social, com as pessoas. Quando chegava gente em casa, tinha aquele pavor. Eu não deixava ninguém me pegar, eu mordida as pessoas”.<sup>585</sup> Ernesto fala dos sonhos que teve até nove anos de idade, relacionados às sessões de tortura de seu pai, no DOI-CODI/SP, quando se simulava que ele seria enforcado. Até essa idade, “[sonhava com] a corda, o asno, um asno de bonezinho verde, e uma agulha”.

Ele testemunhou para a CNV:

Eu tenho fobia de agulha até hoje. (...) Tem uma agulha de costura que tem olhos, (...) como se fosse um desenho animado, tem os olhos grandes (...) o sorriso grande é de um fio. (...) O fio sempre tenta me ajudar e a agulha tenha me espetar. O asno me cerca com patadas. Ele sempre corre e ele me cerca com umas patadas fortes. (...) O asno nunca me atinge, mas ele me dá muito pavor e eu corro do asno, né? E a agulha, que quer me espetar o tempo todo, e eu fujo (...) Sempre aparece esse fio, que é um fio muito fino, que aí, sim, tem aquele sorriso super (...) alegre. Assim, que eu falo: ‘Aí, até que enfim, né?’. Aí eu me seguro no fio. Na hora que eu seguro no fio, eu sinto a sensação de corda e aí eu caio. (...) Eu fico com medo e aí a corda me deixa cair. Aí eu caio no abismo. Aí eu sempre acordo nesse momento. Sempre assim, sempre. (...) De repente para mim isso seja também uma tortura.<sup>586</sup>

Denise Peres Crispim estava grávida de seis meses, quando foi presa em julho de 1970, na OBAN, em São Paulo. O parto ocorreu nas instalações da prisão, em um lugar onde ela acreditava ser uma maternidade clandestina: “Aquele horror que você vê (...) entra na tua vida, nunca mais você vai sair e isso é uma coisa que te limita em tantas outras coisas”.<sup>587</sup> Para Denise, tratava-se de sobreviver “com todo aquele fantasma em cima. Um fantasma que é hoje um fantasma, mas que na época era um inferno”.<sup>588</sup> Ela diz: “Você não esquece. Essa condição que te limita nas relações com as pessoas, porque você tem um constante medo de perder, medo de ser traída, medo de trair. (...) São sensações horríveis que você vive com elas, não perde, não tem jeito”.<sup>589</sup>

Ângela Telma Lucena tinha três anos e seis meses, quando seu pai, Antônio Lucena, foi morto em fevereiro de 1970. Ela detalha:

---

<sup>584</sup> Ibid., p. 428.

<sup>585</sup> Ibid., p. 428.

<sup>586</sup> Ibid., p. 431.

<sup>587</sup> Ibid., p. 428.

<sup>588</sup> Ibid., p. 428.

<sup>589</sup> Ibid., p. 428.

Foi esse momento, em que você vive um misto de pânico, com surpresa e a perda da inocência, tudo ao mesmo tempo. Seu pai ali. Seu pai foi baleado. Seu pai leva um tiro na cabeça. Eu comecei a ter uma dor de cabeça muito forte, tive uma enxaqueca terrível, não parava de chorar. Naquele momento (...) minha mãe começou a ser torturada na nossa frente. Me arrancaram dos braços dela. Levaram a gente, minha mãe já num estado muito delicado. E eu chorando (...). Agora, a lembrança da morte, é, é muito forte. Porque foi um momento que você perde... a inocência. É aquele momento em que você passa daquela fase infantil pra fase do... comprometimento. Eu vou chamar de comprometimento porque é aquele momento em que você tem que viver com a escolha que seus pais fizeram.<sup>590</sup>

Seu irmão, Adilson Lucena, à época com oito anos, também presenciou a morte do pai:

Disseram pro meu pai vestir a camisa, porque ele tinha que prestar um depoimento na delegacia. E chegou um momento que se gerou um impasse. Porque eu acho que meu pai percebeu que eles queriam prendê-lo (...). Começou um tiroteio, durou vários minutos, esse tiroteio, e nós nos jogamos para debaixo da cama. Eu fui um dos primeiros que saiu da casa. Vi meu pai sentado em frente aos tanques. Tinha tomado muito tiro, estava sem camisa. Eu entrei desesperado, chorando. Depois saiu a minha mãe, com a Telma no braço. Depois, eu senti aquele tiro que deram nele... e ficou aquele terror dentro de casa. Eles sentaram a gente na cama e tinha uns que diziam que deviam nos matar ali mesmo, e ficou aquilo: mata não mata.<sup>591</sup>

### *Remontagem de um caso*

A partir de processos arrolados ao longo dos anos 1990 e 2000, podemos conhecer um pouco das histórias como a de Maria Auxiliadora Lara Barcellos<sup>592</sup>, detalhada pela CNV. Dodora, como era conhecida, nasceu em 25 de março de 1945, na cidade de Antonio Dias, Minas Gerais e, desde muito cedo, mostrou aptidão para o trabalho com as classes trabalhadoras. No período em que ainda cursava Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais, durante a efervescência dos movimentos de oposição à ditadura, Dodora se envolveu com o movimento estudantil, tendo ingressado finalmente, após o AI-5 (1968) na luta armada, tornando-se militante do Comando de Libertação Nacional (Colina) e, mais tarde, da Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), que daria origem à VAR-Palmares. Ainda enquanto cursava o período final da graduação, em 1969, mudou-se para o Rio de Janeiro, passando a viver na clandestinidade, ao lado de outros integrantes do mesmo grupo, como Antônio Roberto Espinosa (seu namorado) e Chael Charles Schreier. Foi averiguado que, no dia 21 de novembro de 1969, os três foram

---

<sup>590</sup> Ibid., p. 431.

<sup>591</sup> Ibid., p. 431.

<sup>592</sup> Cujos detalhes podem ser acessados no volume III do relatório final. Cf. Brasil. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório. Volume III**. Brasília: CNV, 2014.

presos numa casa alugada, no bairro de Lins de Vasconcelos, e levados diretamente para o quartel da Polícia do Exército, na Vila Militar. Conforme está no volume III do relatório final da Comissão da Verdade, “Chael morreu poucas horas após a prisão, como testemunhou Maria Auxiliadora. Ela sofreu inúmeras torturas, responsáveis por um intenso trauma que a perseguiu por toda a vida”.<sup>593</sup> De acordo com depoimento de sua mãe à CEMDP, a filha passou por diversos órgãos da repressão, como o Presídio de Bangu, no Rio, e de Linhares, em Juiz de Fora. Nos registros de seu próprio interrogatório, Maria Auxiliadora foi primeiramente conduzida ao DOPS e, ainda no dia da captura, levada à Vila Militar. São acrescentadas as informações de que a militante fora levada algumas vezes à PE, passando também pelo Campo de Instruções do Exército, pela Penitenciária de Mulheres de Belo Horizonte, com breve retorno ao DOPS, levada então para uma cela onde só havia prisioneiros homens. Foi nessa época em que sofreu assédio. Sua mãe relatou à CEMDP que lhe foi dito que “que estes foram os dias mais terríveis de sua vida”<sup>594</sup>, fazendo referência aos dias em que Dodora passou por esses órgãos da repressão e sofreu variados tipos de tortura. Segundo a declaração da própria Maria Auxiliadora, dada em interrogatório realizado no dia 27 de maio de 1970 e anexado ao processo de Chael, apresentado à CEMDP, ela afirma:

Que nesta sala foram tirando, aos poucos, sua roupa (...) que um policial, entre calções proferidos por outros, ficou à sua frente como traduzindo manter relações de sexos com a declarante ao tempo em que tocava em seu corpo, que esta prática perdurou por duas horas; que o policial profanava os seus seios e usando uma tesoura, fazia como iniciar seccioná-los.<sup>595</sup>

Outro militante sobrevivente, Espinosa, em audiência da CNV, presenciou alguns dos momentos em que a militante foi torturada: “Além dos palavrões, das ofensas, que visavam, sobretudo, à Maria Auxiliadora, eles procuravam, criavam situações de constrangimento sexual, para nós e para ela, sobretudo para ela”.<sup>596</sup> E acrescenta: “Porque era a única mulher que estava ali presente, e depois acabaria sendo a única mulher que estava no presídio. (...) E ficou enjaulada em um lugar diferente (...) e nua, como objeto de observação dentro de um quartel”.<sup>597</sup> Ela ficou presa por cerca de dois anos, tendo sido depois banida pelo Decreto nº 68.050, em janeiro de 1971, após o sequestro do embaixador suíço Giovani Enrico Bucher. Seguiu para o Chile, onde iniciou “tratamento

---

<sup>593</sup> Brasil, 2014, Vol. III, p. 1845.

<sup>594</sup> Brasil, 2014, Vol. III, p. 1847.

<sup>595</sup> Ibidem.

<sup>596</sup> Ibidem.

<sup>597</sup> Ibidem.

para superar o trauma da prisão e tortura, e voltou a estudar Medicina”.<sup>598</sup> Neste período, um filme<sup>599</sup> foi produzido com depoimentos de brasileiros banidos e que se encontravam no Chile, contendo depoimentos de Dodora, em que ela denunciou as atrocidades sofridas. Numa publicação da mesma década, também há relatos de próprio punho de Maria Auxiliadora. Trata-se de “Memórias do Exílio”, lançado em 1976 em sua versão internacional e em 1978, no Brasil, onde se pode ler, talvez, o último relato de Dodora. Neste livro, lemos:

Foram intermináveis dias de Sodoma. Me pisaram, cuspiram, me despedaçaram em mil cacos. Me violentaram nos meus cantos mais íntimos. (...) Foi um tempo sem sorrisos. Um tempo de esgares, de gritos sufocados, um grito no escuro. (...) Eu era criança e idealista. Hoje sou adulta e materialista, mas continuo sonhando. Dentro da minha represa. E não tem lei nesse mundo que vai impedir o boi de voar. (...) Sou boi marcado, uma velha ‘terrorista’. Fui aprendiz de feiticeiro, não sabia usar a varinha.<sup>600</sup>

Após a implantação da ditadura militar no Chile, ela buscou na embaixada do México, tendo se asilado por seis meses neste país. Posteriormente seguiu para a Europa com a ajuda da Cruz Vermelha. Primeiramente, desembarcou na Bélgica, passando pela França e, finalmente, estabeleceu-se na Alemanha. Tendo chegado na cidade de Colônia em 10 de fevereiro de 1974, seguiu para Berlim Ocidental, onde, por meio de uma bolsa oferecida pelo governo alemão, voltou a se dedicar ao curso de Medicina. No entanto, conforme o relatório, o período no exílio não se deu em paz: “Maria Auxiliadora ainda sofria com os traumas decorrentes da tortura a que havia sido submetida no Brasil”.<sup>601</sup> Após um período neste país, ainda era de sua intenção retornar ao Brasil e, embora tenha solicitado à Embaixada brasileira na Alemanha, nunca obteve uma resposta oficial. Foi neste período também que também foi internada para tratamento psiquiátrico. Conforme o relato de seu companheiro na época<sup>602</sup>, Dodora vinha sendo acometida de amnésia e constantes pesadelos nos quais era perseguida dentro de um túnel. No dia 1º de junho de 1976, tendo completado 30 anos, cometeu suicídio, atirando-se nos trilhos de uma estação de metrô em Berlim Ocidental.

O caso de Maria Auxiliadora foi reconhecido pela CEMDP, após a Lei nº 9.140/95 ter sido alterada pela Lei nº 10.875/2004, que reconheceu as vítimas de suicídio como vítimas de traumas. Em 02 de agosto de 2004, o pedido requisitado por sua mãe Clélia

<sup>598</sup> Ibid., p. 1845.

<sup>599</sup> Trata-se de “Brazil, a report on torture”, de 1971, dirigido por Haskell Wexler e Saul Landau.

<sup>600</sup> Citação retirada também do volume III, por nós consultado. Cf. Brasil, 2014, Vol. III, p. 1848.

<sup>601</sup> Ibid., p. 1846.

<sup>602</sup> O relatório remete ao livro do companheiro de Maria Auxiliadora, Reinaldo Guarany, intitulado *A fuga*.



Lara Barcellos foi aprovado por unanimidade pela CEMDP. Vale acrescentar outras informações em prol de sua memória. Pouco tempo depois de sua morte, seus companheiros de exílio na Alemanha produziram um filme em sua homenagem.<sup>603</sup> Também em sua homenagem, Maria Auxiliadora dá nome a uma rua em São Paulo e ao Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva, conhecido como Casa Ser Dorinha.

No relatório da CNV, aponta-se que, diante de todas as investigações realizadas,

conclui-se que a vítima cometeu suicídio em decorrência de trauma resultante da tortura e da prisão, em decorrência de agentes do Estado brasileiro nas graves violações de direitos humanos cometidas contra Maria Auxiliadora Lara Barcellos. Recomenda-se a continuidade das investigações sobre as circunstâncias do caso, para a identificação e responsabilização dos demais agentes envolvidos.<sup>604</sup>

### *Registros diversos de testemunhos*

Um pedido de *habeas-corpus*, impetrado pelo advogado Rômulo Gonçalves, pode ser considerado um testemunho da época. Trata-se de requerimento em favor de Cleide de Almeida Fernandes, presa no Batalhão da Guarda Presidencial. Como consta no registro<sup>605</sup>, Cleide havia sido presa de maneira “ilegal e abusivamente” neste batalhão, tratando-se de uma estudante cuja saúde estava “abalada, necessitando de cuidados especiais”. Refere-se ao “grau de desespero da mãe” cuja filha estava presa num batalhão do exército, sem a mínima assistência médica, simplesmente para averiguações.<sup>606</sup> Além disso, argumentava que não havia “imperiosa necessidade da prisão celular de uma jovem, enfraquecida e totalmente abatida, com domicílio certo em Brasília”, funcionária da Prefeitura do Distrito Federal, “simplesmente para acudir ao capricho sádico de autoridade que, para averiguações, exige a incomunicabilidade de uma menina, pode-se dizer, por tantos dias”.<sup>607</sup> Por fim, entre outras considerações, acrescentou que, diante de tal quadro, e da ausência de quaisquer informações dadas pelos carcereiros da estudante, ela poderia “sofrer um trauma de irreparáveis consequências”.<sup>608</sup>

<sup>603</sup> “Dora: quando chegar o momento”, de 1978, produzido por Luiz Alberto Barreto Leite Sanz, Reinaldo Guarany (seu companheiro) e Lars Safström.

<sup>604</sup> Brasil, 2014, Vol. III, p. 1851.

<sup>605</sup> Rômulo Gonçalves. Acervo Armazém Memória. Acervo pessoal de Rômulo Gonçalves, Petições, volume III, folha 1, 1966.

<sup>606</sup> Gonçalves, 1966, folha 4.

<sup>607</sup> Ibidem.

<sup>608</sup> Ibidem.

Em “Cinco exemplos de difamações”<sup>609</sup>, encontramos o relato, redigido por um militar, sobre um caso que repercutiu internacionalmente, o de Vera Sílvia Araújo Magalhães, presa política, torturada e enviada para o exílio na Argélia em 1970. Neste documento, lemos que, na “noite de 16 de fevereiro de 1970, foi *estourado* por policiais uma célula comunista (*aparelho*)”.<sup>610</sup> Nesta ocasião, após ter sido baleada na cabeça, ela foi “removida para o Hospital Estadual Souza Aguiar, logo após o incidente (...) conforme cópia anexa: “Traumatismo crânio-encefálico por projétil de arma de fogo”. Neste local, recebeu os primeiros socorros, mas posteriormente foi removida para o Hospital Central do Exército, no dia 07 de março de 1970. Algumas semanas depois, em 17 de abril, “tendo seu estado nervoso se agravado, baixou novamente ao HCE”. Registra-se que a paciente “Queixa-se de nervoso, sente-se culpada da morte do esposo. Diz que se sente com medo do que possa lhe acontecer em consequências de suas atividades políticas. Alega sentir inapetência e dor de cabeça”. Quanto ao seu exame psíquico, escreve que Vera Sílvia encontrava-se “atenta, lúcida, orientada”, não “apresentando alterações psíquicas”. Além disso, “ansiedade”. Enquanto diagnóstico, apontava o “326.3”, isto é, “Desajuste situacional agudo”, além de estar “apta do ponto de vista psiquiátrico.” Por fim, no relatório é apontado que, no mesmo dia 17 de abril, ao dar entrada no Hospital do Exército, a paciente, “conforme caderneta nº 3248, apensa ao Ofício nº 758-Sec”, cuja data era de 7 de julho de 1970, havia já recebido o diagnóstico compatível com “317.4 – Paraplegia psicogênica dos membros inferiores; 311 – reação histérica”. Além disso, observa-se quanto à seguinte reação clínica: “HDA – Queixa-se a paciente de sentir-se muito nervosa, não consegue dormir, com dores pelo corpo e dificuldade na marcha.” Soma-se a este quadro o fato de a paciente estar com “febre constantemente”. Acrescentam os relatores oficiais militares: “Recebeu, Vera Silvia, apesar dos seus baixos e perversos instintos, o melhor e mais completo tratamento possível no HCE; no entanto, esse tratamento foi interrompido, em virtude de sua troca pela liberdade do Embaixador da Alemanha Ocidental, em 14 de junho de 1970. Eis o motivo de sua chegada à Argélia impossibilitada de se locomover, e não conforme suas declarações à imprensa (...) de que fora torturada pela Polícia”.<sup>611</sup> E finalizam: “O trauma psíquico que a impossibilitava de andar, foi motivo para alimentar, na Europa, a campanha de difamação contra o Brasil,

---

<sup>609</sup> Documento intitulado “Cinco exemplos de difamações”. Arquivo Nacional. Memórias reveladas. Divisão de Segurança e Informação do Ministério da Justiça, 1970.

<sup>610</sup> Cinco exemplos, 1970, p. 219.

<sup>611</sup> *Ibid.*, p. 223.

país que, ao contrário do propalado, ainda dispensa os melhores cuidados médicos a uma renegada da sociedade como é Vera Silvia Araújo Magalhães”.<sup>612</sup>

Em declaração de Selma Bandeira Mendes<sup>613</sup>, anexada de forma complementar ao seu depoimento prestado na auditoria da 7ª Circunscrição Judiciária Militar, em 17 de julho de 1978, lemos detalhes de sua defesa frente às acusações dos militares. Entre outros detalhes, ela detalha sua formação acadêmica e profissional na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, bem como em Biologia, na mesma universidade. Destaca o quadro de seus horários, onde “dava três e às vezes quatro plantões de 25 horas por semana, com cargo de Chefia no IMIP e na FUSAM”, além das atividades de Docência e Clínica Hospitalar e particular, que desempenhava nesses e em outros estabelecimentos. Ela escreve que, diante disso, tinha todo o tempo preenchido. E questiona: “Onde e em que tempo poderia desenvolver atividades e políticas *subversivas*, como fui acusada e por tal acusação fui condenada?”<sup>614</sup> Ela traz detalhes sobre seu marido, que fora, a partir de seu envolvimento político, “odiado e perseguido (...), a ponto de ser sequestrado no dia 16 de agosto de 1973, sendo barbaramente torturado e assassinado”.<sup>615</sup> Acrescenta que, por ocasião desse sequestro, pelo fato de ele conduzir as chaves de seu carro, ela passou a ser perseguida. Lembra o dia em que sua “casa foi (...) invadida por muitos homens armados de metralhadoras”.<sup>616</sup> Nessa época, um irmão e duas irmãs foram sequestrados e mantidos desaparecidos “por mais ou menos um mês, tempo que foram submetidos”, juntamente com seu marido e outras pessoas, a torturas físicas e psicológicas. Acrescenta que, quando do sequestro de seu marido, e pela intensidade com que estava sendo perseguida, pelo fato de ser sua esposa e pelo fato de suporem que ela tinha as mesmas atividades, decidiu fugir e aguardar notícias “sobre os acontecimentos subsequentes”. Foi logo depois que ela soube da morte do marido, 18 dias após o seu sequestro. Ela escreve:

Fiquei profundamente traumatizada com todos esses acontecimentos [ilegível] essa situação, em especial com a perda tão trágica de [ilegível] trauma e sofrimentos provocaram em mim [ilegível]

---

<sup>612</sup> Ibidem.

<sup>613</sup> Selma Bandeira Mendes. Declaração para ser anexada, como complementar, ao seu depoimento prestado na auditoria da 7ª Circunscrição Judiciária Militar, sediada em Recife, julho de 1978. O documento original encontra-se nos documentos do “Brasil Nunca Mais”, acervo Armazém Memória, pasta “Movimento Feminino pela Anistia/Ação política/Denúncias, protestos e testemunhos – volume 1”, 1975.

<sup>614</sup> Mendes, 1975, p. 1.

<sup>615</sup> Ibid., p. 2.

<sup>616</sup> Ibidem.

deixaram doente de cama por muito tempo [ilegível], as consequências [ilegível] durante todos esses anos.<sup>617</sup>

Por fim, em seu relato, acrescenta uma retificação do primeiro depoimento que havia dado na Polícia Federal, onde, propositalmente, em virtude de se sentir ameaçada, declarou que parte do seu dinheiro ela trazia consigo desde 1973. A rigor, ela afirma: todo esse dinheiro havia sido “originário de doações feitas à minha pessoa *por minha família*, durante esse tempo de clandestinidade”. E se assim o fez, se protegendo de “revelar a verdade por inteiro, foi pelo receio de envolver, mais uma vez a minha família, já tão traumatizada, temendo as perseguições que ela poderia vir a sofrer, pois, como já revelei, naquela situação, sentia que existia a possibilidade de vir a ser torturada ou assassinada”.<sup>618</sup>

#### *Relato extenso em processo judicial contra a União*

Em processo<sup>619</sup> movido contra a União, encontramos o relato de Danilo Carneiro, militante do PCdoB, que sobreviveu às torturas sofridas nas mãos de militares, no início dos anos 70. Em declaração perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e em dossiê entregue à 9ª Vara Federal do Rio de Janeiro, lemos seu extenso relato das primeiras perseguições que sofreu desde o ano de 1964, culminando em sua detenção no ano de 1972, e as detalhadas descrições dos eventos por que passou na qualidade de preso. Nesse período, ele e outros opositores dedicavam-se à organização e à conscientização de camponeses no sul do Pará, tornando-se alvo de perseguições, assassinatos, torturas e prisões em série, como a dele. Danilo descreve a “ferocidade com que a repressão abateu-se sobre nós, e o horror estabelecido, foi de causar indignação a qualquer ser humano”.<sup>620</sup> Denuncia que nesses episódios houve “violação de todas as normas da Convenção de Genebra e das Organizações das Nações Unidas”.<sup>621</sup> No momento de sua prisão, na localidade de São Domingos, próxima à Transamazônica, ele foi “espancado, escorraçado, tripudiado e ferido com golpes de baioneta e coronhadas de fuzil”.<sup>622</sup> Em

---

<sup>617</sup> Ibidem.

<sup>618</sup> Mendes, 1975, p. 3.

<sup>619</sup> Danilo Carneiro vs. União Federal. Declaração para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. 9ª Vara de Federal do Rio de Janeiro. Juíza titular: Valéria Medeiros de Albuquerque. Processo: nº 95.0015560-5. Acervo Armazém Memória. 1997.

<sup>620</sup> Carneiro, 1997, p. 3.

<sup>621</sup> Ibidem.

<sup>622</sup> Ibidem.

decorrência disso, relata que seu corpo sofreu várias perfurações de baioneta, além de “traumatismo na cabeça, esmagamento facial e renal, além de várias escoriações”.<sup>623</sup> Logo após ter sido algemado, foi “amarrado a uma corda presa a uma viatura e arrastado pela Transamazônica”.<sup>624</sup> Relata que essa brutalidade resultou em “escalpelamento de toda parte frontal do corpo, ficando em carne viva, tórax e membros”. Além disso, colocaram sua cabeça entre a “vala e a roda da viatura, e incontinentemente, colocavam a mesma em movimento, a fim de tentar retirá-la do atoleiro”.<sup>625</sup> Tal agressão provocou-lhe escalpelamento na cabeça e na orelha. Logo em seguida, foi algemado nos pés e nas mãos, quando então um grupo de soldados fortemente armados lhe fez ameaças de fuzilamento. Entre alguns dos detalhes de como os soldados lidaram com a água que pediu, ele detalha: “Aí, então, penduraram-me de cabeça para baixo em uma viatura e enfiaram o gargalo à minha boca, provocando afogamento e levando-me a desmaiar”.<sup>626</sup>

Logo após ter recobrado a consciência, Danilo foi transportado até as margens do Rio Araguaia, onde foi colocado num barco e, durante a travessia, afogaram-no até causar um segundo desmaio. Os sucessivos desmaios eram causados por todo tipo de tortura. Ele relata ter sido espancado com cassetetes e pontapés de coturno. Também sofreu choques elétricos nos pontos mais sensíveis do corpo: “Nos testículos, pênis, nariz e em cima dos ferimentos de baionetas e no ânus”.<sup>627</sup> Ele acrescenta: “As dores provocadas pelos choques eram horrendas, e depois de sucessivas aplicações, não resistindo, desmaiei”.<sup>628</sup> Quando recobrou os sentidos, “a dor e a sede eram maiores, pois o choque elétrico aplicado insistentemente provoca desidratação e a sede aumenta em escala assustadora”.<sup>629</sup> As feridas alastradas “por todo o corpo, misturado à lama, começaram a provocar um estado corporal de decomposição”, não tendo, mesmo assim, “qualquer assistência”.<sup>630</sup> Ao contrário, aumentavam as torturas. No quinto dia, ele foi levado para um avião militar, sob ameaças de ser jogado para fora durante o voo. Danilo relata o terror que sentiu após a decolagem, pois não sabia para onde estava sendo levado. Informa que na aeronave havia soldados fortemente armados, com uniforme de campanha, além de

---

<sup>623</sup> Ibidem.

<sup>624</sup> Ibidem.

<sup>625</sup> Ibidem.

<sup>626</sup> Ibid., p. 4.

<sup>627</sup> Ibidem.

<sup>628</sup> Ibidem.

<sup>629</sup> Ibidem.

<sup>630</sup> Ibid., p. 5.

mais três pessoas, que, pelo aspecto, também eram prisioneiros.<sup>631</sup> Relata que, durante o voo, chegou a pensar que, de fato, os militares cumpririam a ameaça de jogá-los para fora do avião, uma vez que havia precedentes. Acrescenta que, a essa altura, as dores eram insuportáveis encobrindo quaisquer outros temores do que pudesse lhe ocorrer. Após outros detalhes, acrescenta alguns relativos ao que passou, já no quartel do 22º Batalhão de Infantaria de Selva, em Belém, no Pará.

Ele escreve:

Nesta masmorra onde me enfiaram, reduzindo-me à condição de molambo humano, comecei a sofrer todo tipo abominável de tortura. Nas altas madrugadas, por dias sucessivos, fui chicoteado com cabos elétricos, cintos militares e cassetetes, pelos oficiais que vinham das incursões nas selvas. Além dos espancamentos, era submetido a ameaças de fuzilamento sumário, às vezes obrigavam-me a lambar o chão da cela, onde fazia minhas necessidades fisiológicas. Algemado nos pés e mãos era-me impossível sequer reagir. Foi neste período que, pela primeira vez, após dez dias, recebi minha primeira alimentação, que consistia em pirão de água com feijão ralo e batata. Não podendo mastigar os alimentos devido às perfurações nas bochechas e língua provocados pelos choques elétricos, além dos dentes quebrados (6) e fratura da face e maxilar, fui obrigado a fazer uma papa e com o dedo empurrar a alimentação goela abaixo, pois seria o único meio de me alimentar para tentar sobreviver.<sup>632</sup>

Em outras passagens, observa que, em virtude dos ferimentos e da ausência de quaisquer cuidados médicos, os próprios soldados, quando “vinham colocar a comida na cela, tampavam o nariz, pois o mau cheiro que exalava de meu corpo, devido ao estado de decomposição das feridas, era insuportável”.<sup>633</sup> Relata que, em ocasião em que foi duramente torturado, numa sala que dispunha de uma imensa mesa, na presença de vários soldados, *slides* foram passados em uma tela, para que ele identificasse outros militantes, mas isto não ocorreu, porque Danilo tinha dificuldade de reconhecer a identidade de conhecidos em corpos tão deformados. Como seus gritos podiam ser ouvidos por quem passasse do lado de fora, colocaram-lhe uma toalha na boca, mas isto não durou muito tempo porque, devido ao seu precário estado de saúde, poderia morrer a qualquer momento. Ele recorda outro momento: “Levaram-me para cela e, pela manhã do dia seguinte, fui acordado pelos guardas. Era a hora do café. Pude perceber nos seus semblantes um estado de compaixão, talvez devido ao fato de serem muito jovens”.<sup>634</sup> Aproveitando-se da situação, ele implorou ao sargento para que lhe “trouxesse um chumaço de algodão com iodo”.<sup>635</sup> Felizmente, foi atendido. O sargento,

---

<sup>631</sup> Danilo Carneiro posteriormente identificaria os outros presos. Rioco Kaiano, Eduardo Monteiro Teixeira e um barqueiro do Rio Araguaia.

<sup>632</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>633</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>634</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>635</sup> *Ibidem.*

disfarçadamente, entregou-lhe o iodo com o qual, de maneira escondida, Danilo conseguiu fazer uma mínima assepsia. Lembra que “no dia seguinte, pude verificar que a intensidade do odor havia diminuído um pouco, e o processo inflamatório, também”.<sup>636</sup>

Danilo Carneiro lembra de outro momento, quando foi encapuzado, colocado numa caminhonete e transferido, num avião, para uma nova localidade. Durante o voo, como estava proibido de ir ao banheiro, urinou na própria roupa. O policial federal, sentado na poltrona ao lado, passou a esbofeteá-lo continuamente”. Após o pouso, junto com outros presos, foi conduzido a uma localidade que não conseguiu identificar. Ele lembra de um momento em ouviu algumas batidas na parte inferior da cela solitária em que foi trancafiado: “Respondi às batidas e logo a seguir ouvi a voz de um prisioneiro que me passou as informações de onde estava”. O outro informou: “Você está no PIC – Polícia de Investigação Criminal (setor militar de Brasília)”. Danilo perguntou como estava “a barra” e o mesmo respondeu que estava “muito ‘pesada’, e que vários presos haviam sido torturados até à morte, entre eles Honestino Guimarães, antigo dirigente da UNE”.<sup>637</sup> Danilo informa que o informante se chamava Paulo Fonteles<sup>638</sup>, detido junto com sua mulher, Hecilda Mary Veiga Fonteles, que acabara de dar à luz uma criança dentro das dependências militares.

Danilo recorda que, de posse das informações, preparou-se internamente, avaliando que o pior ainda estava por vir, e concluiu que não havia outra saída a não ser a morte, preparando-se, a partir de então, da melhor forma possível. Lembra de ter revisto as lições que aprendera sobre os princípios básicos de comportamento na prisão, e decidiu que sairia da prisão nem que fosse morto, e que “jamais daria qualquer informação a assassinos inescrupulosos, pois nenhum crime havia cometido”.<sup>639</sup> Ele lembrou:

Devido às dores e às tensões insuportáveis, não consegui dormir, e o único elo possível era com o meu próprio interior. Foram horas decisivas e horríveis, sabia que as torturas haveriam de recomeçar a qualquer momento, porém, jamais imaginei que pudessem atingir as atrocidades a que chegaram.<sup>640</sup>

Recorda que, de manhã, bem cedo, foi com “pontapés na porta da cela” que o tiraram de sua reflexão. Em seguida, o algemaram, o encapuzaram e o arrastaram pelos

---

<sup>636</sup> Ibidem.

<sup>637</sup> Ibid., p. 10.

<sup>638</sup> Paulo Fonteles, já na condição de deputado estadual no Pará, foi assassinado por pistoleiros contratados pela temida UDR - União Democrática Ruralista, em 11/06/1987.

<sup>639</sup> Ibid., p. 11.

<sup>640</sup> Ibidem.

corredores do presídio, pois já não tinha condições de se locomover sozinho. Tendo sido jogado por uma escada abaixo, foi levado até uma sala. Ouviu vozes diversas. Uma delas, repentinamente, dirigiu-se especificamente para ele: “Até agora, você conversou com quem não sabe falar, mas doravante fique sabendo que temos todo tempo do mundo, e que aqui temos gente que sabe dialogar”.<sup>641</sup> Danilo lembra de ter sido imediatamente chutado e empurrado. Ao cair no chão, seu capuz se soltou e ele pôde reconhecer o rosto por trás da voz sombria. Tratava-se de Sérgio Fleury, ex-componente da OBAN, recrutado pelo regime militar para compor o chamado “Esquadrão da Morte”, que, a pretexto de eliminar criminosos comuns, matou centenas de pessoas, muitas delas sem quaisquer antecedentes criminais.

Danilo Carneiro relembra: “Encontrava-me eu, diante da besta fera, um homem sem escrúpulos e sanguinário, o mesmo que acabaria mais tarde sendo assassinado em São Paulo, segundo comentários, pelo próprio regime militar, devido ao fato de saber demais”.<sup>642</sup> Fleury, na “sua insanidade, começava de uma forma cínica a dizer que dispunha de todo o tempo possível”.<sup>643</sup> Segundo o torturado, o delegado dizia possuir um dia, uma semana, meses e anos, e, na medida em que dilatava o tempo, subia o “tom de voz, até explodir em gritos histéricos e ameaçadores, como se fosse o dono do mundo”.<sup>644</sup> De forma irônica e provocativa, tentava desmoralizar e agredir o preso. Dizia que a melhor forma de o obrigar a dialogar era provocando o rompimento de sua psique e estrutura física, acenando-lhe com a dor que começaria a sentir a partir daquele momento, e que, quando esse processo acontecesse, provavelmente Danilo não existiria mais ou estaria em um manicômio: “Tudo isso era dito em tom zombeteiro e cínico”. Fleury descrevia os inúmeros processos de tortura à sua disposição. Danilo foi espancado com golpes de cassetete na coluna, entre outras partes do corpo. Foi ameaçado de sofrer empalamento, que consiste na introdução, pelo ânus, de um cassetete, de modo a atravessar os intestinos, chegando até a boca, produzindo, ao fim, sufocamento pelo excesso de sangue. Em seguida, desmaiou sucessivas vezes. Quando recobrava os sentidos, começava tudo de novo. Tratavam-se de seriados espancamentos, aplicação de golpes com raquete cheia de alfinetes que o perfuravam, além de spray, com o qual jogavam produtos químicos que lhe provocaram queimaduras em várias partes do corpo.

---

<sup>641</sup> Ibidem.

<sup>642</sup> Carneiro, 1997, p. 11.

<sup>643</sup> Ibidem.

<sup>644</sup> Ibid., p. 11-12.



Ele lembra: “Aplicaram-me injeção de éter na sola dos pés, deixando-me em estado exasperador de sofrimento e dor”. Em seguida, “penduraram-me no pau-de-arara, com aplicações de choque elétrico”, principalmente nas partes mais sensíveis do corpo, isto é, no “nariz, olho, pênis, testículos, ânus, pontas dos pés e dedos, além de aplicação em cima dos ferimentos expostos”.<sup>645</sup> Após sucessivos choques, aumentados em intensidade com a água que lhe jogavam no corpo, aplicavam-lhe afogamento com uso de toalhas molhadas na boca, método que consiste em prender a respiração da vítima e de repente lançar um jato d’água nas suas narinas. Danilo lembra: “Após ter perdido a noção do tempo, a visão, e ter desmaiado sucessivas vezes, fui levado desacordado para cela, só recobrando os sentidos altas horas da noite”.<sup>646</sup> Devido aos gemidos intensos e à taquicardia, começou a socar a parede da cela, pedindo socorro a Paulo Fonteles. Pediu-lhe que conversasse com ele, embora não tivesse mais voz e a pronúncia lhe fosse dificultada, devido aos choques e ao espancamento na cabeça. Conta que Fonteles lhe deu força para prosseguir vivo e lhe pediu que, caso conseguisse sair vivo da prisão, denunciasses ao povo o que acontecia nas “masmorras do regime militar, e também que avisasse minha família em caso de morte”.<sup>647</sup> Danilo disse a Fonteles que provavelmente morreria nas próximas sessões de tortura, e lhe pediu que passasse outras informações aos demais militantes do partido, já que estava desaparecido há mais de um mês.

A partir desse momento, Danilo não conseguiu mais dormir. Para poder comer, companheiros de outras celas, deixavam de comer o café da manhã e lhe davam, uma vez que era o único tipo de alimento possível de ingerir, a partir de uma papa, que ele fazia, de leite e pão, e engolia. Então, começaram outros tipos de tortura psicológica, que consistia em retirá-lo da cela, para supostamente outra sessão de tortura, que não acontecia. Danilo detalha que tal estratégia era aplicada várias vezes, por dias e noites, para fazê-lo desarmar suas defesas. Em outros momentos, o levavam para uma sala confortável, lhe ofereciam café, cigarro. Ali, os torturadores passavam-se por pessoas íntegras, condenando a tortura. Ele descreve uma dessas vezes: “Colocavam um grande espelho à minha frente, para que eu pudesse ver o estado precário e horrível em que me encontrava, e logo a seguir acenavam com um bom tratamento hospitalar, dizendo do conforto que teria e a possibilidade de recuperação”.<sup>648</sup> Diziam que seus familiares não

---

<sup>645</sup> Ibid., p. 12.

<sup>646</sup> Ibidem.

<sup>647</sup> Ibidem.

<sup>648</sup> Ibid., p. 13.

sofreriam coação nem seriam incomodados, mas, caso não concordasse em colaborar, não poderiam fazer nada, e não poderiam se responsabilizar pelo que aconteceria com ele e com sua família. Então, chamavam médicos que serviam à ditadura para examiná-lo. Estes diziam que só era possível tratá-lo em ambiente hospitalar e que, não sendo assim, ele ficaria aleijado e com problemas por toda a vida. Várias vezes, os torturadores lhe ofereceram trabalho bem remunerado e uma “boa vida”, desde que ele fornecesse informações sobre seus companheiros e amigos. Ele relata:

Os dias de horror iam passando na única esperança de que a morte chegasse para mim o mais rápido possível, pois esse era o único cenário que se deslumbrava. Contudo, a vontade de permanecer vivo, também estava presente, surgindo daí uma contradição enlouquecedora. O objetivo precípua da tortura é provocar um estrangulamento entre a dor física insuportável, que entra em contradição com o desejo de vida, e a necessidade psíquica de transpor o sofrimento. A tortura psicológica provoca o mesmo sentimento em sentido contrário o que coloca o torturado em beco sem saída, qualquer que seja sua posição. Em caso de rendição, estará liquidado de forma inexorável. Se sobreviver fisicamente morre derradeiramente, moral e eticamente. E esse dilema o leva à loucura ou à morte física, como sendo sua única saída. As torturas se sucediam durante dias e noites, e eu cada vez mais definhava.<sup>649</sup>

Danilo lembra que teve seu peso reduzido a cerca de 38kg. Numa ocasião, desmaiou aproximadamente oito vezes seguidas, em sessões praticadas pela equipe do delegado Fleury. Nesta ocasião, foi removido para uma solitária escura, onde permaneceu por mais de uma semana. Certa vez, foi retirado da cela e levado para um campo aberto. Tudo indicava que seria fuzilado por vários agentes que lhe apontavam os fuzis. Após ter desmaiado, ele recorda:

Acordei zozinho, sem saber momentaneamente o que se passava, era como se saísse de um pesadelo. Tive dificuldade de me ‘sintonizar’, pois havia perdido a memória temporariamente. Jogavam-me baldes d’água, e após algum tempo comecei a recobrar a memória. Fiquei assustado, pois achei que estava morrendo e nada entendia. Arrastaram-me sobre a grama, e só então pude perceber que o fuzilamento não ocorrera, era apenas uma simulação e uma tortura psicológica. Senti-me muito estranho, não consegui raciocinar. Os pensamentos não faziam sentido, e não conseguia memorizar as coisas. Arrastaram-me até um prédio próximo e jogaram-me a um canto.<sup>650</sup>

Danilo lembra que foi se refazendo aos poucos, tendo sido arrastado até uma sala onde estava Fleury e “sua corja”. Tendo sido colocado nu em um tamborete de ferro, algemado nas mãos e nos pés, aplicaram-lhe *telephones*, que consiste em “tapas dados nos dois ouvidos ao mesmo tempo, sem que a pessoa estivesse esperando, que provoca surdez

---

<sup>649</sup> Ibid., p. 14.

<sup>650</sup> Ibid., p. 16.

por vários dias”.<sup>651</sup> Além dos *telefones* dados pelas costas, Danilo era agredido no estômago pelos soldados postos à sua frente. Após essa sessão, recorda ter sido levado para uma sala onde um cão pastor pulava sobre ele, abocanhando-o, principalmente nos testículos, o que lhe provocava mais terror: “Às vezes, o cão apertava tanto os testículos que meus gritos eram aterradores”.<sup>652</sup> As sessões de tortura também costumavam incluir: “pau-de-arara”, “dobradores de tensão”, “pimentinha”, “afogamentos”, “cadeira do dragão”. Em certa ocasião, após ter conseguido inventar algumas histórias e, por consequência, ter sido devolvido à cela, Danilo lembra que sua “cabeça estava cheia de hematomas, devido às pancadas, e o sangramento era intenso”.<sup>653</sup> Sem poder falar direito, não tendo mais noção de quanto tempo havia se passado, começou a sentir emoções estranhas, onde o único desejo que havia dentro dele “era o de morte”.<sup>654</sup>

Ele lembra que a tensão era insuportável, provocando-lhe dores horríveis na região do peito, mas também em todo o corpo. Acometido de tremor e convulsões, sentia o coração disparar. O seu cérebro começou a ficar “intumescido”<sup>655</sup>, quadro em que se associavam pensamentos desordenados. Pressentindo que ia enlouquecer, começou a dar cabeçadas nas grades de ferro e na parede da cela, pulava com a cabeça no chão a fim de interromper sua confusão mental. Nesta ocasião, os barulhos foram ouvidos por Paulo Fonteles, que gritou, perguntando o que estava acontecendo. Danilo lembra que não entendia, a esta altura, muito bem o que o outro perguntava, embora tenha conseguido dizer que achava que estava enlouquecendo e não aguentava mais as torturas. Lembra que Paulo começou a gritar com ele. Num instante de lucidez, Danilo conseguiu entender o que ele dizia. Paulo fazia uma reflexão sobre as responsabilidades que recaíam sobre eles e que era necessário tentar se acalmar. Paulo, “compreendendo profundamente a gravidade da situação, a seguir enviou mensagem para todo o presídio”.<sup>656</sup> Avisou cerca de 200 presos que se encontravam no presídio, que, a partir deste momento, levantaram suas vozes. Danilo recorda:

Cantavam para mim. Muitos faziam discursos, o que elevou minha moral, e por um milagre recobrei os sentidos e minhas energias vitais. Foi o momento mais esplendoroso de toda minha vida, com forças redobradas interiormente. Senti que a loucura poderia ser superada com a

---

<sup>651</sup> Ibidem.

<sup>652</sup> Ibidem.

<sup>653</sup> Ibid., p. 17.

<sup>654</sup> Ibidem.

<sup>655</sup> Ibidem.

<sup>656</sup> Ibidem.

solidariedade dos companheiros. Fiz um discurso vigoroso de minha cela, solicitando ajuda e redobrei minhas energias com o apoio incomensurável dos companheiros.<sup>657</sup>

Assim:

De um traste humano em que haviam me reduzido, transformei-me inteiramente numa avalanche de forças, capaz de prosseguir na luta contra os assassinos bestiais. Canções ternas, e cheia de amor à humanidade, foram cantadas para mim, e com este gesto de solidariedade na luta, pude prosseguir até o fim.<sup>658</sup>

Embora as torturas tenham durado semanas, Danilo relata que conseguiu se manter de pé. Foi mantido na solitária, totalmente escura e sem ventilação, por cerca de dois meses, período no qual tinha a impressão de perder a noção do tempo. Num certo dia, ele foi colocado numa viatura, conduzido até o aeroporto e colocado em um avião militar. Embora não soubesse para onde estava sendo levado, ele relata que, num determinado momento, percebeu que era sua terra natal: “Ao longo do caminho, pude perceber que se tratava de uma cidade à beira-mar (...) e pelo olfato tive a certeza (...) era um cheiro que me era familiar, tinha quase certeza que se tratava do Rio de Janeiro”.<sup>659</sup>

#### *Alguns laudos técnicos*

Lemos em laudo psicológico<sup>660</sup>, do mês de agosto de 1996, que Danilo Carneiro foi encaminhado diretamente pelo Grupo Tortura Nunca Mais/RJ (GTNM/RJ) para tratamento em Florianópolis. O psicólogo que o acompanhou detalhou seu quadro clínico: “O paciente está em atendimento comigo desde julho de 1996, tendo a sua sintomatologia voltada para diagnóstico de depressão, associada a problemas neurológicos, provavelmente oriundos de ferimentos de suas sessões de tortura a que foi submetido durante sua prisão”. Observou que, durante esses dois meses de tratamento, o paciente demonstrou grande suscetibilidade a situações de adversidades, “sobretudo no plano de sua afetividade”. Apresentou “crises de intensa ansiedade e angústia, durante as quais, fica impossibilitado de funcionar normalmente em suas atividades rotineiras, até mesmo as mais simples”. Por outro lado, o profissional apontou a presença de bom potencial

---

<sup>657</sup> Ibidem.

<sup>658</sup> Ibidem.

<sup>659</sup> Ibid., p. 18.

<sup>660</sup> Este laudo, bem como os outros documentos médicos apresentados a seguir, estão contidos no dossiê apresentado por Danilo Carneiro à Corte Interamericana de Direitos Humanos, além do processo movido contra a União. Este dossiê encontra-se nos arquivos da Comissão da Verdade, Arquivo Nacional.

intelectual, “quando em estado normal”, que “aparece na forma de um raciocínio claro e objetivo, bem como consciência de sua situação e condição de vida, até mesmo de sua doença”. E finalizou: “Assim, no momento, pode-se dizer que o Sr. Danilo Caneiro apresenta um quadro de sintomatologia depressiva, associado a crises de intensa ansiedade”. Em setembro de 1996, também em Florianópolis, encontramos um relatório, desta vez, neurológico. A médica responsável descreve um breve histórico de Danilo, apontando que sua sintomatologia começou em 1972, “quando foi preso e submetido a torturas físicas com sucessivos traumatismos em região craniana, que resultaram em perdas de consciência”. De acordo com exames complementares feitos nesta data, como a Ressonância Magnética Cerebral, evidenciou-se uma atrofia difusa do cérebro, compatível com sequela de traumatismo craniano, ocorrido anos antes. O relatório aponta que o uso contínuo de anticonvulsivante, pelo paciente, em regime de monoterapia, estava em doses adequadas. Em razão das queixas apresentadas e dos resultados dos exames, ela recomendou “atendimento psicológico, psicoterápico e neurológico, por tempo indeterminado, bem como uso a longo prazo da medicação prescrita”.

Já em outubro de 1996, em laudo médico-psiquiátrico, informa-se que Danilo estaria em atendimento psiquiátrico desde 1995, tendo sido, da mesma forma que no caso anterior, encaminhado pelo GTNM/RJ. Por este laudo, também é possível derivar que Danilo já se encontrava em tratamento psiquiátrico, anteriormente, no Rio de Janeiro, quando então já havia sido medicado com Aurorix 150 mg/4 cp por dia, Tegretol 200mg / 1 cp por dia, Rivotril 2 mg / 1 cp por dia, Lexotan 3 mg/ 1 cp por dia s/n e complemento vitamínico a seu pedido. Por fim, o psiquiatra escreve: “Seu diagnóstico é de Transtorno do Humor pelo CID-10”.

Nesta mesma época, encontramos outro lado de um neurocirurgião, reforçando a observação anterior, a partir de imagem de Ressonância Magnética do Cérebro, da presença de atrofia difusa no cérebro, “compatível com severo trauma cerebral”. Neste caso, o médico responsável complementa com a informação de que tal atrofia está presente em cérebro de “pessoas de idade bem mais avançada que o paciente, e em pessoas com outras doenças difusas cerebrais”. Recomenda, tal como antes, a continuação da psicoterapia e da terapia de grupo, como suporte psíquico. Além disso, também manda continuar com “o tratamento medicamentoso”.

Já em maio de 1997, encontramos o laudo médico emitido pela unidade de psiquiatria de um Hospital de Florianópolis. Danilo seguiu em tratamento com esse psiquiatra entre novembro de 1996 a março de 1997. Relata-se que, na “ocasião da

primeira consulta, apresentava-se bastante ansioso e depressivo (angústia, alterações do sono, tristeza, anedonia e ideias de suicídio)”. Entre outros detalhes, complementa com um breve histórico de Danilo, apontando, tal como antes, que, já no período imediatamente posterior à prisão, iniciou tratamento para os danos sofridos, como “traumatismo de crânio, face, mãos e pés, além de lesões renais, cefaleias e grande instabilidade emocional”. Complementa dizendo que, no ano de 1981, precisou ser internado no hospital psiquiátrico de São José, em Santa Catarina, de onde logo foi transferido para Curitiba, onde seguiu com os tratamentos clínico e psiquiátrico, quando começou a apresentar crises convulsivas generalizadas. Entre outros detalhes, acrescenta que, no final de 1996, já sob os cuidados deste médico, “foi necessário que o paciente fosse hospitalizado”, devido à intensa ideação suicida que apresentava em 16 de novembro. O psiquiatra conclui que, ao longo de todos esses anos, o paciente “tem se submetido a inúmeros tratamentos médicos e psicológicos, com o objetivo de reabilitar-se de suas sequelas”. Além disso, as “lesões neurológicas documentadas (atrofia cerebral), somadas ao forte trauma psíquico sofrido, são motivos suficientes para explicar o atual quadro do paciente, e as lesões do sistema nervoso central, são, como sabemos, irreversíveis”. Danilo morreu em 1º de janeiro de 2022, vítima de um câncer.

### *Contribuições da Psicologia*

As contribuições da psicologia sobre o tema que ora discutimos aparecem no Brasil já nos anos 80. Nesta década, identificamos alguns trabalhos teóricos e matérias jornalísticas sobre a investigação e a denúncia de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras envolvidos com crimes de tortura no período ditatorial. Entretanto, a elaboração de reflexões teóricas de maneira mais sistematizada só ocorre nos anos 2000 e seguintes. Cabe destacar alguns trabalhos que, na chegada do século 21, já haviam avançado na sistematização do corpo teórico formado e na experiência clínica acumulada no contato com as vítimas do terrorismo estatal.

Em 2002, por exemplo, publicou-se “*Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*”<sup>661</sup>, coletânea onde estão reunidas, de maneira condensada, reflexões acerca de uma prática clínico-política, isto é, como os organizadores afirmam,

---

<sup>661</sup> Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002.

numa prática de “fronteira entre os domínios da clínica e da política” que convoca “permanentemente a uma atitude de problematização deste limite que menos separa do que conecta”.<sup>662</sup> Nesta obra, trata-se de privilegiar o viés crítico-analítico, onde, entre tantas outras nuances conceituais abordadas ao longo dos capítulos, os autores se propõem a pensar mais a *subjetividade*, e menos o sujeito<sup>663</sup>, elaborando um conjunto de reflexões destinado a refletir sobre novas maneiras no lidar não só com a família, as memórias e as relações mais íntimas (domínios tão bem conhecidos e explorados tradicionalmente pela psicologia), como também de analisar outras possibilidades nas relações com a cidade, as novas tecnologias, a política de Estado e a violência institucionalizada, além de explorar outros modos de experimentação da vida e de construção de realidade.

Nos mesmos moldes, surge como objeto de reflexão o tema da violência praticada contra uma população mais ampla. Aponta-se que, após o término da ditadura militar, o inimigo do Estado passara gradualmente a ser, não mais o perseguido político, mas o indivíduo anônimo, o pobre caracterizado como escória, o potencial bandido, o perigoso a ser vigiado, quando não eliminado. A psiquiatra Tânia Kolker<sup>664</sup> refletiu sobre a problemática das penitenciárias, um problema social cada vez mais grave, alimentado pelo projeto de combate ao crime organizado nos últimos 20 anos do século 20. Ela destaca a passagem, nesse tempo, da ideologia de segurança nacional para a ideologia de segurança urbana. Ela exemplifica com o que houve no início dos anos 80, ainda no período da ditadura militar, quando os governadores eleitos pelo MDB, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Leonel Brizola e Franco Montoro, respectivamente, tomaram medidas de humanização dos presídios e o controle da violência ilegal das forças policiais, e a imediata reação que enfrentaram. Passaram-se então a divulgar, “com sensacionalismo, índices de criminalidade sempre crescentes, atribuindo este crescimento

---

<sup>662</sup> Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros. Introdução. In: Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 8.

<sup>663</sup> Sublinha-se a diferença entre *subjetividade* e *sujeito*. Estando a escolha dos autores recaída sobre o primeiro termo, ele remeteria a um conceito “híbrido por excelência, já que não descreve uma essência ou uma natureza, mas diz respeito a um processo de produção ou de criação de si que se realiza com componentes heterogêneos, matérias distintas ou vetores de existencialização diversos”. Cf. Rauter, Passos e Barros (2002, p. 10).

<sup>664</sup> Tânia Kolker. A tortura e o processo de democratização brasileiro, In: Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, pp. 39-50.

à política dos governos”<sup>665</sup>, criando-se um clima de medo, para que a população exigisse mais rigor com os criminosos, defendesse a pena de morte e admitisse tanto os abusos da polícia quanto a ação de grupos de extermínio. Kolker também observa a diferença de estatuto que tanto a perseguição como a violência perpetrada contra cada um desses inimigos evocavam na sociedade: “Se antes as denúncias relacionadas aos presos políticos haviam mobilizado importantes setores sociais, as mesmas denúncias em relação aos presos comuns suscitam indiferença ou aprovação da maior parte da população e ataques violentos das forças conservadoras”.<sup>666</sup>

Na segunda década, como resultado direto dos processos que compuseram a justiça de transição, emerge uma nova fase no que diz respeito à vinculação da psicologia com temas vinculados às sequelas da ditadura militar. Nessa fase do século 21, encontramos uma série de discussões publicadas em livros organizados pelo Conselho Federal de Psicologia e pelos Conselhos Regionais específicos. Com este sentido encontramos, por exemplo, afirmações como as de Maria Orlene Daré<sup>667</sup>, que, no *Seminário Psicologia e Direitos Humanos: Direito à Memória e à Verdade*, realizado no Instituto de Psicologia, na USP, frisa o desafio de “levar o(a) psicólogo(a) a pensar em uma prática cotidiana não violadora de Direitos Humanos e nos efeitos que essa prática produz na vida das pessoas, na sociedade e no reconhecimento da Psicologia”.<sup>668</sup> A psicóloga destacou a ideia central do evento e convocou “a refletir sobre a importância da recuperação da memória social e histórica para o país”, sobretudo para “aqueles que sofreram a tortura, graves abusos e violações de Direitos Humanos durante o período da ditadura militar”.<sup>669</sup> Destaca a importância de se “romper o silêncio imposto e dar voz e legitimidade às narrativas dos que conseguiram expressar sua própria verdade”, exercício que para o psicólogo se tornou uma “obrigação ética, já que tais depoimentos poderão restaurar a dignidade daqueles que tiveram que se calar e promover o reconhecimento social de outra versão da história”.<sup>670</sup> Frisa que a memória é um “componente fundamental para a construção da verdade”, e que esta se constitui “em direito, não só do passado, mas direito [também] à verdade presente”. E finaliza: “A maneira como foram tratadas as violações de Direitos Humanos no passado tem implicações e consequências

---

<sup>665</sup> Kolker, 2002, p. 40.

<sup>666</sup> Ibid., p. 39.

<sup>667</sup> Maria Orlene Daré. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 7.

<sup>668</sup> Daré, 2012, p. 7.

<sup>669</sup> Ibidem.

<sup>670</sup> Ibidem.



nos dias atuais”<sup>671</sup>, ou seja, que o conhecimento da verdade do passado liga-se ao entendimento das violações do presente para prevenir a sua repetição no futuro.

A psicóloga Carla Angelucci<sup>672</sup> destaca que não é casual, mas regimental, que exista a Comissão de Direitos Humanos dentro dos Conselhos de Psicologia. Ela explica que tal estatuto deve existir em todos os Conselhos de Psicologia, “porque tem a função de insistentemente nos lembrar que o exercício da profissão deve estar, a um só tempo, subsidiado pelos direitos humanos e direcionado a eles”.<sup>673</sup> E acrescenta: “Isso não é simples, não é natural e tampouco óbvio”.<sup>674</sup> Ela aponta para a possibilidade de que, caso sejam ignorados, tenhamos “inúmeras intervenções psicológicas que, sem sequer refletirem sobre isso, contrariam os direitos humanos”.<sup>675</sup> A presença contínua dessa temática relacionada ao exercício da psicologia se torna um fundamento ético-político, para que se reflita sobre qual psicologia queremos e qual prestação de serviços devemos realizar para a população. Ressalta que a Comissão de Direitos Humanos dos Conselhos lembra aos psicólogos da necessidade de permanecer no “incômodo”, isto é, na tensão entre aquilo que já existe e aquilo é necessário ser criado, para prestar serviços de qualidade para a população. Relativamente à concepção de verdade e de memória, ressalta que o trabalho de assistência ofertado pelo psicólogo à população deve ser o de apoiar a “narrativa, a fim de que a construção de sentidos não seja tarefa de um ou de outro, mas de cada um de nós, em relação”.<sup>676</sup> Para a psicóloga, “recuperar a memória e reconhecer o direito à verdade como essencial para a vida é também nos recolocarmos diante desses compromissos, que muitos(as) procuram abafar”.<sup>677</sup> E ressalta: “Compromissos esses que foram violentamente abafados no período da ditadura, mas ainda hoje são alvo de esforço diligente para permanecerem ocultos”.<sup>678</sup>

Pedro Paulo Bicalho<sup>679</sup>, nesta mesma coletânea, questiona: “O que, afinal de contas, o Direito à Memória e à Verdade tem a ver com Direitos Humanos e Psicologia?”<sup>680</sup> E acrescenta: “Por qual razão nós, psicólogos(as), precisamos discutir

---

<sup>671</sup> Ibidem.

<sup>672</sup> Carla B. Angelucci. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 8-9.

<sup>673</sup> Angelucci (2012, p. 8).

<sup>674</sup> Ibidem.

<sup>675</sup> Ibidem.

<sup>676</sup> Ibid., p. 9.

<sup>677</sup> Ibidem.

<sup>678</sup> Ibidem.

<sup>679</sup> Pedro Paulo Bicalho. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, pp. 11-12.

<sup>680</sup> Bicalho, 2012, p. 11.

essa questão?”<sup>681</sup> Para o autor, parte da explicação tem relação com a consolidação do medo como política pública. Ele ressalta a importância de se buscar a origem desse medo, o modo como é dirigido e para onde vai a sua produção. Ou seja, que relações são essas que se impõem na sociedade? Para que esse medo serve, o mesmo medo que, durante o período ditatorial, estava dirigido para “aquele que era entendido como subversivo, mas que, na contemporaneidade, serve para entendermos quem são aqueles a quem devem ser dirigidas as políticas penais deste país”.<sup>682</sup> Interroga sobre quais seriam tais entrelaçamentos, apontando para o sentido que teriam hoje a busca pela memória e pela verdade. Argumenta que, para além do sentido histórico e reparatório relacionado às vítimas diretas do regime militar, a presente luta se faz, na atualidade, em prol de grupos sociais que historicamente se constituem hoje como principais alvos da brutalidade. Ele escreve que “pensar o resgate histórico da verdade não é algo que serve apenas aos historiadores (...) [mas também] para pensarmos de que modo o nosso medo e o nosso lixo contemporâneo são entendidos”.<sup>683</sup>

Neste mesmo conjunto de trabalhos, destaca-se a contribuição de Ignacio Dobles Oropeza<sup>684</sup> para a formulação de um panorama histórico-conceitual e comparativo do que têm sido as diferentes comissões da verdade, em especial aquelas dos países latino-americanos. Entre outras considerações, Oropeza aborda as contribuições do renomado jurista chileno José Zalaquett [1942-2020], segundo o qual, em situações de repressão e violação de direitos humanos, se não se conhece a verdade dos fatos, corre-se o risco de que “medidas severas possam se tornar arbitrariedades ou vinganças, e medidas de clemência ou perdão se transformem em impunidade”.<sup>685</sup> Oropeza destaca a visão desse jurista sobre a verdade relativa às violações graves de direitos, que deve ser completa. Para isso, deve-se incluir o máximo de informações possíveis acerca do planejamento dos crimes, e da identificação dos mandantes e dos executores. Ressalta que tal entendimento deve ser oficial, ou seja, contar com o apoio do Estado para que, posteriormente, as informações sejam ser difundidas publicamente. Ressalta que esta forma é “muito importante para as vítimas e seus aliados, que sempre souberam o que aconteceu”.<sup>686</sup>

---

<sup>681</sup> Ibidem.

<sup>682</sup> Bicalho. 2012, p. 12.

<sup>683</sup> Ibidem.

<sup>684</sup> Ignacio Dobles Oropeza. Memória e Direitos Humanos: algumas considerações acerca das experiências das Comissões da Verdade. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia é o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 15-22.

<sup>685</sup> Oropeza, 2012, p. 16.

<sup>686</sup> Ibidem.

Lembra que o problema “não é só das vítimas”<sup>687</sup>, mas de toda a sociedade. Oropeza ressalta a dificuldade enfrentada por posições como a de Zalaquett, uma vez que não raro os mesmos centros de poder que “exerceram influência determinante no período irregular em que esses atropelamentos foram cometidos seguem funcionando no presente”.<sup>688</sup> Oropeza chama a atenção para o fato importante de que as primeiras experiências das comissões da verdade não se detiveram muito em discussões filosóficas ou conceituais. Nota, no entanto, a presença de uma reflexão conceitual mais detida na Comissão da Verdade, instalada no Peru, em 2003. Enquanto as comissões anteriores “estavam preocupadas demais com o que estava acontecendo”<sup>689</sup>, não entrando em tais tipos de discussões, no Peru, ao contrário, definiu-se, após longo processo de discussão, o conceito de verdade como o “relato fidedigno, eticamente articulado, cientificamente respaldado, contrastado intersubjetivamente, alinhavado em termos narrativos, afetivamente perfeito, sobre o ocorrido no país”.<sup>690</sup> Para o autor, o sentido específico dado à noção da verdade é importante para procurar compreender as razões e os motivos por trás dos fatos: “A elaboração da memória tem que ser vista de um ponto de vista ético, para que as tarefas e as ações não sejam relativizadas, pressupondo a impossibilidade de classificar o que aconteceu”.<sup>691</sup> Para que isto se torne possível, recorre-se a diferentes e variados métodos, tais como “perícias judiciais”, “antropologia forense” e análises de laboratório”. Debruçando-se sobre a experiência peruana, ele complementa: “se uma importante parte do país não sabe o que aconteceu (no caso, a ditadura), não pode haver reconciliação”.<sup>692</sup> Por fim, destacamos o trecho de sua fala em que aborda a contribuição das comissões que, em último caso, devem servir à “satisfação do direito à verdade das vítimas e à reconciliação nacional”<sup>693</sup>, em termos de seus efeitos pedagógicos. Esta ideia, para ele, remete à criação de uma verdade pública, isto é, de fornecer uma versão avaliada do que aconteceu nas respectivas sociedades onde se instalaram regimes militares ditatoriais. Num momento em que a Comissão Nacional da Verdade ainda não havia sido plenamente instaurada, ele questiona, ressaltando o caso brasileiro: “O que iremos dizer às nossas

---

<sup>687</sup> Ibidem.

<sup>688</sup> Oropeza, 2012, p. 16.

<sup>689</sup> Ibidem.

<sup>690</sup> Ibidem.

<sup>691</sup> Ibid., p. 16-17.

<sup>692</sup> Ibid., p. 17.

<sup>693</sup> Ibid., p. 18.

crianças e aos jovens sobre o que aconteceu no Brasil nos anos 1960? É a transmissão da memória, que não pode ser um ato meramente vertical ou comemorativo”.<sup>694</sup>

Ainda no que se refere ao escopo de publicações deste período, destacamos “*A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)*”<sup>695</sup>, livro organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, que, como o próprio nome sugere, foi destinado à apresentação das experiências vividas em primeira pessoa por muitos psicólogos durante a ditadura militar. Conforme constatamos na apresentação deste livro, trata-se de uma obra que surge do debate sobre os efeitos do período ditatorial brasileiro, que “ganhou força nos últimos anos, culminando na criação da Comissão Nacional da Verdade (e das respectivas Comissões Regionais)”.<sup>696</sup> Fruto da iniciativa do Sistema Conselhos de Psicologia que, por meio das comissões nacional e regionais de direitos humanos, “vinha refletindo o papel da Psicologia nesse contexto (...) em prol da reconstrução de um Estado democrático”.<sup>697</sup> A partir das reuniões dessas comissões, no final de 2012, decidiu-se que cada um dos representantes regionais teria a tarefa de localizar em seus respectivos Estados “pessoas interessadas em compartilhar suas memórias desse (ainda) obscuro período da história nacional”.<sup>698</sup> Destacam os autores que dos diversos testemunhos apresentados no livro, em particular os que estão diretamente relacionados a episódios de prisão, tortura e violência, “emerge a necessidade de validação, reconhecimento, releitura e valorização das experiências pela sociedade brasileira, como forma de reparação possível à dor e ao sofrimento”.<sup>699</sup>

Neste livro cuja extensão merece ser destacada, já que se trata de um volume com 700 páginas, encontramos muitos relatos e histórias pessoais relacionadas ao regime militar, como a de Maria Julieta Salgado<sup>700</sup> que relata ter passado pelos “horrores da tortura ouvindo amigas da faculdade que tinham sido torturadas e estavam em choque”.<sup>701</sup> Enquanto estava presa no DOPS, ela lembra que, nos corredores e na cela onde estava,

---

<sup>694</sup> Ibidem.

<sup>695</sup> Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013.

<sup>696</sup> CFP, 2013, p. 20.

<sup>697</sup> Ibid., p. 21.

<sup>698</sup> Ibidem.

<sup>699</sup> Ibidem.

<sup>700</sup> Cf. Maria Julieta Salgado. Depoimento escrito encaminhado para a seção do Acre (AC) do Conselho Regional de Psicologia da 20ª Região. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 25-27.

<sup>701</sup> Salgado, 2013, p. 27.

ouviu os “gritos e gemidos de dor dos que estavam sendo torturados na cela ao lado”, enquanto para ela, que somente participou de “trabalhos de educação, expuseram a tortura psicológica”.<sup>702</sup> Destaca que na época, a “violência do poder estabelecido precipitava posições mais radicais por parte dos estudantes”. Em particular no ano de 1969, lembra que aqueles que tiveram condições de sair do país conseguiram salvar suas vidas, mas a “maioria sofreu graves traumas em brutais situações que visavam às partes sexuais dos corpos das mulheres com choques e, para os homens era usado o pau de arara, que expunha seus órgãos sexuais à castração”.<sup>703</sup> Relata que, nesse ano, sua irmã, Ligia Maria Salgado Nóbrega, na época, estudante de primeiro ano de Pedagogia na USP, por ter emprestado o carro a membros do grupo da Polop, passou a ser perseguida por agentes policiais. Cerca de dois anos depois, ainda sob perseguição, foi assassinada numa emboscada realizada no Rio de Janeiro. Lembra também que sua família só teve acesso ao corpo de sua irmã e, por isso, só conseguiu realizar um enterro digno, graças ao trabalho judicial de um membro da família que era advogado (seu tio) e ao irmão, médico, obrigado pela polícia a realizar a “autópsia para liberação do corpo”.<sup>704</sup>

Encontramos histórias como a de Jesus Santiago<sup>705</sup>, particularmente as que se referem ao seu irmão, Tilden Santiago. A narrativa de Jesus traz detalhes sobre a vida do irmão, sua formação teórica e religiosa na Igreja Católica e, em particular, como padre com profundo envolvimento com as causas sociais e políticas. Numa passagem interessante, narra o momento em que Tilden, já preparado para seguir a carreira tradicional e realizar os estudos de Teologia em Roma, “conheceu um grupo de padres operários que exerciam a atividade religiosa no Oriente Médio”<sup>706</sup>, local onde começou a exercer, além do sacerdócio, a perspectiva de um padre operário. Jesus relata o difícil momento em que seu irmão (militando no PCdoB) foi preso, e as suas diversas e intensas atividades pela causa dos trabalhadores. Relata que, no momento em que seu irmão “ficou inteiramente sumido, não sabíamos onde ele estava”.<sup>707</sup> Ele escreve: “Eu comuniquei minha família e minha mãe tentou interceder junto ao irmão dela, que era um oficial do

---

<sup>702</sup> Ibidem.

<sup>703</sup> Ibid., p. 26.

<sup>704</sup> Ibid., p. 27.

<sup>705</sup> Cf. Jesus Santiago. Entrevista concedida ao Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (MG). In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 137-147.

<sup>706</sup> Santiago, 2013, p. 137.

<sup>707</sup> Ibid., p. 141.

exército, no sentido de tentar, de alguma maneira, resolver a situação, localizá-lo”.<sup>708</sup> Ele lembra: “Como esse meu tio se recusou a ajudar, nós começamos a mobilizar toda a família. Eu tinha uma irmã que faleceu junto do marido. O marido dela era parente do Aureliano Chaves, uma família influente do Sul de Minas”.<sup>709</sup> Além disso, lembra de terem contactado também “Dom Paulo Evaristo Arns, a Arquidiocese e o Vaticano”, isto é, produzir uma “certa interferência no nível político para localizá-lo”.<sup>710</sup>

Jesus lembra que, no período em que Tilden esteve encarcerado no DOI-CODI, foi assassinado o estudante de Geologia da USP, Alexandre Vannuchi Leme [1950-1973], militante da ALN. Lembra que os gritos de Vannuchi Leme foram ouvidos por dois dias, e que, numa das celas, havia sangue, finalizando: “Ele foi muito torturado”.<sup>711</sup> Conta que Tilden tem uma filha que se chama Alessandra, em homenagem a Alexandre como forma de manter viva sua lembrança. Lemos em seu relato que Jesus não lembrava exatamente de quanto tempo durou a tortura do irmão. Só lembra que foi um período muito difícil e que sua mãe, que foi para São Paulo e esteve no DOI-CODI, em busca de notícias, “na hora em que os oficiais do exército saíam, ia para cima deles e gritava: *Quero meu filho, quero meu filho, quero meu filho!*”<sup>712</sup> Sua mãe obteve o apoio da Arquidiocese de Belo Horizonte que conseguiu mobilizar o Vaticano, que, por sua vez, começou a “soltar naquele jornal que chama Observatório Romano, outros desse perfil, que publicaram denúncias de um padre que estaria preso nos porões da ditadura”.<sup>713</sup> Lembra, enfim, que quando seu irmão finalmente voltou, estava muito mal, e dá detalhes do seu estado de saúde: “Quando o Tilden voltou, ele estava em uma situação de pânico, estava em uma espécie de transtorno de estresse pós-traumático, em uma neurose pós-traumática”.<sup>714</sup> E complementa: “Ele estava realmente muito mal, mas não fez terapia e nem análise nesse momento”.<sup>715</sup> Lembra, em particular, de um sábado à noite, quando estavam chegando de um baile, ao qual haviam ido para dançar, se depararam com uma radiopatrulha parada, pois havia tido um assassinato. Já “quase chegando, ele teve um ataque de pânico”.<sup>716</sup>

---

<sup>708</sup> Ibidem.

<sup>709</sup> Ibidem.

<sup>710</sup> Ibidem.

<sup>711</sup> Ibidem.

<sup>712</sup> Ibid., p. 142.

<sup>713</sup> Ibidem.

<sup>714</sup> Ibidem.

<sup>715</sup> Ibidem.

<sup>716</sup> Ibidem.

Lembra que, a partir disto, “fomos para a casa de uma tia nossa, de lá ligamos para casa e só no outro dia, nós voltamos para nossa casa”. E finaliza: “Ele estava em pânico”.<sup>717</sup>

Encontramos também relatos como o de Jureuda Guerra<sup>718</sup>, igualmente psicóloga, com um histórico de militância na área dos direitos humanos e que, desde muito cedo, estabeleceu relação estreita com o movimento estudantil. Ela relata que o motivo principal para se tornar, posteriormente, ativista dos direitos humanos foi o seu envolvimento afetivo com Paulo César Fonteles Filho<sup>719</sup>, quando o conheceu em 1989. Jureuda conta que “Paulo trazia consigo uma história pesada e muito densa”, a de um “sobrevivente da ditadura (...), nascido na prisão em 1972, em Brasília (DF), nos piores anos, anos do general Médici”, e que, aos 15 anos de idade, em 1987, seu pai, preso político e advogado de camponeses e trabalhadores rurais do sul do Pará, “foi barbaramente assassinado”.<sup>720</sup> Lembra que foi nesse contexto que conheceu e se envolveu com “Paulinho”, destacando que a relação entre os dois foi marcada pela identidade com a luta pela construção de um Brasil livre e soberano. Recorda que, “sempre no caladinho da noite, nas horas de profunda reflexão, surgiam sua história, seus medos, suas lembranças, lembranças mais longínquas (...) misturadas com raiva, tristeza e sentimentos de amor pela sua mãe, que sofreu as piores dores e violências para concebê-lo e dar-lhe a vida”.<sup>721</sup> Destaca que “Paulo, sempre que falava de seu nascimento, ficava muito abatido, deitava-se na cama, recolhia-se à posição fetal e às vezes levava o polegar à boca, dormindo”.<sup>722</sup> Paulo “conviveu com sua mãe somente por 30 dias após seu nascimento e foi trazido para Belém, por intermédio do coronel Jarbas Passarinho, o mesmo do AI-5, pois é paraense e a família do Paulo Fonteles gozava de certo prestígio social, possibilitando que ele ficasse ainda por 30 dias com a mãe, Hecilda Veiga.<sup>723</sup> Hecilda, após dar à luz e ficar durante esse curto período com o filho, ainda passou dois anos presa, junto com o marido, tendo sido ambos, depois, “deslocados para o presídio São José em Belém, onde ficaram entre os anos de 1975 e 1976”.

---

<sup>717</sup> Ibidem.

<sup>718</sup> Cf. Jureuda Guerra. Relato entregue por Jureuda Duarte Guerra ao Conselho Regional de Psicologia da 10ª Região (Pará). In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 209-213.

<sup>719</sup> Filho de Paulo Fonteles, já mencionado no relato de Danilo Carneiro, conforme já vimos neste capítulo.

<sup>720</sup> Jureuda, 2013, p. 210.

<sup>721</sup> Ibidem.

<sup>722</sup> Ibidem.

<sup>723</sup> Ibidem.

Jureuda lembra que “Paulinho” carregava um livro de poesias que o PCdoB havia editado em homenagem a Paulo Fonteles, após sua morte: “Um desses poemas retratava os dias de tortura que Hecilda Veiga havia sofrido durante a gestação”.<sup>724</sup> Seus torturadores repetiam a frase: “Filho dessa raça não deve nascer”, “Filho dessa raça não deve nascer”. Ela lembra que, no ano de 1995, quando ela e Paulinho passaram a morar no Rio de Janeiro, um professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), indicou-lhe que procurasse o Grupo Tortura Nunca Mais (GTNM), visto que, segundo seu relato sobre a relação do casal, “Paulinho sempre apresentava uma oscilação de humor, com estágios muito frequentes de depressão”.<sup>725</sup> Logo depois desse período, quando começou o acompanhamento psicológico oferecido pelo GTNM, justamente no ano de 1996, ocorreram os “assassinatos dos trabalhadores rurais sem terras em Eldorado dos Carajás”, o que deixou “Paulinho muito mobilizado”.<sup>726</sup> Logo em seguida, quando começaram a investigar fatos relacionados à guerrilha do Araguaia, Paulinho se deslocou até esta região, cumprindo tarefa de acompanhamento, em nome do PCdoB. Nesse período, ficaram “afastados por dois longos anos, mas, no final de 1998”, reataram a relação. Jureuda engravidou em maio de 1999. Ela destaca que a gravidez foi recebida pelo marido com muita alegria, mas também com tensão, uma vez que, embora fosse sempre muito afetuoso, entre as histórias que contava para o bebê, voltavam muitas vezes a frase dita pelos algozes de sua mãe: “Filho dessa raça não pode nascer”. Jureuda lhe pedia para não dizer isso, mas “Paulinho” insistia, o que era “muito estranho”.<sup>727</sup> Por coincidência, o parto estava previsto para o aniversário de “Paulinho”, que ficou muito inquieto com tal possibilidade, pois não queria que o filho nascesse em data tão sofrida. Jureuda lembra que, quando o bebê nasceu, logo “Paulinho o tomou nos braços, não queria entregá-lo para a médica pediatra, dizia que ninguém o levaria dele”. Além disso, “ficava repetindo em voz baixinha, no ouvido do bebê: *Nós nascemos, filho dessa raça nasceu, filho dessa raça nasceu, ‘Nós vencemos, nós vencemos!’*” Ela conta que, pouco a pouco, ele “foi ficando fraco, quase desfalecendo”, até que o levaram para fora da sala, embora ele não quisesse se afastar do bebê. Saíram do hospital no mesmo dia do aniversário, mas não festejaram muito, pois, no mesmo dia, ele adoeceu gravemente.

---

<sup>724</sup> Ibidem.

<sup>725</sup> Jureuda, op. cit., p. 211.

<sup>726</sup> Ibidem.

<sup>727</sup> Ibid., p. 212.



### *Clínicas do Testemunho*

Como resultado direto das iniciativas do setor público voltadas para o conjunto de normativas e processos de direitos da transição (incluindo aqui o resgate da memória e da verdade em prol das políticas de reparação), emergiu um novo conjunto de trabalhos. Na esteira da Comissão de Anistia e das comissões da verdade (nacional e regionais), nasceu o projeto Clínicas do Testemunho, no quadro das políticas reparatórias e como mais um campo de contribuições específicas da psicologia. Paulo Abraão<sup>728</sup> explica que se tratou de projeto que, somado a outros, como as Caravanas de Anistia e o Memorial da Anistia Política, formou-se uma rede abarcando diferentes Estados. Ao todo, foram quatro instituições conveniadas: o Instituto Sedes Sapientiae (São Paulo), o Instituto Projetos Terapêuticos (Rio de Janeiro), o Instituto Projetos Terapêuticos (São Paulo) e a Sigmund Freud Associação Psicanalítica (Porto Alegre).

Abraão define o projeto como o “primeiro esforço do Estado brasileiro para reparar e reintegrar à nossa história (...) as marcas psíquicas deixadas pelas graves violações de direitos humanos perpetradas pelos agentes repressivos da ditadura civil-militar (1964-1985)”. Entre os motivos pelos quais se justificou a existência desse programa de políticas públicas, ele destaca o pilar *reparação*, justamente um dos cinco que compõem os processos de Justiça de Transição, e que, segundo Abraão, são, além da reparação, a busca pela verdade dos fatos, a garantia pela memória das vítimas, a punição dos agentes culpados e a reforma das instituições perpetradoras das violações. Trata-se, portanto, de entender a reparação das violações perpetradas pelo Estado como uma “obrigação de todo e qualquer país que queria se pôr na trilha do longo, se não infundo, caminho do aprofundamento de uma cultura democrática”<sup>729</sup>. Ainda no que concerne à pertinência desse projeto, Abraão destaca que já seria suficiente “o fato de que a necessidade desses atendimentos psicológicos é decorrente de graves danos causados às vítimas *pelo próprio Estado*, por meio de suas forças repressivas”.<sup>730</sup> Mas se é verdade que não se pode medir a gravidade de uma ditadura só pelo tamanho da “pilha de cadáveres” que ela produziu, isso se dá justamente porque o terror, quando perpetrado

---

<sup>728</sup> Presidente da Comissão de Anistia (Ministério da Justiça) nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. Cf. Paulo Abraão. Prefácio. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho**: reparação psíquica e construção de memórias. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 15-21.

<sup>729</sup> Abraão, 2014, p. 15-16.

<sup>730</sup> *Ibid.*, p. 16, grifos no original.

pelo Estado, atinge de maneira incontornável toda a sociedade. Ora, se o agente regulador dos vínculos sociais se põe na ilegalidade, o que passa a estar em questão é a “própria substância normativa da sociedade”<sup>731</sup>, que se dissipa. Se é a vítima desrespeitada nos seus direitos mais fundamentais, ela também representa, na sua dor, o “trauma coletivo do esfacelamento súbito da instância responsável pela proteção da vida e das liberdades”.<sup>732</sup> Cabe ainda diferenciar a ação de reparação de crimes de lesa-humanidade quando é oferecida por grupos e entidades não governamentais, e quando é proposta pelo poder público. Considerando-se tanto o valor histórico (para a sociedade), como a dimensão subjetiva (para o paciente), “somente as políticas públicas de reparação podem carregar o símbolo da admissão, pelo Estado, do crime que ele mesmo perpetrou”.<sup>733</sup> Neste sentido, o valor do gesto é inestimável para a vítima, uma vez que, a exemplo do luto, que não existe sem o reconhecimento da morte, não existe reparação possível sem o reconhecimento oficial do crime.

A psicanalista Bárbara de Souza Conte<sup>734</sup> completa a definição do projeto destacando o viés clínico, uma vez que reúne um conjunto de trabalhos com o fim de possibilitar uma oferta de escuta e devolver, enfim, a “voz àqueles que tiveram suas vidas afetadas pela violência estatal”.<sup>735</sup> Para a analista, trata-se de inscrever o projeto das Clínicas do Testemunho em um “tempo-outro”, uma vez que, a partir da ação do Estado, oferece-se uma escuta psicanalítica ao sujeito em sofrimento e possibilita o reconhecimento coletivo das inúmeras histórias de resistência dos que viveram durante décadas no “silenciamento imposto pelo efeito traumático e pela autoanistia concebida em 1979 pela Lei nº 6.683/1979”.<sup>736</sup> Para Conte, o tempo do testemunho seria justamente este “tempo-outro”, onde estão possibilitados tanto o falar como o ouvir, processos que se afetam e que implicam ambas as partes, já que tanto aquele que testemunha sua história como aquele que escuta são impactados. Além disso, a implicação imbricada entre as dimensões individual e coletiva é apontada pela psicanalista, quando destaca que a implicação do terapeuta e do sujeito que testemunha se dá no campo da recomposição

---

<sup>731</sup> Ibidem.

<sup>732</sup> Abraão, 2014, p. 16.

<sup>733</sup> Ibid., p. 17.

<sup>734</sup> Bárbara de Souza Conte. Apresentação - Clínicas do Testemunho: reparação psíquica e reconstrução de memórias. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 23-27.

<sup>735</sup> Conte, 2014, p. 23.

<sup>736</sup> Ibidem.

individual (com a quebra do silenciamento do não dito), como no campo coletivo, proporcionada pela recuperação da história em sua dimensão social.

Claudia Perrone e Eurema Gallo de Moraes<sup>737</sup> aprofundam a discussão sobre a noção de testemunho, tal como encontramos de maneira ampla nos trabalhos deste campo. Destacam, por exemplo, a abordagem trabalhada pela teórica literária Cathy Caruth, segundo a qual o que está em questão no testemunho não tem relação com uma “lógica unificada e homogeneizadora”, mas com uma “memória democrática, porque polifônica”, afastada de uma indústria cultural e que se coloca como uma contribuição efetivamente psicanalítica ao “paradigma do trauma”.<sup>738</sup> É para este sentido de testemunho que os autores apontam, para o sentido daquilo que pode ser operado no “limite do social e do subjetivo”, de maneira que se torna possível “historicizar as zonas irrepresentáveis e emudecidas que podem criar um novo laço social, um sujeito da palavra que possa romper com as verdades rechaçadas”.<sup>739</sup> Assim, especificam do que se trata este sujeito, tal como entendido neste âmbito da clínica psicanalítica, que é mais do que um sujeito da lei, mais do que a vítima “cuja narrativa pública nunca coincidirá com a narrativa privada”.<sup>740</sup> Conjugam, por fim, esta visão do testemunho e da vítima com as colocações de Jean-Luc Nancy, para o qual a ideia de testemunho não deveria ter como horizonte a completude, mas, pelo contrário, a dispersão e a fragmentação do real, sem necessariamente estar alojado em uma narrativa da qual seja esperada uma transmissibilidade sem ruídos.

Neste mesmo conjunto de trabalhos, Alexei Indursky e Karine Szuchman<sup>741</sup> tratam o testemunho como um “conceito-limite”, diferenciando-o da ideia mais comum de se testemunhar através do paradigma jurídico, isto é, do paradigma de que se deve dizer a verdade, somente a verdade, nada mais do que a verdade”.<sup>742</sup> Diferenciam, portanto, estes dois registros de testemunho, o primeiro, mais comum, do âmbito jurídico, onde, sobre um determinado fato, se demandado, o sujeito deveria repetir sempre a mesma versão, sem modificá-la, a fim de que não caia em contradição. E um segundo, por outro lado, num modelo alternativo ao testemunho jurídico, onde caberia também ao

---

<sup>737</sup> Claudia Perrone e Eurema Gallo de Moraes. Do trauma ao testemunho: caminho possível de subjetivação. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.) **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 31-46.

<sup>738</sup> Perrone e Moraes, 2014, p. 36.

<sup>739</sup> *Ibidem*.

<sup>740</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>741</sup> Alexei Conte Indursky e Karine Szuchman. Grupos do testemunho: função e ética do processo testemunhal. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.) **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 49-66.

<sup>742</sup> Indursky e Szuchman, 2014, p. 50.

testemunho um certo grau de ambiguidade; onde, ao “tentar falar sobre o horror, margeiam-se as cenas vividas, deixa-se para trás imagens imperfeitas, palavras enigmáticas, cheiros vivazes, sons enlouquecedores que marcarão assim essa modalidade narrativa”.<sup>743</sup> Ou seja, no “lugar da objetividade do depoimento jurídico, imutável, a ser repetida à exaustão, elaborar-se-ão novas formas de se aproximar do horror, costeando o irrepresentável do vivido”.<sup>744</sup> Elencam o julgamento de Eichman, como um dos eventos ocorridos do século 20 a partir dos quais produziram-se importantes inflexões nesta noção. Foi, em particular, a partir deste julgamento, que, pela primeira vez, as testemunhas diretas do nazismo foram ouvidas enquanto prova real da existência da solução final. Além deste exemplo, adicionam imagens como as dos sonhos de Primo Levi [1919-1987] e de Robert Antelme [1917-1990], exemplos emblemáticos acerca dos desafios pelos quais vítimas do terror e da violência extrema passam diante do dilema de contar ou não contar suas experiências aos outros. Ainda é válido destacar a presença de autores como Marcelo Viñar, psicanalista uruguaio, com ampla contribuição sobre a clínica especificamente relacionada à dimensão social e política do sofrimento, em particular, com as vítimas da tortura. Destacam do seu trabalho a passagem em que ele trata do fenômeno de “demolição do sujeito”, demolição empregada pela violência do Estado e que passa, principalmente, pelo assujeitamento perpétuo que a vítima “vivencia quando sai do cárcere, porém [onde] o cárcere não sai de si”.<sup>745</sup> Dão como exemplo o momento em que a vítima sai da clandestinidade, mas que as experiências dolorosas continuam, como a “autorrecriminação sobre o que poderia ter sido feito de outra forma, ou sobre o que se deixou de fazer”<sup>746</sup>, acabando por eliminar do sujeito sua capacidade de ocupar novas posições no meio social. Destacam, enfim, o sentimento muito comum de vergonha por ter sobrevivido no lugar de tantos outros, como muitos sobreviventes do holocausto judeu, em meio ao negacionismo que pairou em certas partes, no pós-guerra.

Cabe destacar o aparato referencial sobre o qual muitos dos clínicos desse projeto se apoiam (e/ou partem), baseados em ampla referência conceitual e que extrapolam o rol de definições oriundas estritamente da clínica psicanalítica. Assim como na referência apontada acima de Viñar, vale destacar a articulação com autores politicamente engajados na luta pelos direitos humanos, em particular os que escrevem em língua espanhola e, de

---

<sup>743</sup> Ibid., p. 55.

<sup>744</sup> Ibid., p. 55.

<sup>745</sup> Ibid., p. 53.

<sup>746</sup> Ibidem.

modo mais particular ainda, os que escrevem a partir de um referencial político-epistemológico da América Latina, cuja contribuição difere de autores do Hemisfério Norte rico, não por sua posição geográfica, obviamente, mas por seu caráter clara e explicitamente vinculado a um pensamento independente dos problemas que temos nós, do Sul pobre. Este é o caso de Fabiana Rousseaux, psicanalista que contribui para esse volume específico, e também para o de outros pensadores com os quais se articulam inúmeros trabalhos ligados ao campo da memória social latino-americana, dedicados, particularmente, à reflexão dos efeitos que se perduram no tempo oriundos dos respectivos períodos ditatoriais. Em seu trabalho publicado neste volume, Rousseaux se interrogou a respeito dos limites que o discurso da psicanálise teria no âmbito do Estado, de maneira que, para ela, pensar as três coordenadas por ela destacadas, quais sejam, psicanálise, Estado e Direitos Humanos, torna-se necessário “em primeiro lugar, realizar algumas articulações teóricas entre o campo do social e da subjetividade, considerando (...) os efeitos traumáticos do terror de Estado”.<sup>747</sup> Ela argumenta que, no intercruzamento da “psicanálise com o social”, tradicionalmente, interpõem-se dificuldades no sentido de como contornar a aparente contradição entre discursos como o de uma política pública do Estado, bem como do direito, ambos inscritos na lógica do “para todos”, com um tipo de discurso como o psicanalítico inscrito na lógica do “não todo”. Para a autora, não se trata de excluir um ou outro, mas de sustentar tais lógicas opostas. Ela escreve que isto se torna possível, quando se faz um “bom uso” do conceito de coletivo e “não nos tornamos obsessivos em suturar a contradição que essas lógicas comportam, mas, sim, o contrário”.<sup>748</sup> Em sintonia com algumas das elaborações feitas pelos outros autores da coletânea (algumas delas, exemplificadas acima), Rousseaux trata do exercício específico de introduzir, no discurso jurídico, uma perspectiva que “jamais renuncie à dignidade do sujeito em questão, neste caso, o sujeito do testemunho”.<sup>749</sup> Ela questiona: “Como fazer com o que não tem forma de ser nomeado – o horror –, esse traumatismo discursivo que não podemos fazer passar pela linguagem?” E ainda: “Como produzir dentro do âmbito jurídico uma lógica que sinalize o reconhecimento das estratégias particulares a serem implantadas para que se possa produzir um testemunho dessas características?” E, por fim: “como resgatar nesse processo o ato de enunciação da testemunha que permita gerar

---

<sup>747</sup> Fabiana Rousseaux. O testemunho frente aos crimes de lesa-humanidade: sujeito jurídico, sujeito do testemunho. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 69-80.

<sup>748</sup> Rousseaux, 2014, p. 70.

<sup>749</sup> Ibidem.

efeitos reparadores e não revitimizantes?”<sup>750</sup> Para a psicanalista, no processo de reparação psíquica, a “tarefa de *acompanhar* se relaciona muito mais à possibilidade de enlaçar *Estado / vítimas / processo judicial* dentro de si próprio que sustentar as – por vezes – rígidas premissas terapêuticas baseadas no tradicional conceito de acompanhamento”, proveniente do campo das terapias antimanicomiais do pós-II Guerra. Rousseaux distingue a abordagem específica da vítima de violência do Estado, que não deveria se dar pela “via da assimilação ao discurso psiquiátrico/antipsiquiátrico”, mas sim “em torno da veiculação de um laço que aloje ao sujeito-vítima que foi expulso pelo próprio Estado”.<sup>751</sup> É neste sentido que ela escreve que, no caso da abordagem das vítimas do terrorismo de Estado, “no particular e inédito processo de julgamentos por crimes de lesa-humanidade, a definição tradicional de acompanhamento é insuficiente e equivocada”<sup>752</sup>, uma vez que, nesses julgamentos, não há pacientes, mas testemunhas cujos direitos humanos foram violados.

Maria Cristina Ocariz<sup>753</sup>, participante do projeto das Clínicas do Testemunho, numa publicação de 2015, destacou o modo como o Instituto Sedes Sapientiae se envolveu no projeto, justificando sua trajetória clínica e política. Ela destacou a importância do projeto, que, “além de ser um instrumento de garantia ao direito à Memória, à Verdade e à Reparação psicológica, produzirá insumos para elaboração de políticas públicas e para a transformação democrática das instituições, para que o horror não se repita”.<sup>754</sup> Lembrou a implicação histórica política do ISS, que, no período ditatorial, já atendia “militantes das causas populares e democráticas (...) quando estavam em sofrimento psíquico, e os protegeu ocultando-os clandestinamente em seu espaço, quando estavam em risco por sua escolha pela luta revolucionária”.<sup>755</sup>

Neste mesmo volume, encontramos passagens como a de Maria Ângela Santa Cruz<sup>756</sup>, em que, abordando sua participação, nos anos 1990, no Grupo Tortura Nunca Mais/RJ, quando atendeu a vítimas da ditadura, escreve que os “efeitos desse trabalho ainda estão presentes” em sua prática clínica cotidiana, e que é sempre “necessário

---

<sup>750</sup> Ibidem.

<sup>751</sup> Ibid., p. 74.

<sup>752</sup> Ibidem.

<sup>753</sup> Maria Cristina Ocariz. Apresentação. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985):** Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 21-26.

<sup>754</sup> Ocariz, 2015, p. 23.

<sup>755</sup> Ibid., p. 24.

<sup>756</sup> Maria Ângela Santa Cruz. Figuras da resistência, o *homo sacer* brasileiro contemporâneo e a construção do comum. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985):** Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 229-249.

lembrar do quanto a tortura pode ser devastadora na vida, no corpo, na ‘alma’ de uma pessoa”.<sup>757</sup> Levanta a hipótese de que o primeiro ato analítico “desenlouquecedor” para estes que sobreviveram tenha sido justamente oferecer um “espaço-tempo de escuta e cuidado”, associado ao reconhecimento internacional, tal como foi sua experiência nos anos 1990, um “primeiro passo para a saída da clausura asfíxiante da condição de sobrevivente naquele momento”.<sup>758</sup> Para ela, as condições para que tal processo pudesse acontecer faziam o efeito oposto ao “desmentido do trauma ferencziano”.<sup>759</sup> Ela escreve: “O acolhimento do traumático tem a potência de operar o início de uma inclusão necessária de um vivido da ordem do horror; nessa operação, desperta-se toda a força viva de se saber participante de um movimento de resistência ao totalitarismo”.<sup>760</sup> Ela ressalta algumas das características dos pacientes que acompanhou: “Saídas da casa dos horrores, a vivência de aniquilamento subjetivo fazia com que essas pessoas vagassem pelo mundo tal qual almas penadas – nem vivos, nem mortos”. Lembra também que tal “condição era ainda mais intensificada pelo estranho pacto de silêncio que parecia haver, inclusive entre marido e mulher, entre pais e filhos, entre companheiros, sobre a violência da experiência da tortura”.<sup>761</sup>

Milton Bellintani<sup>762</sup> destaca que mergulhar “nesse período em busca da Verdade, da Memória e da Justiça, ao contrário do que dizem os interessados no esquecimento, (...) não pode ser confundido com obsessão mórbida”.<sup>763</sup> Trata-se de “uma exigência para identificar as sequelas políticas, sociais e individuais que a ditadura deixou e, a partir disso, promover o (re)encontro de cada um consigo mesmo, com seus familiares, vizinhos, colegas e a sociedade em geral”.<sup>764</sup> Ele diz: “Superar o trauma inevitável desse período não é uma tarefa individual e sim coletiva”.<sup>765</sup> E finaliza: “Porque ele só afetou o indivíduo por haver, antes, afetado a sociedade”.<sup>766</sup>

Como em outras publicações do projeto das Clínicas do Testemunho, além dos artigos escritos por profissionais, encontramos testemunhos, em primeira pessoa, de

---

<sup>757</sup> Cruz, 2015, p. 235.

<sup>758</sup> Ibidem.

<sup>759</sup> Ibidem.

<sup>760</sup> Ibid., p. 236.

<sup>761</sup> Ibidem.

<sup>762</sup> Milton Bellintani. A reconstrução pela palavra dos vínculos quebrados pela ditadura. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985):** Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 315-318.

<sup>763</sup> Bellintani, 2015, p. 316.

<sup>764</sup> Ibidem.

<sup>765</sup> Ibidem.

<sup>766</sup> Ibidem.

vítimas da violência direta do Estado. Temos, por exemplo, o relato de Isabel Luiza Piragibe<sup>767</sup>: “Não sei até hoje como é que foi *planejado*, mas falaram para o meu pai que era bom me internar – e fui parar no Hospital das Clínicas”.<sup>768</sup> Ela relata as sessões de choques elétricos e o quanto ouvia suas companheiras descrevendo com pavor tais sessões: “Estar ali me deixava assustada. Só aguentei e consegui sair dali, quando comecei a falar de coisas que os médicos queriam ouvir”.<sup>769</sup> Lembra que, quando, finalmente, deixou a internação, uma das enfermeiras lhe disse: “Você, saindo, procure não encontrar ninguém daqui, não fale com ninguém que esteve aqui”.<sup>770</sup> Ela conta que conseguiu superar essa fase sombria de sua vida de maneira consciente e equilibrada, através do acompanhamento com as terapeutas da Clínica do Testemunho. Recorda particularmente de uma oficina da qual participou uma paciente que fora torturada. A tarefa de Isabel Luiza foi ler o relato de Amelinha Telles: “Ela [Amelinha] redigiu na hora o que passou quando foi torturada pelo [Carlos Alberto Brilhante] Ustra na ditadura. Comecei a ler todos os detalhes de como ele, um sádico, a violentou”.<sup>771</sup> E continua: “Minhas mãos tremiam, meus olhos lacrimejavam. Tive que parar... e chorei”. Fiquei tão chocada em saber que a mulher que estava ao meu lado havia sido torturada assim”.<sup>772</sup>

No mesmo ano, encontramos a coletânea de trabalhos da Equipe Clínico-Política do Rio de Janeiro. A título de exemplo, citamos o de Vera Vital Brasil<sup>773</sup>, que aborda sua experiência como psicóloga, com ampla experiência no trabalho pioneiro, já mencionado, de atenção psicológica a perseguidos políticos e seus familiares. A despeito das nuances de abordagem encontradas em outros tantos trabalhos, alguns já citados acima, sublinhamos a afirmação dessa autora, para a qual, a especificidade dessa clínica se dá justamente por ter como objetivo “reparar simbolicamente os danos da violência praticada por agentes estatais” (...) bem como possibilitar, como parte do processo de acompanhamento, “dar sentido a uma experiência dolorosa que ficou silenciada e apontar para um trabalho ético-político de reconstituição de laços sociais, de vínculos que foram

---

<sup>767</sup> Isabel Luiza Piragibe. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985):** Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 340-344.

<sup>768</sup> Piragibe, 2015, p. 342.

<sup>769</sup> Ibidem.

<sup>770</sup> Ibidem.

<sup>771</sup> Ibid., p. 344.

<sup>772</sup> Ibidem.

<sup>773</sup> Vera Vital Brasil. Testemunho da verdade e efeitos de reparação psíquica. In: Cristiane Cardoso, Marília Felipe e Vera Vital Brasil (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica:** Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, p. 37-56.



rompidos pela ação totalitária”.<sup>774</sup> Destacamos o questionamento que a psicóloga faz: “O que porta o testemunho, senão a memória da verdade experimentada em seu corpo?”<sup>775</sup> Entre outras posições, ela defende que é preciso estabelecer a “quebra do silêncio” como estratégia que torne possível, no encontro da testemunha com aquele que escuta, retirar “o peso da solidão de portar esta dor” e “quebrar o isolamento a que foi confinada a experiência traumática”.<sup>776</sup> Em outros termos, para devolver ao social, de onde a dor provém, recomenda o campo afetivo do sobrevivente, assim como a sua voz. Ela sustenta que a ordem específica da clínica do testemunho tem a verdade como foco para facilitar a construção de “sentido do que se viveu sob a marca do silêncio, como trauma, e a reconstrução de laços familiares, de amizade com companheiros de luta, com o Estado, laços marcados até então pela desconfiança e suspeição”.<sup>777</sup>

Tânia Kolker<sup>778</sup>, que, como Vera Vital Brasil, desde os anos 1990, atende sobreviventes, dentro do projeto de assistência do Grupo Tortura Nunca Mais/RJ, destaca, nessa mesma coletânea, que “não basta testemunhar”, e que “é preciso que ao esforço de falar se junte a disposição de ouvir”, embora, tampouco, isso seja o suficiente “para a elaboração e a cicatrização das feridas traumáticas”.<sup>779</sup> Para ela, ainda que o silenciamento “forçado seja causa, junto com a impunidade, de permanente retraumatização, não basta que o *foi assim, eu estava lá* seja escutado, já que para que a reparação dos danos seja efetivada, também é necessário que o *eu estava lá* se desdobre em um *eu estou aqui* e exijo que o Estado assuma a responsabilidade por seus atos”<sup>780</sup>, e mais, que esclareça as circunstâncias das torturas, das mortes e dos desaparecimentos e, por fim, indique o local onde esses fatos ocorreram.

Como nas outras publicações do projeto e tal como exemplificado acima, neste volume também são encontrados testemunhos<sup>781</sup> de participantes que, em algum

---

<sup>774</sup> Brasil, 2015, p. 42.

<sup>775</sup> Ibidem.

<sup>776</sup> Ibid., p. 54.

<sup>777</sup> Ibid., p. 55.

<sup>778</sup> Tania Kolker. Notas sobre o papel do testemunho e do dispositivo clínico-político no processo de reparação dos afetados pela violência de Estado. In: Cristiane Cardoso, Marília Felipe e Vera Vital Brasil (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica**: Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, p. 57-75.

<sup>779</sup> Kolker, 2015, p. 62.

<sup>780</sup> Ibid., p. 62-63.

<sup>781</sup> Um dos grupos terapêuticos do Projeto Piloto Clínicas do Testemunho/RJ. Nossa experiência no Projeto Clínica do Testemunho/RJ. In: Cristiane Cardoso, Marília Felipe e Vera Vital Brasil (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica**: Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, pp. 157-167.

momento, precisaram de ajuda psicológica e buscaram ajuda no grupo Clínicas do Testemunho no Rio de Janeiro. Este é o caso de um participante que relatou sua experiência em linguagem poética:

Dentro de mim nunca morou um anjo, mas, sem dúvida, a violência do Estado, exercida por meio de uma de suas expressões mais torpes – a tortura, física e psicológica – fez surgir um demônio que passou a conviver permanentemente comigo e tomou posse de minha afetividade. Incorporei um torturador ao meu inconsciente e passei a obedecer às determinações de um medo que eu sequer reconhecia como existente e que permanentemente, agora eu sei, me impedia, me impedia, me impedia...Minha reconstrução teria que se fazer em parceria, coletivamente, porque minha individualidade, parcialmente desestruturada por essa violência, também havia se desenvolvido dessa forma, na troca, no compartilhamento, no companheirismo... O processo terapêutico precisava, por esse mesmo motivo, ressignificar a afetividade no mesmo contexto em que ela se formara e fora deformada, buscando a ‘saúde política’, de cada indivíduo nos ‘coletivos’, todos, com os quais consegue e deseja se identificar.<sup>782</sup>

Outra participante, em certo momento, foi convidada para participar nas sessões de grupo, mas nunca aceitou, pois, se “já era difícil trabalhar a timidez” que se caracterizava em sessões individuais, não poderia se imaginar relatando seus “desafios e traumas a pessoas que desconhecia”.<sup>783</sup> Por fim, destacamos o relato de uma participante que, quando jovem, “começou a lutar por um lugar mais justo para se viver aqui, no Brasil”.<sup>784</sup> Ela destaca que, meses depois do AI-5, fez opção (não sem dificuldade) por “continuar lutando, de armas na mão, se necessário, como o fez uma parte” de sua geração, acrescentando a informação que ficara presa em duas ocasiões, em 1968, uma vez, em 1969 e, por último, por um período mais longo, entre 1970 e 1974. Entre outros detalhes, acrescenta: “Há dez anos, eu dizia: sou uma ex-presa política brasileira. Há poucos anos acrescentei que sou uma sobrevivente daqueles tempos sombrios. Agora, posso dizer: sou sobrevivente e testemunha do meu tempo”.<sup>785</sup>

### *Articulações finais*

A presente recapitulação dos principais eventos e conceitos que marcaram os processos de justiça de transição, particularmente no Brasil, nos ajudou a obter uma melhor compreensão de como foi produzido o extenso e diversificado corpo teórico de discursos e de práticas, desde o último quarto do século 20. Longe de querermos

<sup>782</sup> Um dos grupos terapêuticos do Projeto Piloto Clínicas do Testemunho/RJ, 2015, p. 159.

<sup>783</sup> *Ibid.*, p. 162.

<sup>784</sup> *Ibid.*, p. 159.

<sup>785</sup> *Ibid.*, p. 162.

apresentar um panorama completo ou homogêneo do tema, nosso intuito foi destacar nuances conceituais, os principais desafios desse campo. O presente exercício foi importante, tendo em vista os recentes desenvolvimentos dos processos de transição no cenário nacional, bem como, especificamente, o modo como o discurso psi se debruçou sobre os problemas envolvidos neste amplo e complexo cenário. Foi possível localizar o conceito de trauma nesse campo híbrido de discussões, em particular a maneira como se articulou com outros conceitos e com a trama de discursos produzidos por diferentes atores. Estudou-se o modo de abordagem daqueles que socialmente eram entendidos como os que “sabiam mais” (políticos, juristas e especialistas psi, por exemplo) e a maneira como tais saberes contrastaram com a perspectiva dos que sentiram e sentem, em si próprios, as dores produzidas pela violência perpetrada pelo Estado. Em outros termos, o modo como se articulam os saberes produzidos *sobre* as vítimas e aquilo que elas próprias falam *a partir* de suas vivências, seja o que é referente à memória dos fatos ocorridos na ditadura, seja referente ao sofrimento que ainda persiste no presente.

Cabe destacar o registro de diferentes tipos de documentos, como fontes documentais judiciais, arquivos pessoais envolvidos na defesa de perseguidos, matérias jornalísticas e laudos periciais de oficiais militares, em muitos dos quais há marcante presença da gramática do trauma. Somaram-se a esses registros os relatos de sobreviventes diretos e de familiares vitimados, alguns que, na atualidade, podem ser recuperados através de arquivos públicos. Aqui destacamos o trabalho realizado pelas comissões da verdade, que tornaram públicas as informações e os registros documentais dos quais emergiu uma miríade de informações relativas a tal gramática. Além do arquivo documental primário e dos relatos registrados pelas comissões, produziu-se um campo de publicações sobre os chamados processos de transição, nos quais podemos incluir a extensa lista de publicações relativas ao campo da psicologia, em que fica evidente a intrincada relação entre os conceitos do campo (memória, verdade, reparação, justiça, reconciliação, entre outros) e as discussões sobre o trauma. Em muitos destes trabalhos, ficou evidente a conjugação entre a perspectiva de teóricos especialistas e a dos sobreviventes. Além disso, a constatação da abundância do termo trauma nos registros legal, biomédico, em primeira pessoa e jornalístico nos permitiu evidenciar uma multiplicidade de sentidos, e algo até mais importante, já que, diferentemente do entendimento de que a emergência do vocabulário do trauma tenha acontecido mais recentemente, como uma espécie de “boom” homogêneo medicalizante do sofrimento contemporâneo, verificou-se que se trata de algo anterior e mais amplo.

Cabe notar a relativa estabilidade que o conceito de trauma assume aqui. Diferentemente de como é abordado em outros cenários, ele não só é definido e amplamente discutido, como também não sofre questionamentos. O próprio processo de negacionismo (aquilo que diz respeito à ocultação intencional da verdade e à negação dos fatos ocorridos) é tratado, ou seja, é trazido para discussão e diretamente atacado. Para tomarmos mais um exemplo da maneira distinta da discussão que é feita nesse campo com a de outros, como o campo dos desastres e da migração, aqui não se aborda o trauma com o objetivo de questioná-lo e tampouco se aborda a problemática dos efeitos psíquicos perpetrados pelo Estado remetendo a uma suposta internalização de causas do sofrimento. Em outras palavras, os sintomas derivados da violência não são compreendidos como um tipo de sofrimento no qual, através de algum mecanismo subjetivo, haveria participação do indivíduo. Não é cabível também, no cenário presente, remeter a outros termos, nem questionar a abordagem utilizada pelos próprios sobreviventes.

Poderíamos perguntar acerca de tal estabilidade do conceito de trauma neste cenário. Teria relação com o estatuto que o sobrevivente político de tortura assume nos dias atuais, não sendo admissível duvidar de suas afirmações? A crítica de alguns autores<sup>786</sup> pode ser lida neste sentido, por exemplo, quando constata a diferença importante que o estatuto do perseguido político assume, se comparado à violação grave de direitos humanos perpetrada no País contra a população mais pobre, que, embora seja majoritária, para elas não existem “políticas de reparação” como as observadas aqui. É válido notar a especificidade dos termos que legitimam a ideia de trauma, entendida aqui, em linhas gerais, como um conceito que diz respeito a um estado de sofrimento psíquico específico, produzido por um ou mais eventos externos. Por exemplo, tal processo de legitimação não se dá por categorias do escopo biomédico. Isto é, diferentemente dos outros campos vistos anteriormente (saúde pública, migração e refúgio), nota-se a rara frequência do diagnóstico TEPT. Podemos encontrá-lo no Protocolo de Istambul<sup>787</sup>, onde há ampla discussão sobre este diagnóstico. O que é interessante observar é que, embora o TEPT não apareça, seja para legitimá-lo ou utilizá-lo com fins pragmáticos, seja para criticar seu modo de abordagem, isto não quer dizer que seja questionável a ideia mais

---

<sup>786</sup> Por exemplo, questionamentos neste sentido são encontrados em Dario de Negreiros. *Reparação psíquica para quem?* In: *Clínicas do Testemunho RS e SC. Por que uma clínica do testemunho?* Porto Alegre: Instituto APPOA, 2018, p. 33-47.

<sup>787</sup> Organização das Nações Unidas. **Protocolo de Istambul**: manual para a investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Nova York e Genebra: Nações Unidas, 2001.

geral de trauma, que engloba a perspectiva etiológica causal presente também no TEPT. Distintamente da maneira como tal categoria é incorporada nos cenários acima apontados (a partir das práticas diversas exercidas, como exemplo, as de diagnóstico, de tratamento, estudos epidemiológicos e das políticas de vistos de migração, por exemplo), no campo da memória, o TEPT praticamente não é evocado. Acreditamos que um dos principais fatores se refere ao próprio sentido e à importância do trauma. Ainda que seja um termo que remete à saúde mental dos atingidos pela violência, seu registro encontra-se menos na saúde pública do que no campo da história, da memória e da política. As próprias referências teóricas deste campo, a alusão que se faz à ideia de trauma tem origem epistemológica nos estudos sobre o holocausto judeu, o que indica com qual estatuto do trauma estamos lidando.

Por outro lado, vale destacar a abundância de narrativas, em primeira pessoa, de sobreviventes que contam suas experiências nas quais há referência aberta a uma plethora de memórias e sofrimentos diretamente provocados pelo terror causado pelos militares. Talvez este seja um dos principais estabilizadores e legitimadores do trauma, aqui. São pessoas que passaram pelo terror da tortura, viram seus parentes mais próximos serem barbaramente mortos, viram sangue e, muitas vezes, cadáveres de entes muito queridos. Além dos detalhes do horror e das vivências particulares de medo crônico, nessas narrativas, as vítimas abordam seus traumas de maneira explícita. Esta peculiaridade, muito própria deste campo, deve ser sublinhada. Não somente existe um somatório incomparável de discursos testemunhais em nível *superstes*, e não, somente, como vemos talvez em todos os outros domínios, apenas *testis*.<sup>788</sup>

O trauma se estabiliza, junto a outros conceitos, como um articulador dos domínios privado e social, como aquilo que articula os efeitos nefastos a longo prazo da violência e da repressão promovida pelo regime militar. Se é verdade que ocorreu o ataque individual às vítimas, por outro, perpetraram-se uma série de crimes que almejavam perturbar, enfraquecer e amedrontar organizações diversas e o ambiente social mais amplo. A política de desaparecimentos forçados era um meio assustadoramente eficiente de mergulhar as pessoas no desespero, estabelecendo o medo crônico como norma das interações sociais. Se ainda destacarmos o exemplo mais íntimo dos familiares, que não

---

<sup>788</sup> Para este assunto, cf. por exemplo os trabalhos de Seligmann-Silva (2010) e de Didier Fassin e Rachel Gomme. Subjectivity without subjects: reinventing the figure of the witness. In: Didier Fassin. **Humanitarian reason: a moral history of the present**. Berkeley: University of California Press, 2012, p. 200-222.

sabiam do paradeiro daqueles que haviam desaparecido, veremos, como em muitos casos, que era a verdade o que lhes faltava. Tratava-se justamente da ausência da verdade sobre o que havia ocorrido, o que funcionava como um meio de transformar o crime político numa tragédia privada, na qual os envolvidos se sentiam culpados e responsáveis. Assim, para além da vivência particular das vítimas, muitas delas exemplificadas aqui a partir de testemunhos corajosos, há também aquilo que interliga tais sofrimentos particulares com a dimensão social dos mesmos, não sendo à toa que o sofrimento pessoal é identificado com o ponto de vista político, tanto pelos especialistas psi como pelos pacientes que por estes eram e são até hoje acompanhados. O estatuto da verdade, ou melhor, a importância que a luta pelo seu restabelecimento assume hoje, tornou-se essencial tanto para os processos de reparação no nível social e coletivo, como para a recuperação da saúde mental dos sobreviventes.

No que diz respeito à dimensão clínica do trabalho com o trauma, a verdade se torna uma maneira de restaurar um grau de coerência entre a experiência sofrida e a realidade, que, embora não se torne confortável, pode ser, no mínimo, menos enlouquecedora. Ou seja, não eram as vítimas que eram loucas, mas o sistema. Assim, tanto a verdade como a disponibilidade para se ouvir aquilo que elas tinham a dizer se tornaram partes de uma certa proteção contra a insanidade, aumentando-lhe as chances de sobrevivência. É aqui que trabalho psicológico e político se tornam imbricados no plano terapêutico, onde estão conjugados direitos humanos e saúde mental. Ainda no que diz respeito às implicações político-terapêuticas da verdade, o que se defende é que as vítimas das gravíssimas violações de direitos humanos não possuíam e não possuem somente o direito a ela, mas também às suas contradições, às ambivalências e às inseguranças, características estas que distinguem, portanto, o estatuto do testemunho do registro simplesmente jurídico. Articulam-se, aqui, tanto o amplo desenvolvimento normativo no campo dos direitos humanos, bem como, e este fator é particular deste campo, o próprio conceito de testemunho, ambos os campos explicitamente voltados à perspectiva pró-vítima e que entram no rol dos fatores que conferem positividade e legitimidade ao conceito de trauma.

A despeito das discontinuidades entre os diferentes cenários do trauma, destacamos um ponto de continuidade, relativo ao campo normativo dos direitos humanos, já que também está presente, em nível internacional, no campo das migrações e dos desastres. Além deste paralelo, outro ponto diz respeito à dimensão da prova (exigência necessária à ideia de trauma), uma vez que, tanto o conceito de testemunho no

presente cenário, como a categoria de TEPT, presente em outros campos, permitem que o elemento da verdade se estabeleça. Apesar de o passado não poder mais ser acessado e a verdade dos fatos também já não poder ser acessada, a não ser a partir de uma narrativa histórica construída, é a dimensão da prova - seja através da legitimidade de um diagnóstico médico ou do testemunho ao qual é conferido importância - que relaciona de maneira imediata o sofrimento atual vivido pela vítima com o evento considerado por ela como causador.

## **2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira dos anos 1990**

A despeito do lento e gradual avanço das políticas neoliberais no Brasil, ainda era possível perceber traços de elementos anteriores aos anos 1990. Ainda era possível, por exemplo, imaginar a criação de um mundo melhor, mais igualitário, justo, e que respeitasse os direitos humanos. Parcela importante dos protagonistas da chamada luta antimanicomial havia sido formada nos anos 70 e 80, os chamados anos de chumbo e seus prolongamentos. As questões, então, estavam postas em outros termos e possibilitavam um outro alcance. O campo da saúde mental pública, em particular, sofria profundas transformações e, de modo resumido, podemos dizer que, embora os movimentos que o compunham fossem bastante heterogêneos quanto às práticas e saberes produzidos, tinham em comum a luta frontal contra o chamado asilo. A vítima, a despeito de já poder ser localizada, enquanto figura antropológica, em outros países, conforme apontam diversos autores<sup>789</sup>, não existia aqui<sup>790</sup>. Não havia uma luta, portanto, advinda de um outro grupo minoritário a partir do qual políticas públicas seriam implementadas. A luta política se dava em favor do louco. O modelo atacado, em vias de ser desconstruído, era o modelo clássico institucional da psiquiatria, baseado no asilo. Assim, neste período, pensar em trauma ou mesmo na figura da vítima seria um contrassenso.

Ainda respirávamos os ares do período ditatorial [1964-1985] e, a despeito do processo de redemocratização “lento, gradual e seguro”, que vinha se dando desde meados dos anos 70, da luta pelas “Diretas Já” e da Assembleia Nacional Constituinte de 1988, os porões e os arquivos manchados de sangue daquele período ainda não haviam

---

<sup>789</sup> Cf. e.g. Wieviorka (2009).

<sup>790</sup> A figura da vítima no seu sentido antropológico, isto é, do correlato entre o indivíduo que sofre devido à opressão e à violência e o seu reconhecimento enquanto tal, no âmbito público, inexistia. É neste sentido, portanto, que se deve apontar que no campo da “saúde mental” brasileira, as lutas travadas eram outras.

começado sequer a ser abertos. As vítimas, não os loucos tratados nos manicômios, mas as vítimas específicas da tortura ainda não haviam aparecido para a opinião pública. Estas ainda não haviam começado a falar. A rigor, só passariam a ter a possibilidade de ser ouvidas muitos anos depois, em processo análogo ao que ocorreu com os prisioneiros dos campos de extermínio nazistas e as centenas de milhares de sobreviventes das bombas nucleares lançadas sobre Hiroshima e Nagasaki, que só se tornaram “vítimas” – do ponto de vista do reconhecimento social - décadas depois.<sup>791</sup>

A inspiração para as experiências alternativas ao modelo manicomial psiquiátrico brasileiro veio dos EUA e da Europa do pós-II Guerra<sup>792</sup>, quando esta última ainda se curava das feridas e do banho de sangue causado pelo nazi-fascismo. É importante dizer que, por mais que tais modelos assistenciais alternativos tenham sido elaborados sob influência da recente catástrofe e num cenário de terra arrasada, orientados eminentemente para o manejo das inúmeras consequências do horror e do desastre traumatizante vivido pelos soldados e guerrilheiros no *front*, e pela população civil dos países ocupados, também, o que se viu e retirou de tais experiências, em particular no contexto brasileiro, havia sido, como já dissemos, de outra ordem, cuja luta prioritária estava dirigida contra o modelo institucional asilar e em prol dos direitos do louco. Vale lembrar que, neste período, foram fundadas organizações supragovernamentais com o fim

---

<sup>791</sup> Em relação ao processo de transformação dos sobreviventes em “vítimas traumatizadas”, no caso judeu e japonês, refiro o leitor a alguns trabalhos na historiografia recente. No caso judeu, além da investigação pioneira do psiquiatra Dori Laub, ele próprio sobrevivente, refiro também aos trabalhos Judith Stern. The Eichmann Trial and its influence on psychiatry on psychiatry and psychology. **Theoretical Inquiries in Law**, v. 1, n. 2, p. 393-428, 2000; Nadav Davidovitch e Rakefet Zalashik. Recalling the survivors: between memory and forgetfulness of hospitalized Holocaust survivors in Israel. **Israel Studies**, v. 12, n. 2, p. 145-163, 2007; Paul Weindling. “Belsenitis”: liberating Belsen, its hospitals, UNRRA, and selection for re-emigration, 1945-1948. **Science in Context**, p. 401-418, 2006. No caso japonês, remeto às seguintes publicações: Ran Zwigenberg. **Hiroshima: the origins of global memory culture**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010; Janice Matsumura. State propaganda and mental disorders: the issue of psychiatric casualties among Japanese soldiers during the Asia-Pacific War. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 78, n. 4, p. 808, 2004.

<sup>792</sup> Conforme podemos ler em Amarante: “O período do pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar.” (Amarante, 1998, p. 27). Cf. Paulo Amarante. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. É válido também mencionar a passagem em que o autor escreve sobre o modelo específico da Comunidade Terapêutica britânica: “Datada sócio-historicamente do período do pós-guerra, a experiência da comunidade terapêutica chama a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática daquele período não mais tolerava conviver. Em tal contexto, toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos é repudiada e reprimida pelo tecido social.” (Amarante, 1998, p. 28). Remeto o leitor também ao trabalho de Joel Birman e Jurandir Freire Costa. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Paulo Amarante (org.). 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72. Neste trabalho, lemos: “Não mais era possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar; não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios” (Birman e Costa, 1994, p. 46).



de frear quaisquer possibilidades de repetição de horrores como o da II Grande Guerra. A partir de então, foram criadas organizações como a Organização das Nações Unidas e suas inúmeras subdivisões, como a Organização Mundial de Saúde, sendo publicada, além disso, no início do pós-guerra, a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A despeito de tais pactos e esforços conjuntos, no mundo bipartido da Guerra Fria, em reação às lutas pela independência das antigas colônias das potências europeias ocidentais e de outros movimentos emancipatórios, nas décadas seguintes, inúmeros massacres continuaram sendo praticados.

A despeito das barbaridades até então ocultadas nos manicômios espalhados pelo Brasil, diferentes projetos de resistência e inovação da assistência pública em saúde mental foram implementados. Ao longo do lento processo de abertura política e diante do clamoroso e insustentável fracasso da política econômica da ditadura, governos municipais (principalmente de esquerda), um amplo movimento de trabalhadores da “ponta” e acadêmicos vinculados ao campo da assistência em saúde mental começaram a realizar projetos que tornavam factível, se não o rompimento final, mas, certamente, um crescente ataque às raízes do então modelo manicomial. Em prol do louco, a quem até então fora dada unicamente uma posição social de excluído, passível de ser tutelado e curatelado, e sem os direitos respeitados no que diz respeito à sua cidadania, começaram a ganhar força inúmeros projetos em sua defesa. Projetos estes inspirados desde os anos 70 por concepções marxistas e pelo pensamento de intelectuais dos quais podemos destacar Michel Foucault [1926-1984], Franco Basaglia [1924-1980], David Cooper [1931-1986], Ronald Laing [1927-1989] e Thomas Szasz [1920-2012]<sup>793</sup>. Cada um a seu

---

<sup>793</sup> Cf. Erotildes Maria Leal. **O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira**: modelos de conhecimento. 268 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. A autora referencia os principais livros que, segundo ela, seriam “formadores de opinião” no campo (Leal, op. cit., p. 146, nota 61). Os livros citados são: Michel Foucault. **História da Loucura na Idade Clássica**. Perspectiva, São Paulo, 1978; e do mesmo autor **Microfísica do Poder**. Graal, RJ, 1985; Robert Castel, **A Ordem Psiquiátrica**: a Idade do Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978; **La sociedad psiquiátrica avanzada**: el modelo norteamericano. Barcelona: Anagrama, 1980; **O Psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978; **A Gestão dos Riscos**: da antipsiquiatria à pós-Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987; Erwin Goffman. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974; Franco Basaglia. **Psiquiatria, Antipsiquiatria y Orden Manicomial**. Barcelona: Barral Editores, 1975; **Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate**. Porto: Afrontamento, 1977; **Antipsiquiatria e Política**. Mexico: Extemporaneos, 1980; **Los Crimenes de la Paz**: Investigación sobre los Intelectuales y los Técnicos como Servidores de la Opresión. Mexico: Siglo Veintiuno, 1977; **A Psiquiatria Alternativa. Contra o Pessimismo da Razão o Otimismo da Prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil debates, 1980; **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. A título de sistematização bibliográfica, remeto o leitor às indicações de Benilton Bezerra Jr. em De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: **Saúde e Sociedade no Brasil anos 1980**. Reinaldo Guimarães e Ricardo Tavares (orgs.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 171-191.

modo, elaboraram e forneceram os subsídios teóricos à crítica bem fundamentada da psiquiatria tradicional.

Além disso, ficava cada vez mais claro para os reformistas os limites e os problemas envolvidos nestes modelos ditos alternativos da nova psiquiatria. Por mais que tivessem o mérito de se contraporem (cada um com a sua ênfase, conjunto de saberes envolvidos, técnicas e peculiaridades locais) ao hospício, ainda buscavam a “solução” ou a “alternativa” dentro do escopo estritamente psiquiátrico. Tanto as Comunidades Terapêuticas (modelo inglês), a Psiquiatria de Setor e a Psicoterapia Institucional (modelos franceses), quanto a chamada Psiquiatria Preventiva (modelo norte-americano), buscavam, resumidamente, o descentramento do asilo no tratamento da loucura. Se, então, no modelo asilar, a loucura era a doença e o alvo, e o problema a ser tratado era o louco, na perspectiva inglesa e na francesa, o problema passaria a ser a *instituição*. A instituição era o problema e a doença. O alvo principal deixaria de ser o indivíduo doente, mas a instituição produtora de todo o tipo de iatrogenias. A preocupação com o ambiente, digamos assim, ainda que válida, era colocada em termos médicos, de maneira que a transformação, embora possa ser considerada um avanço, não deixaria de se circunscrever nos limites da lógica, dos saberes e das práticas médico-psiquiátricas.

Vale lembrar ainda o processo semelhante que ocorreu deste lado do Oceano Atlântico, embora a ênfase tenha sido posta em outros termos. Nos EUA estava em curso um projeto que visava uma mudança ainda maior, com o envolvimento de toda a sociedade, em prol de uma mudança de lógica que, da mesma maneira, não ia para além do escopo médico; ainda dentro dele, tinha a particularidade de mudar o foco da doença em prol da promoção e da elevação da condição de saúde da população. O paradigma era o do indivíduo entendido enquanto ser biopsicossocial, modelo inspirado, por sua vez, nos campos mais diversos, não restritos à biomedicina psiquiátrica, mas que sofriam influências da psicanálise, das ciências comportamentais (behaviorismo), além da Teoria Geral de Sistemas (Ludwig von Bertalanffy [1901-1972]), dos estudos em fisiologia do estresse e da sociologia. A promoção desse bem-estar, vale dizer, seria produzida em níveis coletivos. O que se colocava no horizonte, a ponto de um amplo projeto de políticas públicas no período do então presidente John Kennedy [1917-1963] ter sido implementado, era a preocupação com o bem-estar. Colocaram-se em marcha planos preventivos do dito mal-estar psíquico e de doenças mentais entre a população.

A despeito das dificuldades, dos avanços e retrocessos, dos ataques e mesmo da destruição de vários projetos reformistas, o fato é que, na passagem dos anos 80 para os

90<sup>794</sup>, nos deparamos com um balanço positivo no campo. Ganhava espaço entre os profissionais, cada vez mais, a ideia de que a ênfase não devia ser posta em conceitos advindos estritamente do campo biomédico psiquiátrico, mesmo o de cura. O horizonte não poderia ser este. Era preciso uma radicalização da mudança, uma reestruturação ainda maior para além do escopo “técnico”. Era preciso mudar a *cultura* e a própria concepção acerca da loucura. Por outro lado, é preciso dizer que, junto ao gradual avanço no plano prático da Reforma nos anos 80, também se tornou evidente o grau de idealização de alguns de seus principais pressupostos. Por exemplo, até mesmo esta ideia sobre uma possível “permeabilidade no tecido social”<sup>795</sup> com uma visão mais positiva acerca do louco passava a ser colocada em xeque.

Também ficava mais clara a importância de uma concepção mais precisa e adaptada ao contexto brasileiro a respeito do que se tratava a noção de cidadania, fundamental no contexto da Reforma. Ora, ao evocar tal conceito, neste cenário, como afirmam diversos autores, não estaríamos nos referindo à mesma cidadania original de origem francesa, definida, entre outros termos, por um sujeito racional, universal e pleno com relação aos seus direitos. A cidadania pela qual se lutava deveria levar em conta as profundas disparidades encontradas em todos os níveis do cenário, em especial o urbano.

Como dissemos antes, é importante apontar que o “campo” de saberes e de práticas da Reforma não pode ser visto nem de longe como algo homogêneo. Tal como encontramos no trabalho de Leal<sup>796</sup>, a característica da diversidade era, de fato, “uma das marcas deste campo”.<sup>797</sup> Se havia algum consenso, era que o modelo centrado no asilo devia ser superado, mas não só, já que nos inúmeros trabalhos publicados neste período, é possível encontrar uma espécie de espectro de palavras-chave sempre presentes, onde se destacam os termos “atenção” e “cuidado” (que pareciam substituir palavras como “atendimento e “tratamento”<sup>798</sup>, respectivamente), além da maciça e persistente presença de ideias centrais, como “autonomia”, “reabilitação psicossocial”, “cuidado em saúde

---

<sup>794</sup> Conforme vemos em Leal, 1999, p. 28: “A partir de 1987 os debates no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira deixaram de centrar suas preocupações nas distorções, nos abusos e na violência presente na assistência psiquiátrica. A crítica ao modelo baseado na internação tornou-se clara e a questão deslocou-se para um debate acerca da natureza dos saberes, das práticas e dos procedimentos psiquiátricos. A Reforma caminhou para discussões relacionadas com a inserção dos loucos no mundo. Tomou como tarefa principal a construção de sua cidadania, entendida não mais como atributo formal de características universais, mas como projeto aberto às singularidades e especificidades das diversas formas de expressão da condição humana”.

<sup>795</sup> Bezerra Jr., 1994, p. 186.

<sup>796</sup> Leal, 1999.

<sup>797</sup> Ibid., p. 31.

<sup>798</sup> Ibid., p. 38.

mental”, “serviço-dia”, “suporte social”, “acompanhamento terapêutico”, “modo psicossocial”, “trabalho assistido”, “clínica de extensão”, “usuário”, “oficinas acolhimento”, “escuta”, entre outros.<sup>799</sup>

### 2.2.1 Crítica ao modelo preventivista

A título de verificação do que estava em questão, vale ainda sublinhar e lançar hipóteses sobre algumas ideias centrais e norteadoras neste período. Em importante relatório publicado por Birman e Costa<sup>800</sup>, encontramos algumas problematizações relacionadas à assistência psiquiátrica deste período. Aqui, os autores retomam de modo esquemático e histórico, os principais modelos alternativos em psiquiatria a partir dos anos 40. Tais modelos serviriam posteriormente de inspiração para os próprios profissionais de saúde mental no contexto brasileiro, onde encontramos questões que ainda valem ser sublinhadas. No relatório, por exemplo, ressalta-se o fato de que, durante o “próprio processo de guerra” – os autores se referem ao período da Segunda Guerra Mundial [1939-1945] – na própria dinâmica criada por esta situação, a psiquiatria moldou-se ao novo contexto e forjou instrumentos próprios para lidar com os problemas advindos deste cenário. Destacam, referindo-se especificamente à casuística atendida, o seguinte: “Um grande número de soldados mostrava distúrbios mentais no campo de batalha, tendo que abandonar os seus postos pela incapacidade emocional”.<sup>801</sup> Destacam também que tais soldados eram “internados em hospitais psiquiátricos militares, onde se amontoava um grande número de ex-combatentes, que aí se mantinha por um tempo longo, o que tornava problemática (...) a situação da frente de guerra, privada de um grande número de homens treinados”.<sup>802</sup> Por fim, destacam o particular trabalho levado a cabo pelos psiquiatras Wilfred Bion [1897-1979] e John Rickman [1891-1951], responsáveis por dirigir um hospital militar com “500 enfermos com diagnóstico de neurose”.<sup>803</sup>

Seguindo o nosso propósito, destacamos que não cabia aqui fazer qualquer referência ao trauma, ou como se utilizava em território inglês, neste período, às

---

<sup>799</sup> Ibidem.

<sup>800</sup> Birman e Costa (1994).

<sup>801</sup> Birman e Costa, 1994, p. 48, grifos meus.

<sup>802</sup> Ibidem.

<sup>803</sup> Ibidem.

“neuroses traumáticas” (termo originalmente atribuído a Freud, mas cujo estudo foi posteriormente atualizado, de forma sistemática, por Abram Kardiner [1891-1981]) ou mesmo às então denominadas “fadigas de batalha” (no original, em inglês, como se tornou muito comum, “*battle fatigue*”). Tratava-se de enfatizar aqui o modelo desenvolvido da Comunidade Terapêutica, com o objetivo de explicitar de que modo o louco – e não o traumatizado no *front* da guerra – passou a ser tratado.

Da mesma maneira, desta vez analisando o caso norte-americano, em especial a experiência conduzida pelo psiquiatra William Menninger [1899-1966], o relatório menciona a semelhança entre as práticas desse psiquiatra e as dos ingleses (Bion e Rickman), nas quais ele estabelecera também como estratégia fundamental (algo que poderíamos considerar padrão aos profissionais médicos treinados para lidar com o soldado vindo do *front* da batalha) “reintegrar, o mais rapidamente possível, os doentes internados às frentes de batalha”.<sup>804</sup> O relatório acrescenta que os “enfermos” eram reunidos em pequenos grupos, e que, no período imediato do pós-guerra, trabalham com os soldados “marginalizados da sociedade civil e com dificuldades emocionais” de forma a reintegrá-los através de procedimentos grupais.<sup>805</sup>

Para um contemporâneo dos anos 90 tais detalhes não seriam necessariamente importantes. Mas, aqui são. Assim, o que devemos sublinhar no que foi dito acima são os termos utilizados para se referirem a tais práticas. Não há qualquer menção ao sofrimento *produzido* pela guerra, não há trauma. Há “enfermos” e soldados com “dificuldades emocionais”, cujos problemas prioritariamente passariam a ser tratados em grupo. A ênfase, portanto, é sobre os grupos, já que seriam o foco da observação, devido à inovação enquanto método terapêutico. O modelo asilar, repetimos, era o alvo da crítica nos anos 90. O louco era a figura a ser flagrada. Não fazia qualquer sentido, portanto, abordar detalhes do que estava em questão no sofrimento do soldado, em particular como se daria tal sofrimento em sua perspectiva em primeira pessoa e de que modo estaria relacionado com as condições ambientais e externas pelas quais teria passado.

A rigor, há uma crítica central nesse texto à ideia de prevenção em saúde mental. Podemos entender que tal crítica poderia ser facilmente estendida à concepção de trauma, uma vez que este conceito está associado intimamente a uma causalidade externa, a um evento externo extremo. Trazem, em primeiro lugar, alguns exemplos, como a ideia geral de que o ambiente hospitalar teria uma natureza patologizante. Este, sim, ao invés do

---

<sup>804</sup> Ibid., p. 49.

<sup>805</sup> Ibidem.

“louco”, deveria ser tratado. Escrevem sobre tais práticas, de forma diferente do modelo tradicional da psiquiatria, que uma série de “sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar”.<sup>806</sup> Vale ressaltar, aqui, que exemplificam não para respaldar, utilizar como fundamento teórico a ser defendido ou como possível modelo de inspiração para práticas reformistas em psiquiatria, mas ao contrário, para criticar e argumentar que haveria uma plena inconsistência teórica.

Birman e Costa destacam a centralidade do conceito de crise na proposta preventivista. Citam, a título de exemplo, alguns trechos da obra principal de Gerald Caplan (“pai” da Psiquiatria Preventiva), que define o conceito e onde se esboçam algumas de suas implicações práticas no âmbito da saúde pública. Eles escrevem: “É aqui que surge o conceito de crise, já que este será o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade. O psiquiatra e sua equipe, junto com a população como um todo, (...) deve atuar nas situações que antecederiam a eclosão da enfermidade”.<sup>807</sup> E dão exemplos de alguns tipos de crise mencionados por Caplan, como as acidentais, “imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença”.<sup>808</sup>

Talvez valha a pena destacar, no original *Principles of Preventive Psychiatry*<sup>809</sup>, a pormenorização feita pelo próprio autor acerca de seu modelo de “prevenção primária”, contribuição que talvez seja a mais característica e particular deste autor. Em particular, é na segunda seção da Parte I, de seu livro, que encontramos as subdivisões “Modelo conceitual da prevenção primária”, “Factibilidade da prevenção primária”, “A necessidade de um modelo conceitual”, bem como, na seção nomeada de “Significação das crises vitais”, uma caracterização mais detalhada acerca do que o autor entende por crise. Nesta parte, encontramos “Teoria da crise”, “Caraterísticas da crise”, “Fatores que influenciam o desenvolvimento da crise”, “Influências sócio-culturais sobre a resolução da crise”, “Influências da família”, “Influências dos membros da comunidade” e, por fim, “Influência dos assistentes profissionais”.

---

<sup>806</sup> Ibid., p. 50.

<sup>807</sup> Birman e Costa, 1994, p. 57.

<sup>808</sup> Ibidem.

<sup>809</sup> A versão consultada por nós foi a tradução para o idioma espanhol. Gerald Caplan. **Principios de Psiquiatria Preventiva**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1980.

Devemos sublinhar o termo crise, conceito central como já foi apontado na obra deste autor. Mas não só. Também devemos destacar a centralidade da palavra “influências”. O problema aqui não era necessariamente a crise, a crise em si, mas como é que ela deveria ser abordada, maneiras efetivas de lidar com ela, além dos diferentes aspectos que a caracterizavam. Sobre o tema, Caplan escreve:

O interesse neste tema surgiu com a descoberta de que, em muitas pessoas que sofrem por transtornos mentais, as mudanças significativas no desenvolvimento da personalidade pareciam ter ocorrido durante períodos de crise bastante curtos. (...) Os problemas são graves e inevitáveis: a morte de uma pessoa amada; a perda ou mudança de emprego; alguma ameaça à integridade corporal por doença, acidente ou intervenção cirúrgica; uma mudança de função devido a transições de carreira ou socioculturais (...), etc.<sup>810</sup>

Para o autor, como destacamos acima, tratava-se de dimensionar a importância do modo como lidar com tais situações e períodos na vida do indivíduo, já que o desenvolvimento da crise em direção à enfermidade ou à saúde não estava dado. Era relativo (não de forma linear, como sugere a leitura de Birman e Costa) à forma como o indivíduo, em termos gerais, seria acompanhado, acolhido, respeitado, em suma como o entorno o “influenciaria” ou não ao longo deste processo. Caplan sugere também que, dependendo do contexto externo e do ambiente, o indivíduo poderia “sair” melhor do que antes após tais períodos.

Neste sentido, Caplan escreve:

Esta visão da crise como um período de transição que representa tanto uma oportunidade para o desenvolvimento da personalidade como perigo de uma maior vulnerabilidade ao transtorno mental, cujo desenvolvimento em qualquer exemplo particular depende até certo ponto da forma em que se maneja a situação, estão opostas as primeiras concepções que consideram o *stress* e os traumatismos como fatores etiológicos do transtorno mental. Segundo elas, o *stress* nunca é útil: o melhor que se pode esperar é que não haja dano. Por outro lado, com isso não se explica a experiência comum de que os indivíduos que conseguem manejar uma experiência difícil, muitas vezes, saem fortalecidos e mais capacitados para encarar de forma efetiva no futuro, não só a mesma situação, mas também outras dificuldades.<sup>811</sup>

O autor dá, ainda, o exemplo particular do combate em situações de guerra, que “produz neuroses traumáticas em alguns soldados, mas amadurece e fortalece uns tantos outros, que emergem da mesma raiz com uma maior confiança em si mesmos e mais capacitados para a liderança e à iniciativa”.<sup>812</sup>

---

<sup>810</sup> Birman e Costa, op. cit., p. 52.

<sup>811</sup> Ibid., p. 53.

<sup>812</sup> Caplan, 1980, p. 53. Este não é o espaço para um detalhamento maior do modelo preventivista. No entanto, a despeito de ser importante destacar algumas passagens de tal modelo, seja naquilo que é citado pelos próprios autores (Birman e Costa), seja pelo próprio Caplan, não percamos o foco de nossa discussão,

Para Birman e Costa, tais ideias não teriam consistência teórica. Entre os argumentos desenvolvidos por eles, destacamos o de que o

conhecimento etiológico é pequeno para o grande número das enfermidades mentais conhecidas. Com exceção de um pequeno número de enfermidades de fundamento orgânico, não possuímos este conhecimento para a grande maioria delas. Isto nos levaria à realização de uma prática voltada para a Prevenção Primária, sem quase nenhuma racionalidade etiológica. Isto corresponderia a agir no escuro, quase no vazio.<sup>813</sup>

Acrescentam a observação de que,

mesmo que se pudesse acatar as boas intenções de Caplan de atuar baseando-se em um conhecimento parcial, não se pode absolutamente concordar com ele, quando procura sustentar um plano de assistência psiquiátrica global, no que isto representa de esforços e recursos, baseado num conhecimento incerto, mesmo no caso de doenças de etiologia conhecida. E este questionamento a Caplan é absoluto, quando nos deslocamos para o campo das psicoses endógenas.<sup>814</sup>

Por fim, questionam: “Na medida em que trabalham com modelos hermenêuticos, como é possível ser construído um encadeamento causal retilíneo que pudesse servir de base a formulações preventivas?”<sup>815</sup>

A crítica de ambos os autores se dirige com o mesmo grau de contundência à ideia de uma possível participação comunitária a partir da qual poderia ser ampliado o poder profilático em saúde mental. Partem do argumento de que “nenhum dado sociológico, antropológico, psicológico ou histórico permite-nos afirmar que, no Brasil, o interesse pela saúde mental satisfaça esta exigência”.<sup>816</sup> Colocam em questão, portanto, a ideia de que os atos e as palavras dos psiquiatras tenham uma acessibilidade suficientemente ampla no imaginário social brasileiro, a ponto de ser possível contar com um poder preventivo real baseado neste pacto com a comunidade. Eles escrevem: “A comunidade ‘cooperativa’ (...) é praticamente inexistente na moderna cidade brasileira”.<sup>817</sup> E mais à frente, concluem argumentando que “nenhum interesse constante pela saúde mental pode ser obtido destas comunidades, exceto aquele estabelecido oficial ou oficiosamente pelo

---

qual seja, entender de que maneira podemos pensar o trauma dentro do contexto da reforma psiquiátrica. Dito de outro modo, apontar, não para Caplan, mas para os próprios reformistas, e abstrair conclusões mais gerais a partir deste exercício.

<sup>813</sup> Birman e Costa, 1994, p. 59.

<sup>814</sup> Ibidem.

<sup>815</sup> Ibid., p. 60.

<sup>816</sup> Ibid., p. 62.

<sup>817</sup> Ibid., p. 63.



sistema social global”. Além disso, “o modelo do interesse pela saúde mental, no Brasil, já está definido. Ele não precisa ser criado nem reinventado”.<sup>818</sup>

### 2.2.2 O cidadão *versus* a vítima

Como dissemos, na passagem dos anos 80 para os 90, estava bem fundamentado o fato de que a luta prioritária deveria se voltar contra o asilo e que - o que é ainda mais importante -, a partir dos avanços recentes no campo da reorganização dos serviços e no âmbito do direito (vide Lei Paulo Delgado), esforços paralelos no campo teórico deveriam ser concentrados no intuito de nuançar os aspectos basilares do campo reformista. Neste sentido, se é verdade que uma crítica aguda foi dirigida ao preventivismo, entre outros motivos, pelo risco de medicalização<sup>819</sup>, outros conceitos, como o da própria ideia de cidadania se tornaram objeto de reflexão particular. O objetivo era refletir sobre sua real aplicabilidade aos desafios encontrados no quadro brasileiro. Assim, alguns autores então se perguntam, baseados principalmente em trabalhos do campo da antropologia e da sociologia, que “cidadão brasileiro” é este?<sup>820</sup> A título de exemplo, Bezerra Jr. escreve:

Outro resultado dessa atividade permanente de formação articulada com a experimentação de novas formas de assistências foi o surgimento de uma reflexão bastante singular a respeito dos desafios teóricos com que a prática clínica se defrontava nos serviços públicos, bastante diferentes daqueles encontrados na clínica privada e para a qual estava voltada a formação universitária. Os modelos que inspiram a prática clínica abordada nessa formação são praticamente todos oriundos de universos de uma homogeneidade sociocultural sem paralelo com a nossa. De fato, poucos países ostentam uma realidade social tão fortemente marcada por fronteiras não só econômicas, mas também culturais como o Brasil. A aparente homogeneidade fornecida pela língua e pela integração étnica e regional nem sempre deixa entrever facilmente as enormes distâncias entre universos simbólicos que se entrecruzam e superpõem sobretudo no espaço urbano. Apesar de o Brasil *de direito* estar filiado à tradição individualista e igualitária do Ocidente, o Brasil *de fato* ostenta uma fortíssima hierarquia social, que produz formas de vida, modelos sociais de constituição da subjetividade e de orientação na vida social bastante diversos. Como vinham já assinalando os antropólogos sociais, falar no Brasil de cidadão, indivíduo, sujeito e acreditar estar falando de uma configuração mais ou menos universal da experiência subjetiva individual é falar de abstrações e não levar em conta o país real.<sup>821</sup>

---

<sup>818</sup> Ibidem.

<sup>819</sup> Conforme Amarante (1998).

<sup>820</sup> Para citar apenas alguns trabalhos, refiro o leitor aos seguintes estudos: Joel Birman. A cidadania tresloucada. In: **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (orgs). Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1992, p. 71-90; Benilton Bezerra Jr. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (orgs). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 113-126.

<sup>821</sup> Bezerra Jr., 1992, p. 178.

Outras passagens, como a que encontramos na investigação de Leal<sup>822</sup>, apontam para o mesmo problema. Entre outros materiais empíricos (livros e artigos técnicos do período), a autora se debruçou sobre os Anais do I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro, realizado em 1996, onde se pode ler que, de acordo com um determinado grupo da reforma psiquiátrica, existia uma limitação no campo que dizia respeito

não só aos saberes médicos (que têm no corpo biológico o seu objeto), mas são atribuídas também à psicanálise (que tem no corpo da ordem representacional o seu objeto). Ambos são considerados incapazes de lidar com a singularidade do sentimento de si vivido pelos sujeitos. Está denunciada aí a impossibilidade tanto da medicina quanto da psicanálise de *lidar com o real em sua singularidade porque ambas trabalham com noções de mente e corpo compreendidas como categorias universais* (1996, Reis, S. E., p. 71, in: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro). Sob esta perspectiva, nem mesmo a psicanálise poderia dizer da experiência mais particular do sujeito. O uso de categorias universais impediria que se atingisse, que se tivesse acesso, àquilo que é o absolutamente particular da experiência humana.<sup>823</sup>

Por fim, Leal ainda destaca mais dois trabalhos dedicados a esta discussão no congresso. Tais trabalhos, agrupados no Congresso sob o “subtema ‘Representação Social da Loucura’”, exprimiam “uma mesma posição no campo (já descrita anteriormente), identificavam e discutiam o que julgavam empecilhos para a transformação da assistência psiquiátrica”. Leal destaca um deles:

Um destes trabalhos argumentava que transformar as relações da sociedade com o doente mental no Brasil evocando a ideia de cidadão constituía-se num problema. A autora demonstrava, a partir de estudos sociológicos, que o exercício da cidadania em nosso meio acontecia de forma muito particular e através de regras muito próprias. O efeito de inclusão que se desejava promover não seria alcançado deste modo. Não eram os valores de igualdade e liberdade, mas sim as relações de sangue, compadrio e amizade que faziam dos sujeitos parte do todo. Se eram estas relações pessoais e singulares aquelas que faziam com que os sujeitos se sentissem parte do social, como viabilizar que o louco se sentisse parte do todo?

Na gramática utilizada pela reforma, cabe aqui destacar a noção de responsabilidade, que se tornou, entre tantos outros termos, central e norteadora das práticas da reforma psiquiátrica. Conforme lemos em Leal<sup>824</sup>, “aspectos como ‘responsabilidade e ‘contextualidade’, antes desprivilegiados, ganham força” no cenário da reforma e, em termos de tratamento, o clínico da reforma vê como bem-sucedido o

---

<sup>822</sup> Cf. Em sua cartografia do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, esta autora escreve: “Foram objeto de análise cento e trinta e três trabalhos inscritos como temas livres no I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro – *Paradigmas da atenção Psicossocial* – realizado em 1996, artigos publicados em revistas e livros identificados com o movimento de reformulação da assistência psiquiátrica (período de 1989 a 1999). Esse mapeamento destacou as principais preocupações do campo, discriminou as categorias que o definiam e indicou como os principais grupos costumavam significá-las” (Leal, 1999, p. 16).

<sup>823</sup> *Ibid.*, p. 42-43.

<sup>824</sup> *Ibid.*, p. 38.

caso onde o sujeito “apresenta alguma mudança subjetiva com efeitos sobre sua relação com a vida; por exemplo, deixa de ocupar o lugar de vítima de seu sofrimento”.<sup>825</sup>

Assim, se fosse possível perfilar e contrastar alguns destes termos, a ideia de vítima estaria mais próxima do tutelado do que do cidadão. Se é verdade que ambos os registros – o de cidadania e o de vitimização – têm em comum o fato de estarem inscritos no campo do jurídico e do político, são profundas as diferenças das formas de abordagem destas figuras e o alcance a partir das quais é possível chegar. De fato, como já se discutiu em algumas partes deste trabalho, tratam-se de duas tradições distintas. Conforme lemos em Wieviorka<sup>826</sup>, a despeito da “contemporaneidade” da vítima poder ser remontada já ao século dezenove<sup>827</sup>, em termos de uma “virada antropológica”, são principalmente as importantes transformações ocorridas nos anos 60 que colocarão a vítima no centro do palco. Neste período, ocorrem mudanças importantes na legislação em diversos países, como na Nova Zelândia, em 1963, onde foi introduzida uma lei de compensação às vítimas de roubo. Além disso, vale ressaltar as mudanças principalmente no que diz respeito à extensão daquelas que poderiam ser consideradas vítimas. Não mais apenas soldados, como no século 19, mas também, como resultado muitas vezes da mobilização coletiva das próprias vítimas, que passaram a falar em nome delas próprias.

Não mais uma questão de conflitos entre Estados, a guerra, agora, torna-se também uma forma de violência que atinge os corpos. É neste processo que são organizados movimentos feministas (e não apenas feministas), de maneira que a violência sofrida por mulheres deixou de ser confinada a espaços privados. Tornaram-se visíveis publicamente as violências. O estupro em particular passou a ser considerado crime grave. No mesmo período, por exemplo, em 1968, médicos foram cuidar de dezenas de milhares que morriam em Biafra. Wieviorka destaca<sup>828</sup> o fato de que os médicos franceses queriam falar sobre o que tinham visto, mas foram impedidos, seguindo as regras da Cruz Vermelha para a qual trabalhavam. A despeito disso, pela primeira vez, em cadeia nacional televisiva, foram mostradas imagens de crianças morrendo de fome. Os médicos

---

<sup>825</sup> Ibid., p. 144.

<sup>826</sup> Wieviorka, 2009.

<sup>827</sup> O autor destaca ao menos dois domínios onde uma preocupação com a vítima começou a adquirir certa visibilidade pública neste período. Destaca, em primeiro lugar, a partir da fundação da Cruz Vermelha, num movimento de ajuda às vítimas da guerra (não civis, mas soldados) que transcendia o ponto de vista dos Estados. Em segundo lugar, no campo mais interno da vida social, esta preocupação se refletiu em mudanças nas formas como a violência contra mulheres e crianças passaram a ser vistas na França, país destacado pelo autor. Cf. Wieviorka, 2009, p. 50.

<sup>828</sup> Ibid., p. 52.

declaravam que não existiam vítimas boas ou ruins, e que apenas civis estavam sendo mortos. Está localizada aí a origem dos *Medecins Sans Frontieres*. A questão da visibilidade das atrocidades da guerra, e a opinião pública sobre ela formada a partir da divulgação pelas mídias, assumiriam então relevância central e formariam uma espécie de escudo contra todo o tipo de catástrofe.

Wieviorka ainda destaca a investigação de Marlene A. Young<sup>829</sup>, onde ela trata da história dos movimentos das vítimas de crimes nos EUA. Young observa pontos importantes, como o de que a taxa de criminalidade em solo norte-americano aumentou nos anos 60 (período no qual foram publicados os primeiros estudos em vitimologia), e criaram-se programas e serviços de suporte para as vítimas nos anos 70, época em que, observa a autora, o governo expressou uma crescente preocupação com o abuso sexual infantil. O ponto importante, aqui, como observa Wieviorka acerca do trabalho de Young, é que as atividades institucionais, em geral, não podem ser consideradas de forma dissociada do surgimento de movimentos de protesto. Assim, como exemplo, teríamos os movimentos feministas que denunciavam o estupro e, em seguida, abriam-se (sempre, aqui, no cenário norte-americano) centros para tratamento das vítimas. Em seguida, mulheres eram agredidas e outros tantos centros, administrados inclusive pelas vítimas, eram abertos. Podemos ler no trabalho da própria autora<sup>830</sup>: “Agora, finalmente, o rescaldo do crime estava sendo entendido a partir da perspectiva da vítima – não da perspectiva de uma sociedade que deseja manter as vítimas à distância”.

Assim, quanto mais as vítimas falam em seu próprio nome e exigem ação pública contra a violência que sofrem na vida privada, mais desafiam a distinção entre a esfera pública e a esfera privada.<sup>831</sup> O surgimento da figura da vítima é, neste sentido, uma das características contemporâneas de uma transformação na forma como vemos o Estado e as suas instituições, e o que esperamos deles. Conforme ainda podemos destacar, novamente retirado da discussão de Wieviorka, a observação da filósofa Elisabeth Badinter, que observa, no caso francês, que o “o novo código penal de 1992 não fala mais de ‘ofensas contra a decência pública’, mas de ‘agressão sexual’. Está, em outras palavras, menos preocupado com a ordem coletiva e mais com a integridade dos indivíduos”.<sup>832</sup> É

<sup>829</sup> Marlene Young. The crime victim’s movement. In: Frank O. Ochberg (ed.). **Post-traumatic therapy and victims of violence**. Nova York: Brunner/Mazel, p. 319-329, 1988.

<sup>830</sup> Young, 1988, p. 325 *apud* Wieviorka, 2009, p. 54.

<sup>831</sup> Wieviorka, 2009, p. 54.

<sup>832</sup> Elisabeth Badinter, 2006, p. 10 *apud* Wieviorka, 2009, p. 55. A referência indicada pelo autor é Elisabeth Badinter. **Dead end feminism**. Cambridge: Polity, 2006.

neste quadro que podemos dizer que o Estado perde o seu estatuto e a importância que talvez tivesse anteriormente. É aqui que a vítima substitui não só o combatente sobrevivente do campo de batalha, mas também o cidadão que poderia, em um outro modelo de Estado voltado ao “bem-estar social” e com as garantias coletivas.

Em situação oposta ao da vítima, vista de forma passiva, caracterizada por sua condição negativa e digna de receber proteção, à cidadania conferem-se direitos, se salienta a sua participação ativa, respeita-se a dignidade, reintegra-se à polis e respeita-se a loucura enquanto diversidade, e não enquanto sinônimo de desigualdade. A situação é outra na cidadania, retornando agora para o nosso caso particular de interesse, que é o caso da cidadania como entendida e vislumbrada no campo da reforma psiquiátrica. Ela se situa no outro extremo da figura da vítima, que poderia facilmente se aproximar, neste exercício de comparação, da figura do tutelado, a qual se encontra, por sua vez, em contraposição à de cidadão. A abordagem se coloca em outros termos, já que, enquanto no cenário da cidadania trata-se de cuidar sem segregar, isto é, de respeito às diferenças, de inclusão, e de restituir, ao fim e ao cabo, o seu lugar efetivamente na vida social e na esfera pública, no quadro da vítima parte-se de sua dor. Diante do dano infligido, busca-se instaurar os meios possíveis de reparação. Ao sujeito louco cidadão, ao contrário, fica claro que, uma vez restituídos os seus direitos, torna-se possível, a partir daí a sua imputabilidade, colocando-o a partir de então, não no mesmo pé, mas num outro pé de cidadania possível. Trata-se de resgatar os seus direitos, mas também de circunscrever quais são as suas responsabilidades. Daí a importância de enfatizar a dimensão da responsabilidade, que estará presente de múltiplas maneiras no cenário da reforma psiquiátrica dos anos 90.

A rigor, trata-se de um quadro complexo no que se refere ao balanço e à distribuição das responsabilidades, com consequências evidentes nas concepções que todos os atores envolvidos (teóricos, acadêmicos, profissionais da ponta, gestores, usuários, familiares, opinião pública) passaram a ter acerca das ideias aqui trabalhadas, em particular em relação às que dizem respeito a noções tais como responsabilidade, causação das doenças mentais, relações entre ambiente social e indivíduo e, por que não, sobre o trauma. Conforme vemos em Silva<sup>833</sup>, é a partir de uma variedade de lentes que a

---

<sup>833</sup> Martinho B. B. Silva. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. VIII, 2, p. 303-321, 2005.

questão da responsabilização passa a ser vista, principalmente a partir da primeira década do século 21, no cenário da Reforma. Seja como for, a atribuição de tais responsabilidades, seja a dirigida às instituições, seja ao território (seguindo a lógica proposta de descentralização da Saúde colocada em marcha desde os anos 80), seja à família e à comunidade, seja ao usuário, torna patente a centralidade de tal problema, emergente em um período, é preciso mencionar, da rápida dissolução e enfraquecimento das políticas de bem-estar social, através da nova ordem do chamado Estado mínimo (neoliberal).

No final das contas, pode-se perguntar: de quem é a culpa? Seria do Estado, cada vez mais ausente em relação aos direitos mais básicos da cidadania? Poderia ser atribuída aos usuários, que deveriam ascender gradualmente do lugar de vítima ao de cidadania, a despeito das situações concretas de vulnerabilidade e todos os tipos de violência aos quais são submetidos de forma sistemática? O que se permite ver quando trazemos à tona o cidadão? O que se produz quando as vítimas começam a falar na primeira pessoa?

Como veremos a seguir, a resposta a tais questionamentos produzirá importantes impactos na *clínica da reforma*.

### **2.2.3 Modelos de clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira**

Como parte do exercício de construção, mas também de constante reformulação do campo, tornou-se clara a necessidade do aprofundamento de questões referentes aos modelos clínicos ofertados. As respostas não estavam dadas e, certamente, não se tratava de uma questão simples de estudo ou de “atualização” dos modelos clínicos já conhecidos, uma vez que não estava ainda formulado teoricamente ou claramente explicitado nos livros e artigos publicados até então, em particular, em que consistia o modelo clínico assistencial e o que a população atendida poderia esperar dele. Podemos destacar alguns dos questionamentos da época. Seria uma espécie de equivalente público das até então conhecidas psicoterapias privadas tradicionais? De que modo poderia ser considerada efetivamente terapêutica uma oficina que lidasse com atendimentos de arte ou mesmo em grupos, ou qualquer outra modalidade de atendimento que ocorresse para além do consultório seja psiquiátrico seja psicoterápico? Qual seria o estatuto desta clínica? Quais seriam as suas particularidades?

Ante a forte influência da psiquiatria italiana basagliana e da ênfase na reestruturação dos serviços, caberia até mesmo pensar em *clínica*? Isto é, tendo o

movimento reformista recebido forte influência de modelos que apontavam para a reestruturação não só dos serviços, mas dos próprios alicerces que propiciavam (ou não) as maneiras do louco se alicerçar no mundo, continuava a fazer sentido pensar em uma clínica que ainda fosse individual? Se sim, a partir de que fundamentos? De que maneira esta clínica deveria se articular com a tradição psiquiátrica pineliana, por um lado, e, por outro, de que maneira seria possível pensar o lugar da psicanálise nos trabalhos de âmbito público em saúde mental? Quais seriam as semelhanças e as diferenças fundamentais com os atendimentos realizados no âmbito privado e individual? Como entrariam, aqui, as diferentes modalidades terapêuticas psi, fossem estas advindas da psiquiatria ou da miríade de correntes de técnicas e teorias psicoterapêuticas da psicologia?

Coube aos clínicos de formação eminentemente lacaniana<sup>834</sup> debater, se articular frente ao campo, e elaborar parte das possíveis respostas sobre quais seriam os seus papéis, além de outras formulações para os diferentes questionamentos à então nascente clínica da reforma. A rigor, conforme aponta Figueiredo<sup>835</sup>, a relação interna entre saúde mental e psicanálise não era fenômeno recente, estritamente oriunda do contexto da reforma. A autora aponta que, no mínimo há 30 anos – isto é, desde os anos 60 e 70, no Brasil –, a presença maciça de psicanalistas nos diferentes espaços da atenção pública em saúde já poderia ser notada. Por outro lado, haveria algo, de fato, se atualizando, tendo em vista o amplo leque de transformações no campo em questão. Conforme aponta a autora e também Tenório<sup>836</sup>, a presença de analistas nesses ambientes nem sempre foi pacífica. Havia um tensionamento que não se reduzia às “pequenas diferenças” e aos “narcisismos” cotidianos institucionais.<sup>837</sup> Como percebe Tenório, à época, quando escreveu que a “presença dos psicanalistas na reforma psiquiátrica é sempre marcada por uma certa tensão, tanto da parte dos psicanalistas quanto da parte dos outros agentes da reforma”.<sup>838</sup> Este autor aponta para as particularidades próprias da teoria e da prática oferecida pela psicanálise, cujas fronteiras com o campo da saúde mental não necessariamente deveriam ser eliminadas, mas ao contrário, bem demarcadas, o que não

---

<sup>834</sup> Por circunscrições sócio-históricas diversas, específicas do campo de formação psi no Brasil, cujos detalhes não estudaremos aqui.

<sup>835</sup> Ana Cristina Figueiredo. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*? In: Antônio Quinet (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 93-96.

<sup>836</sup> Fernando Tenório. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

<sup>837</sup> *Ibidem*.

<sup>838</sup> *Ibid.*, p. 85.

impediria a possibilidade de tais visões coexistirem nos diferentes campos de atuação da reforma. Em outros termos, conforme o próprio autor escreve,

evitada uma posição rivalitária, decorrente dos narcisismos das pequenas diferenças e impeditiva do trabalho, essa tensão é necessária e desejável à construção de uma nova resposta aos problemas que concernem à psiquiatria. É desejável que se observe a diferença entre as ações engendradas pela ética da reforma psiquiátrica, uma ética dos cuidados, e o que se opera a partir de uma posição psicanalítica.<sup>839</sup>

Assim, não importando se alguns considerariam os dois campos de maneira fundamentalmente separada, como complementares ou mutuamente contrários, de fato a discussão acerca da clínica da reforma se configurou enquanto tal, passando a ser objeto constate de atenção e de debates múltiplos.

Pensar a atualidade da psicanálise no campo da reforma seria um simples “*aggiornamento*”?<sup>840</sup> - esta foi a pergunta que Figueiredo fez acerca de tal problema, que pode ser tomada aqui como um exemplo não só desta preocupação aumentada, mas também da tensão já mencionada, existente no campo, muitas vezes expressa de forma contundente nos argumentos de vários autores. A autora observa que, nos anos 80 e 90, havia uma “enorme resistência à figura dos psicanalistas como detentores d’O saber bem, ao modo do Mestre e Senhor da psicanálise”. Além disso, lembra o que ela chama de discurso da “cidadania, da desmedicalização e da ação social”, que prevalecia “sobre os excessos interpretativos e psicologizantes que circulavam em nome da psicanálise”. Assim, aponta que era a “politização do tratamento” o eixo central, e este parecia “prescindir da psicanálise, vista agora como parte de uma clínica obsoleta e resíduo da intervenção médica”. Ela finaliza afirmando que a questão parecia, portanto, se “deslocar de um modelo psicologizante para um socializante”<sup>841</sup>, de modo a produzir importantes consequências, como a de uma espécie de “carência clínica” (termos da autora) cujos desdobramentos seriam, por um lado, o do próprio “abandono da psiquiatria” e da valorização concomitante do chamado “saber leigo”. Quanto à carência clínica, refere-se especificamente à ausência de teorias explicativas como as do campo da psicopatologia, além de disciplinas que pudessem oferecer teorizações e modelos que fossem além das meras classificações. Isto é, que tivessem poder explicativo e uma proposta terapêutica correspondente de forma sistematizada. Quanto ao “saber leigo”, aponta que o mesmo

---

<sup>839</sup> Tenório, 2001, p. 85.

<sup>840</sup> Figueiredo, 2001. Aos moldes da questão (sempre citada) que Robert Castel fez acerca dos movimentos reformistas em psiquiatria. Cf. Robert Castel. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

<sup>841</sup> Figueiredo, 2001, p. 94.



teria passado a ser o próprio modelo, de maneira que “todos” estariam agora aptos a tratar, e o tratamento deveria se “sustentar sobre o pilar da ressocialização permanente, através de uma convivência (...) que subsume o trabalho e o lazer assistidos”.<sup>842</sup>

É neste sentido de crítica a uma posição que poderíamos chamar de “anticlínica”, da reforma, que encontramos Greco<sup>843</sup>, de maneira ainda mais contundente que Figueiredo, afirmar que a então denominada “clínica ampliada”, tal como preconizada pelos autores e profissionais da reforma, dilui de forma equivocada a especificidade técnica, que a própria reabilitação psicossocial é que poderia estar surda “à dimensão do sujeito” e que os profissionais da ponta, sem se dar conta, poderiam estar “tiranizando os pacientes, sob pretexto de fazer valer seus ‘direitos’, criando de fato um ‘dever’ de cidadania’. E ainda Tenório<sup>844</sup>, cujo entendimento desta postura anticlínica, em questão, poderia ser entendida inclusive em termos psicanalíticos, como uma recusa do real da psicose, ou seja, como uma defesa contra aquilo que não está capturado pela linguagem e pela cultura, constituindo assim, uma espécie de aspecto “neurótico” da reforma.

Por outro lado, para uma parcela expressiva tanto da parte dos chamados “reformistas políticos”, bem como por parte dos psicanalistas, não havia uma visão redutora em relação a cada um dos campos e nem de antagonismo entre eles, mas de complementariedade e de continuidade em relação ao que cada um poderia oferecer. Ora, não se tratava de, simplesmente, repetir, agora em âmbito público, o que se fazia nos consultórios privados das classes média ou alta. Não se tratava, ainda, de *negar* a importância de uma escuta mais particularizada do dito sujeito. Vemos tal argumento em Leal<sup>845</sup>, em 1999, quando afirma que, “na última década, principalmente, (...) perdeu vigor a ideia (...) de que as práticas de cuidado, para romper com o seu caráter segregador, (...) devessem abandonar o modelo clínico”. A autora complementa: “Os profissionais do campo da Reforma passaram a apostar na possibilidade de desenvolver uma clínica que não fosse reducionista, que não ocultasse os pressupostos éticos que a determinam e subordinam, e que promovesse a integração e não a exclusão do paciente”.<sup>846</sup>

---

<sup>842</sup> Ibid., p. 95.

<sup>843</sup> Musso Garcia Greco. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In: Antonio Quinet (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 2001, p. 111-120.

<sup>844</sup> Tenório, 2001.

<sup>845</sup> Leal, 1999, p. 133.

<sup>846</sup> Ibidem.

E, ainda, como vemos entre os psicanalistas lacanianos de Minas Gerais<sup>847</sup>, para os quais falar de sujeito cidadão implicava em falar, necessariamente, em um sujeito do inconsciente, da importância que se tinha, ao possibilitar a sua escuta, em seu processo em direção a graus maiores de autonomia por promover justamente uma reflexão mais aprofundada acerca de si mesmo. É neste sentido, por exemplo, que Barreto<sup>848</sup> afirma que, em relação ao modelo de tratamento anterior, isto é, o manicomial, não havia “aliança possível com essa estrutura”. Referindo-se ao grupo de psicanalistas de Minas Gerais, ele escreve: “Para nós, dizer ‘O louco é cidadão’ é corolário de ‘O louco é sujeito’. Em Minas, portanto, existe aliança entre clínica lacaniana e Reforma Psiquiátrica”.

Ainda encontramos em Leal duas grandes questões que “indicam os caminhos percorridos pela associação entre psicanálise lacaniana e Reforma Psiquiátrica”.<sup>849</sup> A primeira dizia respeito ao debate específico em torno do que se “trata a clínica nestas instituições”, isto é, “como ela se caracterizava”. Esta era uma preocupação sempre presente nos textos analisados pela autora. O segundo grupo de questões gira em torno da reflexão comum sobre como definir especificamente as relações entre o chamado “sujeito do inconsciente” e o “cidadão”.<sup>850</sup> Ou seja, o que devemos enfatizar é o fato de que emergem, neste debate, concepções bem específicas de quem seria este sujeito a ser tratado na clínica da reforma e as particularidades desse tratamento. Podemos dizer que, se, por um lado, a concepção segregadora anterior, predominante, acerca do louco, cada vez mais seria substituída pela noção de cidadania. Agora, com o advento desta nova clínica, emergiria um novo sujeito.

Diante das questões presentes acerca da clínica da reforma, Leal destaca que uma pergunta central nos esforços para defini-la girava em torno do esforço de articular clínica e política ou de como dimensionar e entender as relações entre o indivíduo e o coletivo. Na tese defendida em 1999, sobre a qual estamos debruçados, Leal faz referência à sua investigação teórica anterior, seu artigo publicado em 1997, dedicado também a tal questão. No artigo, a autora identificou primeiramente dois grupos principais. No primeiro, a tensão entre a clínica e a política partia da premissa de que a clínica reformista, por um lado, tratava de uma clínica *ampliada* que se contrapunha ao discurso clínico tradicional centrado no diagnóstico e na cura, e por outro lado, na ideia de tutela.<sup>851</sup>

---

<sup>847</sup> Leal, 1999.

<sup>848</sup> F. P. Barreto, 1999, p. 159 *apud* Leal, 1999, p. 132.

<sup>849</sup> Leal, 1999, p. 132.

<sup>850</sup> *Ibid.*, p. 133.

<sup>851</sup> *Ibid.*, p. 136.

Assim, a ideia de tutela deixava ser o fundamento da prática clínica reformista, sendo substituída pela de “autonomia”, esta “entendida não como autossuficiência ou independência, mas como a capacidade de o indivíduo gerar normas para as diversas situações da vida”.<sup>852</sup> Na clínica, aqui, ainda eram utilizados certos saberes de enfrentamento da loucura (vista como enfermidade), embora estivessem ressignificados por outros princípios. Neste primeiro grupo identificado no artigo, afirma Leal<sup>853</sup> que a aposta era a de que o social não fosse entendido como um todo “monolítico e coeso”, mas a partir da ressignificação das individualidades dos sujeitos, “seria necessário ressignificar a ideia de cidadão”.<sup>854</sup> A singularidade “deixava de ser característica própria do mundo privado e passava a reclamar expressão no mundo público”.<sup>855</sup>

O segundo grupo<sup>856</sup> identificado abordava a relação entre sujeito e política de modo diferente. Para os autores identificados neste grupo, enfatizava-se a ideia de que o lugar social do louco exigiria que estivesse colocado, num primeiro plano, a sua escuta. Neste segundo grupo, a questão do social era tomada a partir de outra perspectiva, distinta daquela defendida pelo primeiro. Em relação ao “social”, propunha-se intervir na ideia que, segundo tais autores, era “introjetada pelo sujeito”. Ora, se o coletivo

fizera com que estes indivíduos se percebessem enquanto sujeitos sem valor, desiguais, menores, a clínica deveria produzir experiências, vivências, afetos e sentimentos que lhe permitissem perceber o seu valor, a possibilidade de terem os seus direitos valorizados na vida da cidade, apesar da singularidade subjetiva de cada um.<sup>857</sup>

A despeito das especificidades do amplo leque de trabalhos analisados pela autora, tanto no artigo publicado em 1997 quanto na tese ora analisada, todos apontam para a ideia de que a “expressão da singularidade dos sujeitos no espaço coletivo” era uma questão central para o campo, e que era preciso aprender a “trabalhar com a dimensão subjetiva sem perder de vista que ela é produção permanente do social”.<sup>858</sup>

Um terceiro grupo identificado por Leal a partir do conjunto de trabalhos analisados na tese, inscritos para apresentação no I Congresso de Saúde Mental em 1996, ela percebeu no mesmo um outro rol de características. Ora, neste grupo constituído por

---

<sup>852</sup> Ibidem.

<sup>853</sup> Ibid., p. 141.

<sup>854</sup> Ibid., p. 142.

<sup>855</sup> Ibidem.

<sup>856</sup> Ibid., p. 137.

<sup>857</sup> Ibid., p. 142.

<sup>858</sup> Ibid., p. 141.

psicanalistas lacanianos de Minas Gerais, a autora identificou duas possibilidades em relação à questão entre o chamado sujeito do inconsciente e o sujeito da cidadania. Vale ressaltar que as duas possibilidades se distinguem, basicamente, somente quanto à forma. Apresentavam o mesmo argumento em termos de conteúdo. Para o primeiro grupo, “o sujeito não é o cidadão. (...) O cidadão é, de início, um, qualquer um”. Para estes, o sujeito seria sinônimo de “singularidade, que se afirma por ocasião de um acontecimento a quem ele passa a dever fidelidade”. Por outro lado, “quando o sujeito surge, seu horizonte é político, porque faz sempre referência a um grande Outro, noção que para a psicanálise laciana expressa a dimensão do simbólico”.<sup>859</sup>

Diferentemente deste, no segundo grupo, o argumento se expressa de uma forma sutilmente distinta. Leal destaca uma citação de trabalho inscrito no congresso. Em tal passagem, o autor começa com o seguinte questionamento: “Será que sustentados numa linha de abordagem clínica, onde o que vai ser visado é a possibilidade de emergência do sujeito, não estaríamos também trabalhando numa vertente política, onde se enfatiza a questão do paciente psiquiátrico enquanto cidadão?”<sup>860</sup> E ainda:

Em outras palavras: será que um trabalho clínico que enfatize a possibilidade da mudança de posição do sujeito diante do Outro, no sentido de que ele possa *implicar-se* de fato e de direito nos caminhos de sua existência e saber de suas responsabilidades em relação a seus próprios sofrimentos não é trabalhar, mais além de uma perspectiva meramente assistencialista ou paternalista – na construção de sua cidadania, no que isso também implica de compromisso num plano político-social?<sup>861</sup>

Mas a esta altura de nosso exercício de reflexão sobre a discussão da clínica da reforma, o que devemos sublinhar acima? Ora, certamente os termos “Implicar-se”, “responsabilidades”, “meramente assistencialista” e “paternalista” nos fornecem indicações importantes daquilo que estava em questão no período. Este pequeno espectro de palavras-chave se articula com outros tantos que nos apontam para uma episteme muito provavelmente central deste momento, avessa a qualquer postura que poderia ser considerada “humanista” ou mesmo “filantrópica”, que poderia soar como ingênua, idealizada e até mesmo em sintonia com o modelo anterior da tutela, tal como encontramos na passagem de Figueiredo, em que a autora, no exercício de destacar o que a psicanálise teria a contribuir para o campo da reforma, coloca num mesmo plano de

---

<sup>859</sup> Leal, 1999, p. 142.

<sup>860</sup> H. S. Castro, 1995, apud Leal, 1999, p. 143.

<sup>861</sup> H. S. Castro, 1995, apud Leal, 1999, p. 143.

sentido “boas intenções”, “humanismo”, “ingenuidade” e “filantropia”.<sup>862</sup> A rigor, conforme bem notou Silva<sup>863</sup>, tratava-se de um momento histórico em que a questão das “responsabilidades” assumiu sentidos múltiplos, entre os quais o clínico, objeto de nosso interesse particular a esta altura da tese.

Podemos justamente perceber este aspecto da responsabilidade nas discussões trazidas por Leal, em sua tese. Assim, a despeito das diferenças entre o segundo grupo analisado em seu artigo e o grupo de Minas Gerais, a autora observa que ambos possuem em comum o fato de considerarem o tratamento “bem-sucedido, quando o sujeito apresenta alguma mudança subjetiva com efeitos na sua relação com a vida”. Em particular, quando este sujeito “deixa de ocupar o lugar de *vítima* de seu sofrimento, amplia laços sociais, através de novas relações afetivas e de trabalho”.<sup>864</sup> Tenório<sup>865</sup> afirma que o valor da psicanálise se dá justamente neste sentido. Em outras palavras, se houvesse algo a contribuir, que fosse de fato particular ao saber psicanalítico, seria esse: “localizar o sujeito no sofrimento de que padece e a fazê-lo advir como responsável por sua condição”. Para o autor, seria este justamente o ponto de utilidade da psicanálise para todo aquele “psicanalista que atue como *prático* na reforma”.

### 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma

O exercício de refletir sobre o trauma em articulação com o campo da saúde mental pública também envolve a compreensão de como tal conceito é abordado pela psicanálise, em especial na sua linhagem eminentemente lacaniana, uma vez que é desta vertente que estamos tratando predominantemente, quando pensamos na articulação deste saber com o campo dos cuidados públicos em saúde mental no Brasil. Ou seja, ele requer investigar mais minuciosamente quais as nuances desse conhecimento produzido e de que maneira passaria a ser aplicado o cuidado neste período imediatamente anterior ao século XXI. Cartografar o campo de produções da psicanálise lacaniana brasileira implica em romper, necessariamente, algumas fronteiras, principalmente do ponto de vista geográfico, uma ao sul do continente americano (Argentina), outra que nos separa da Europa (principalmente, de Paris, neste caso), porque tratar da psicanálise no Brasil nos

---

<sup>862</sup> Figueiredo, 2001, p. 95.

<sup>863</sup> Silva (2005.).

<sup>864</sup> Leal, 1999, p. 143, grifo meu.

<sup>865</sup> Tenório, 2001, p. 88.

mostra a interação íntima entre os autores formados pela obra deixada pelo psicanalista francês Jacques Lacan [1901-1981] e muitos de seus sucessores.

Na passagem dos anos 80 para os 90, identificamos, justamente neste eixo, uma espécie de preocupação comum com temas emergentes, como, por exemplo, de que maneira seria possível articular a psicanálise com outros campos do saber, em hospitais e outros setores de emergência em saúde, no âmbito privado ou público. Além disso, surgem novas preocupações, as quais não estarão mais alicerçadas na atenção à figura do louco. Se, até então, o louco era o objeto principal de análise e intervenção no campo das políticas públicas e produções acadêmicas sobre o tema, entra em cena um novo personagem, com características relativamente peculiares, cada vez mais presente nos consultórios privados e nos chamados ambulatórios públicos. Deixou de ser suficiente pensar apenas no caso crônico da loucura. Cada vez mais, de forma incessante e abundante, fez-se necessário entender e cuidar do estado agudo e desafiador do sujeito em estado denominado de crise. Em outros termos, passou a estar cada vez presente, de forma simultânea e paralela, não só a preocupação de como concretizar a inserção da loucura na grande cidade, mas, também, de pensar de que modo o cidadão “comum” (desvairado, inclusive, como um dos efeitos desse meio urbano) deveria ser tratado.

Em termos clínicos, não se trata de clínica mais abrandada. Se é verdade que, na loucura da psicose, é o surto e o horror vivenciado persecutoriamente o que se coloca como um dos desafios centrais, aqui não nos deparamos com algo menor. É também da ordem do horror, e de uma gravidade avassaladora, o que irá se apresentar na chamada *nova clínica*, na qual as dimensões da urgência, da crise e da emergência no presente apresentam-se como objetos teóricos e alvos de análise próprios da contemporaneidade. Tratam-se, como vão dizer diferentes autores, de novos tempos, que caracterizarão o cerne desse emergente cenário no qual uma subjetividade é flagrada nos seus delineamentos mais fulgurantes e representativos do desamparo, produzidos não mais pelas grandes guerras ou cataclismos, mas, talvez, pelas desordens e abalos múltiplos do dia-a-dia, cada vez mais comuns, nos mais variados níveis de precariedades urbanas. Foram-se os tempos de segurança, se é que, algum dia, eles existiram. É chegado o tempo em que aquilo que se adiciona é da ordem da pobreza, da insegurança crônica, dos acidentes múltiplos, da violência doméstica, da perda ou até da ausência do emprego, do consumismo, da perda de horizontes e de um perigo específico - que logo surgirá neste período abordado - do sempre possível atentado terrorista, ingrediente específico deste tempo, antes ausente.

### 2.3.1 Estudos sobre a “urgência subjetiva” no eixo França-Argentina

Como apontamos, é possível detectar um intenso debate em torno da questão das urgências, no final dos anos 80. Ao que tudo indica, foi a partir da relação íntima e da troca intensa dos psicanalistas argentinos com os franceses que muitos trabalhos basilares deste campo foram publicados. Em 1987, por exemplo, encontramos algumas das indicações do que estava em questão. Ora, não se trata de dizer que são reflexões absolutamente inéditas. Tal como podemos inferir da fala de alguns analistas franceses, convidados para ministrarem aulas e supervisionarem os trabalhos do grupo argentino, tais desafios já estavam postos e vinham sendo fermentados e elaborados anteriormente, em Paris, por ocasião de rica experiência acumulada na enorme malha de dispositivos de saúde mental espalhadas na capital francesa.<sup>866</sup>

Ricardo Seldes, então coordenador de uma equipe de urgências em Buenos Aires, anota que, “no início de 1987, [quando] constituímos o grupo de trabalho sobre as Urgências, tínhamos a impressão de que devíamos avaliar as múltiplas interseções provenientes do modo particular em que enquadrámos esta problemática”.<sup>867</sup> Para Seldes, tratava-se de um campo “descuidado pelos psicanalistas; lugar sustentado pelos psiquiatras, que, devido ao campo da psicofarmacologia, tiveram que reduzir a questão à clínica do olhar e ao silenciamento do sintoma”.<sup>868</sup> Neste contexto, escreve o psicanalista, algumas fronteiras de interseção deste campo do cuidado se apresentavam, entre elas, a da própria fronteira com a psiquiatria, num contexto institucional em que tiveram oportunidade de trabalhar por aproximadamente dois anos e meio. A outra dizia respeito, segundo suas palavras, à própria “assistência e à investigação que ocorreu por conta dos

---

<sup>866</sup> Segundo Leguil, conforme compartilhou neste encontro, trata-se de um centro de consulta e de recepção criado em Paris, criado nos anos 1960 pelo doutor Georges Daumezon, amigo de Lacan e que “o recebia a cada quinze dias em seu serviço, onde ocorriam suas aulas clínicas denominadas ‘apresentações de doentes’. (...) Atualmente sendo dirigido por um de meus amigos”, ele escreve, “o doutor François Caroli, é um centro de considerável atividade, já que recebe entre quatorze e dezesseis mil casos por ano” (Leguil, 1988, p. 23). Para esta referência cf. François Leguil. La urgencia y el discurso. In: Marta Bialer et al. (orgs.). **La Urgencia**: el psicoanalista en la practica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1988, p. 23-28.

<sup>867</sup> Seldes, 1988, p. 7. A referência aqui é Ricardo Seldes. Prologo. In: Marta Bialer et al. (orgs.). **La Urgencia**: el psicoanalista en la practica hospitalaria. Marta Bialer et al. (orgs.) Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1988, p. 7-8.

<sup>868</sup> Ibidem.

integrantes desta equipe de analistas a quem se requereu, como condição de pertença, a decisão de serem fiéis aos ensinamentos de S. Freud e de J. Lacan”.<sup>869</sup>

Escrevem vários integrantes do grupo<sup>870</sup> coordenado por Seldes que, ao formarem o grupo de emergências, partiam da ideia de trabalhar com os pacientes que atravessavam uma crise, propondo que, ainda nesses momentos, a dimensão do sujeito não devia ser evitada.<sup>871</sup> Assim, a despeito de no início do trabalho terem pensado que “toda consulta seria uma urgência”, aos poucos, foi ficando claro que parcela delas não seria, necessariamente, entendida como de urgência. Por outro lado, seria preciso desde o início considerar de que modo a psicanálise se colocaria diante dos casos considerados urgentes. De certo modo, tratava-se de um desafio, principalmente no que se referia à dimensão do tempo. Ora, enquanto no tempo da urgência médica, em geral, se daria uma maneira lógica, o do enquadre psicanalítico sobre o sujeito se daria de outra forma. A despeito da gravidade e do que se apresentava, e ainda considerando que o contexto da urgência seria sempre da ordem da “pressa”, o *setting* analítico poderia incluir também a dimensão da pausa. É neste sentido que François Leguil, analista francês que esteve no ano de 1987 com o grupo argentino, indica que a primeira tarefa do analista seria a “de mostrar de que modo se torna comprometida uma concepção de tempo”.<sup>872</sup> Ele detalha:

O médico concebe que a urgência impulsiona ‘coisas por fazer’; nós vemos, por outro lado, que em nosso campo nos confrontamos não com ‘coisas por fazer’, mas com ‘coisas por dizer’. Cabe ao médico abordá-lo sob o ângulo exclusivo da velocidade, enquanto nós tentamos introduzir, no que é apressado, a dimensão do tempo que deve ser tomado. São pontos de vista que parecem ser opostos.<sup>873</sup>

A despeito de existirem princípios norteadores, deve-se destacar que não há lugar aqui para padrões e nem para *standards*. Assim, apesar de a crise ser a mola motora e o chamariz, digamos, desse tipo de prática clínica, deve-se lembrar que, para além da expectativa de encontrarmos nela efeitos dos mais diversos derivados de todo tipo de violação da integridade humana, das crises emocionais propriamente ditas, do choro intenso e da desorganização psíquica avassaladora, ela também pode ser o lugar onde se

---

<sup>869</sup> Ibidem.

<sup>870</sup> A referência aqui é retirada do mesmo livro citado anteriormente. Trata-se de um capítulo escrito por dez autores, ao que tudo indica integrantes do grupo de Urgências argentino. Cf.: Mabel Bialer et al. Sobre la urgencia (I). In: **La Urgencia: el psicoanalista en la practica hospitalaria**. Marta Bialer et al. (orgs.) Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones. 1988, p. 11-14.

<sup>871</sup> Bialer et al., 1988, p. 11.

<sup>872</sup> Leguil, op. cit., p. 23.

<sup>873</sup> Leguil, op. cit., p. 23.



manifestam a ausência, o vazio, o não dizer e o balbucio. É neste sentido que encontramos a indicação dada por Eric Laurent, eminente analista francês ligado ao grupo, de que, em momentos onde “não se articula a palavra através da fala, nestes silêncios, há de se construir a cadeia significante onde ocorreu uma ruptura”.<sup>874</sup> Sendo sempre da ordem do singular, diante de tais experiências, portanto, torna-se parte essencial do manejo do analista não aderir propriamente aos sintomas, sejam quais forem, mas, ao contrário, propiciar que o paciente fale e a partir disso, algo a mais possa ser dito sobre a crise.

É nesta aposta que se torna explícito o fazer do analista que, de fato, “opera com um paradigma de que ali há um sujeito”<sup>875</sup>. Na crise – entendida, neste âmbito, como uma ruptura aguda - pode ser deslocado um saber já pronto e oriundo de um discurso racional, normal, onde o que se convoca é o Outro, em prol de sua inscrição na cadeia significante em relação à qual não se pode perder de vista sua singularidade. Onde há lugar para o que não se via, para o tropeço, para uma nova inscrição a respeito daquilo que lhe ocorreu. Leguil sustenta a “diferença radical que separa uma clínica do chamado e da necessidade de um homem que sofre por sua ferida, de uma clínica da demanda e do sofrimento de um homem ferido pela sua linguagem em sua necessidade”.<sup>876</sup> O analista afirma:

No que concerne à clínica do campo freudiano, trata-se do inverso: o psicanalista, na urgência, paga com sua pessoa com o fim de reintroduzir a dimensão do tempo e a consideração da causa. Reinstaura assim a possibilidade oferecida ao sujeito de dizer o que se desencadeou, com o que se encontrou, o que vacilou de um fantasma que, claro, ignora no momento em que se revela, a possibilidade de mostrar como seu sintoma se precipita naquele tempo de convocação de uma interlocução e de abertura de angústia ao desejo do Outro.<sup>877</sup>

Não se trata de exigir do analista um saber fazer sobre quem sofre da urgência, de dizer se esta (a urgência) se trata de má-sorte ou mesmo de tomar uma perspectiva a partir da qual se possa acercar-se de uma verdade “natural” sobre sua condição. Como Leguil dirá, não se trata de entender que o analista “faça da urgência um conceito histórico de seu acionar”<sup>878</sup>, nem que o mesmo seja portador de uma verdade que se “descobre em sua eficácia”, mas, longe disso, de ser aquele que se põe a escutar “do que muda no desejo” ou, ainda, “aquele que se põe humildemente a serviço do que se modifica no equilíbrio dos gozos”.<sup>879</sup> Como ele escreve: “A urgência, seja o evento, o encontro, o *trauma*, é a

---

<sup>874</sup> Bialer et al., op. cit., p. 13.

<sup>875</sup> Ibidem.

<sup>876</sup> Ibid. p. 14.

<sup>877</sup> Leguil, p. 24-25.

<sup>878</sup> Ibid., p. 26.

<sup>879</sup> Ibidem.

ocasião de um corte, de uma tomada de posição inédita se o paciente que se encontra comprometido está bem acompanhado”.<sup>880</sup>

A urgência é, portanto, recordando as palavras do próprio Lacan, numa noite em que visitou o hospital Sainte Anne: “A urgência é o impossível de suportar para um sujeito para o qual nada diverte”. Cabe ao psicanalista, portanto, nos diferentes ambientes onde atua, tentar substituir num paciente “seu sentimento de ser vítima de um avanço da malevolência do Outro, pela questão do sujeito em avaliar sua própria responsabilidade”.<sup>881</sup> Enfim, trata-se de essencialmente possibilitar a seguinte transformação: “da urgência segundo o Outro queremos fazer a urgência do sujeito. Tentemos permitir que ele se implique”.<sup>882</sup>

Leguil observa que, até mesmo diante das situações de crise, uma análise

não se inicia se o sujeito não se decide; e o oferecimento é uma aposta cujo ‘resultado’ se aprecia uma vez que o paciente saiu do contexto da urgência. O analista, quando evoca, em um ambiente tão atormentado, a solução freudiana, não tem a possibilidade de calcular os efeitos de sua intervenção tão estritamente quando devem ao seu ato. Portanto, é este ‘incalculável’, especialmente vivo na urgência, o que nos informa acerca do que igualmente não se calcula na própria cura.<sup>883</sup>

Inés Sotelo, psicanalista argentina ligada ao grupo, num artigo<sup>884</sup> datado de 1994, nos fornece considerações acerca da problemática das urgências, em particular a respeito de qual seria esse novo lugar do analista em situações como as instituições hospitalares. Em estreita sintonia com as posições de seus colegas argentinos e franceses, ela disserta sobre quais seriam os desafios enfrentados pelo psicanalista nessas situações. Observa, por exemplo, que, a despeito de ser exigido do analista fazer as coisas “marcharem” na instituição ou dar respostas que sejam provadamente eficazes e científicas, uma vez que tenha sido atravessado pelo discurso analítico, não se pode mais se iludir e nem se esquecer de que, ali, a sua presença na admissão, na urgência e na assistência hospitalar, não se faz sem consequências.<sup>885</sup> Sotelo oferece um exemplo anedótico, o caso de uma paciente que chega para admissão numa instituição. Trata-se de Maria, que diz: “Vim porque estou mal. Sei que existe aqui uma equipe de violência e esta semana recebi dois

---

<sup>880</sup> Leguil, p. 26, grifo meu.

<sup>881</sup> Ibidem.

<sup>882</sup> Ibidem.

<sup>883</sup> Ibid., p. 27.

<sup>884</sup> Inés Sotelo. Admisión, urgencia y asistencia: encrucijadas éticas. [s.l.], 1994.

<sup>885</sup> Sotelo, 1994, p. 1.

golpes”. Sotelo observa que a paciente relata, de início, um episódio de violência sofrida por um sobrinho. Por outro lado, o analista da instituição sublinha algo em sua fala: “dois golpes”. A partir disso, a paciente se refere ao que não havia dito antes, o fato de sua filha ter morrido na mesma semana, dando lugar, em seguida, “à angústia e ao desenvolvimento significativo”.<sup>886</sup> Enfim, conforme a autora observa, o fato de Maria ter chegado à admissão se deve à quebra da homeostase em sua vida, à “comoção que se produziu, o fato traumático, que a “compromete subjetivamente”<sup>887</sup>, mas que, a despeito disso, desse transbordar sintomático, está implícito que em tal admissão produz-se um saber que, em sua busca por uma verdade só se pode fazer “pela metade”.<sup>888</sup>

Por fim, ela tece considerações do modo como a urgência se manifestaria sob o ponto de vista estrutural, neurótico ou psicótico, do sujeito. Observa então que as inúmeras situações de emergência que chegam ao hospital, a despeito de exigirem, legitimamente, uma resolução, não podem ser resolvidas “através de respostas eficazes, generalizáveis, universalizantes, para além do que sujeito que padece”.<sup>889</sup> Na neurose, nestes encontros com a urgência, não há transferência prévia ao pedido e ao lugar do analista, de modo que o seu fazer não deveria ser o de interpretar, mas o de permitir que do encontro se produza a transferência para o pedido. Além disso, a urgência apareceria como “resposta do gozo sem pergunta do sujeito”, quadro este que se altera, quando se instala a transferência e passa a existir a pergunta e, portanto, a perda do gozo. No caso distinto da psicose, por outro lado, o psicanalista seria “um entendido, um operador da palavra no campo da linguagem”.<sup>890</sup> Lembra o que diz Lacan, no *Seminário, livro III*<sup>891</sup>, a respeito do fenômeno psicótico, que seria, ele mesmo, uma emergência, uma emergência de enorme significação, que nunca entrou no sistema de simbolização e que ameaçou a estabilidade de um sujeito.<sup>892</sup> Sujeito este que, diante de uma situação em que aparece algo no mundo exterior que não fora anteriormente simbolizado, é lançado num profundo e ameaçador estado de desamparo. É neste sentido que se produz algo “cuja característica é estar excluído do compromisso simbolizante da neurose e que se traduz em outro registro, através de uma verdadeira reação em cadeia a nível do imaginário”.<sup>893</sup>

---

<sup>886</sup> Sotelo, p. 1.

<sup>887</sup> Ibidem.

<sup>888</sup> Ibid., p. 2.

<sup>889</sup> Ibid., p. 4.

<sup>890</sup> Ibid., p. 5.

<sup>891</sup> Refere-se aqui ao *Seminário, livro III: as psicoses* [1955-1956].

<sup>892</sup> Ibid., p. 6.

<sup>893</sup> Ibidem.

A despeito de a discussão sobre o trauma estar presente, de maneira relativamente extensa, no vocabulário e nas preocupações do “campo lacaniano” dos anos 90, para um observador da época, arriscamos dizer que não havia a impressão de se tratar de um tema relevante, principalmente quando colocamos em série tal estatuto com o que viria a se constituir alguns anos depois, principalmente, a partir dos anos 2000.<sup>894</sup> Aliás, é possível pensar que a importância dos trabalhos produzidos na Argentina e em Paris pode ser melhor mensurada *a posteriori*, tendo em vista a influência que produziu na primeira década do século XXI, período em que tais obras se tornaram referências sempre citadas e indicadas, uma vez que já haviam realizado a circunscrição dos principais problemas e colocado em cena uma gramática específica sobre o assunto. A despeito do trauma, como vimos, poder ser “localizado” em seus intercruzamentos com o campo das urgências, ele, de fato, enquanto objeto legítimo de reflexão e de problematização, por si, só assumiria um estatuto central e mais amplo posteriormente, seja na própria obra lacaniana, seja na leitura dos “discursos” sobre o trauma na visão de praticantes da psicanálise tal como o psicanalista francês a entendeu.

É neste sentido que, em sintonia com esta visão, a psicanalista francesa Colette Soler<sup>895</sup> repara justamente nesta ausência sobre a questão do trauma nos anos 90. De acordo com ela, a despeito dos discursos sobre o trauma estarem sendo abundantemente veiculados, de variadas maneiras, no que diz respeito à psicanálise propriamente dita, haveria de fato pouco interesse. Ora, ela afirma, fala-se mais de “fantasma” e de “sintoma”, mas não de trauma, na psicanálise, uma vez que o referido conceito remeteria mais, colocando-a em primeiro plano, a uma ideia de “evento externo”, em detrimento de um tipo de sofrimento onde haveria a implicação subjetiva daquele que sofreu o abalo. Num trecho de sua conferência proferida em dezembro de 1998, ela afirma:

Hoje, a reflexão sobre o trauma está em todas as partes, não só no discurso da psiquiatria, mas também no discurso que se refere às políticas de saúde mental no nível jurídico, quando se trata do problema da indenização dos traumatizados, ou quando se trata da responsabilidade relacionada às catástrofes. Há todo um discurso sobre este ponto e, curiosamente, no campo da psicanálise, agora, não se fala muito do trauma; se fala mais de fantasma e sintoma, que do trauma. Se evidencia uma certa oposição, porque quando se fala do fantasma – inclusive do sintoma – a implicação subjetiva está presente. E no trauma, pensa-se, antes, que a responsabilidade subjetiva não está implicada.<sup>896</sup>

<sup>894</sup> Cf. nossa discussão sobre o que se seguiu sobre o trauma a partir da virada do século.

<sup>895</sup> Colette Soler. **El trauma**. Conferencia pronunciada en el Hospital Álvarez, el 15 de diciembre de 1998. [s.l], 1998, p. 1-9.

<sup>896</sup> Soler, 1998, p. 1.

Soler põe em relevo não as chamadas “emergências” ou as “interfaces” da psicanálise com os diferentes contextos onde a crise propriamente dita se apresenta. A psicanalista vai direto ao ponto do trauma, quando questiona: o que se põe em jogo quando perguntamos se estaríamos, hoje, mais traumatizados do que antes? Haveria, entre nós, mais traumatizados? A disseminação, digamos assim, do discurso do trauma, para além do campo propriamente psicanalítico, seria um reflexo imediato e um equivalente de que vivemos em um mundo mais traumatizante, pavoroso ou perigoso?

A analista então sustenta a tese de que, se haveria algo de próprio em nosso período “contemporâneo”, que poderia servir como princípio explicativo e causal desta maior incidência do trauma, seria o que ela chama de “furo” dos grandes (e até então consistentes) discursos. Isto é, tal como Lacan já havia proposto em seu neologismo *trou* (furo, em francês) *matisme* – portanto, *troumatisme*, ao invés de traumatismo -, seria devido a esta falha e ao “esburacar” dos grandes discursos, os quais serviriam como tela ou malha protetiva frente aos numerosos avanços e desafios do real. Não seria necessariamente uma maior incidência e/ou uma espécie de multiplicação de eventos bélicos, das catástrofes, dos atentados e de todos os tipos de violência – incluindo aqui a sexual – a causa do maior traumatismo, mas sim a ausência e a falha dos discursos que deveriam servir como blindagem do sujeito ao real.

Outra passagem que nos parece válida de ser destacada é a que encontramos em Mario Pujó, psicanalista argentino que escreve em 2000: “Do lugar etiológico que o trauma ocupa no início da teorização freudiana, ao escasso interesse que sua noção desperta na atualidade de nossa prática, há, quando ocorre, uma desvalorização, onde o ensinamento de Lacan tem a sua parte”.<sup>897</sup> Entre os diferentes fatores que poderiam explicar essa depreciação na passagem do século, Pujó destaca dois, inerentes à própria teorização psicanalítica e dos quais, na visão do autor, “não deveríamos desviar”.<sup>898</sup>

Em primeiro lugar, Pujó destaca uma razão de ordem estrutural, ligada ao desarranjo que o fato de falar instaura no falante, no início da vida. Isto é, a própria perturbação que a linguagem introduz no plano da regulação biológica da necessidade. Desde modo, o fato de que não há para o sujeito – inscrito, desde então, na ordem da linguagem - uma determinação instintiva do objeto, sua relação com o real se encontra desde sempre marcada por um tropeço ou, como escreve o autor, por um “mal encontro”.

---

<sup>897</sup> Mario Pujó. Trauma y desamparo. **Psicoanálisis y el hospital**, ano 9, n. 17, p. 20-29, 2000.

<sup>898</sup> Pujó, 2000, p. 20.

É assim que se instauraria, desde esse primeiro momento, uma inadequação primária. A própria “falta de um saber sobre o sexo, a irrupção do gozo sexual se torna necessariamente traumática, e sua experiência subjetiva se traduz pelo inesperado de uma surpresa, seja o excesso ou o defeito, o demasiado cedo ou o demasiado tarde uma inelutável má hora”.<sup>899</sup> Se o inconsciente pode ser considerado uma espécie de memória que repete a marca daquilo que não se recorda, o trauma constitui e se situa no cerne da experiência analítica, de modo que o trabalho de retomar de maneira retroativa (*après coup*, a posteriori) o que lhe ocorreu leva-o a se confrontar com parte da própria satisfação que ficou comprometida na construção de seu destino. Trata-se de verificar, assim, a cada vez, de que maneira essa perturbação original adota em sua forma específica de se inscrever, muitas vezes incessantemente, justamente, como sintoma. Por outro lado, o que deve ser observado aqui é o interessante fato de que, “se o que ocorre como por azar não poderia *não* haver ocorrido”<sup>900</sup>, isto é, não ter ocorrido se não *como*, somente de forma aparente, por azar, a própria noção de trauma carrega em seu interior uma característica paradoxal, como o psicanalista bem observa: “ante a necessidade de sua ocorrência, a contingência perde o seu caráter extraordinário, banalizando sua excepcionalidade”.<sup>901</sup>

A segunda razão remeteria a um aspecto estritamente clínico. Se o sujeito emerge e se constitui como consequência do ato analítico e, portanto, assume uma espécie de condição inaugural e fundamental de uma análise, “o que nos interessa do trauma é, antes que o acontecimento efetivo, seu valor de experiência”.<sup>902</sup> Isto é, não nos interessa, neste sentido estrito da clínica, “o fato em si, mas a participação do sujeito no vivido, o modo como se encontra nele, o que fez a partir dele”.<sup>903</sup> Pujó sustenta que, a despeito de encontrarmos desde o início uma grande vacilação de Freud em torno destes aspectos do trauma (sua face acontecimento *versus* sua face sujeito), vacilação esta, vale dizer, que se prolongou ao longo de toda a sua obra e dentre as discussões de importantes discípulos, em Lacan, o que é posto em jogo não deixa dúvidas sobre a posição deste último autor. Há, em Lacan, uma “clara tomada de partido”, flagrada desde o início, por exemplo, na distinção entre “passado” e “história”. Ora, não se trata de considerar aqui, o *factum*, o fato ocorrido propriamente dito, mas de que modo ocorreu sua inclusão “em uma

---

<sup>899</sup> Ibidem.

<sup>900</sup> Ibid., p. 21, grifo meu.

<sup>901</sup> Ibidem.

<sup>902</sup> Ibidem.

<sup>903</sup> Ibidem.

sequência significativa, sua reconsideração retroativa, além de que a perspectiva historicizante, que possibilita seu relato, constitui uma função eminentemente subjetiva”.<sup>904</sup> Daí a importância central de que, na análise, o que se privilegia, é a “implicação do sujeito no que ‘lhe’ ocorreu, apoiando-nos na suposição de que no modo em que isso o afetou participou ativamente, e é sobre isso que o convidamos a responder”. Pujó destaca, ainda, que o sentido de “responsabilidade”, nesta vertente clínica, é o que designa a condição *sine qua non* de uma análise.<sup>905</sup>

Em 1996, Eric Laurent escreveu um texto intitulado “Filhos do trauma”<sup>906</sup>, onde encontramos importantes indicações do que passará a ser colocado a respeito do tema, e sobre quais aspectos a comunidade de analistas lacanianos, a partir de então, deveria dirigir sua atenção. Para além das contribuições disseminadas em várias publicações ligadas ao “campo”, será a partir deste texto que uma espécie de predição ou de construção do tom da discussão se desenvolverá. O que deve ser destacado, em particular, neste texto, é o fato de que a psicanálise, diante do que o autor chama de “generalização do trauma”, não poderia mais se furtar a colocar aquilo que dizia respeito ao seu posicionamento específico. A partir da constatação do que se tornou não só “mais comum”, mas, de uma forma mais aguda e quantitativamente presente no vocabulário para além do campo psi, a psicanálise não poderia deixar de afirmar de forma clara, contundente e até conclusiva o que havia de próprio em sua contribuição. Destaca-se aqui a crítica direta à suposta expansão diagnóstica da categoria de TEPT, expansão que, na visão do autor, configuraria uma das causas mais centrais na constituição disso que ele chama de “civilização do trauma”. É neste sentido que ele afirma, numa espécie de predição coletiva, que, cada vez mais, seremos “filhos do trauma”, isto é, dignos de sermos entendidos não mais como agentes de nossas próprias histórias, sempre singulares

---

<sup>904</sup> Ibidem.

<sup>905</sup> Num exame histórico retroativo, é possível considerar, de certo modo, um contrassenso o fato de que autores como Soler e Pujó, cada um à sua maneira, tenham apontado para esta ausência de interesse sobre o trauma nos anos 1990. Ora, o interesse deles próprios não pode ter se originado do éter, mas, pelo contrário, de uma episteme cada vez mais voltada, como acreditamos estar sendo possível perceber, em que se avolumam uma crescente atenção, bem como uma espécie de retomada do conceito de trauma. Como podemos ver, ainda a título de exemplificação, a publicação de uma edição inteiramente dedicada ao assunto, intitulada “Trauma y discurso”, na qual inúmeros artigos discutem o tema, sob o viés estritamente laciano. Embora não tenhamos conseguido acesso a este número, remetemos o leitor à esta referência. Cf. Trauma y discurso 4. **Estudios psicoanalíticos**. Eolia/Miguel Gómez Ediciones, 1998.

<sup>906</sup> A referência original deste texto não foi encontrada. Por outro lado, tornou-se conhecida sua versão inserida como capítulo na primeira edição de “La urgencia generalizada: la práctica en el hospital”, publicada em 2004. Cf. Eric Laurent. Hijos del trauma. [s.l.] 1996] Posteriormente, incluído como capítulo em Eric Laurent. Hijos del trauma. In: Guillermo Belaga (org.). **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital**. Buenos Aires: Gramma Ediciones, 2004, p. 23-29.

e com dores específicas, mas seres cujas feridas poderiam ser localizáveis e enquadráveis em categorias tais como a indicada de estresse pós-traumático. Enfim, não mais como artífices, sujeitos inscritos e responsáveis pelo próprio destino, mas, em uma direção que poderia ser considerada diametralmente oposta, enquanto vítimas dos azares, sempre generalizáveis e externos. Enfim, de algum Outro.

Seria, enfim, justamente, neste âmbito do “escândalo” e da “civilização do trauma” – expressão com que o autor propõe, a partir dela, atualizar o dito mal-estar da civilização, tal como Freud propôs antes – que Laurent destaca as contribuições de Lacan. Trata-se de atualizar e pormenorizar (embora seja importante dizer, que de modo geral em outros textos seguintes, partindo-se sempre deste, assim como das contribuições próprias da psicanálise de vertente eminentemente lacaniana) o modo como a psicanálise poderia esclarecer, neste cenário, o que haveria da dimensão do singular, mesmo diante das catástrofes cada vez mais comuns e de ordem coletiva.

### **2.3.2 “Trauma em Lacan” no Brasil do século XXI**

Se já é possível encontrar um interesse no tema do trauma na psicanálise dos anos 1990, a partir dos anos 2000, ocorre um movimento ainda maior. No Brasil, em particular, tal interesse pode ser rastreado de variadas maneiras. Pela própria quantidade de materiais cada vez mais numerosos e publicados logo na primeira década do século, pela multiplicidade de leituras e abordagens teóricas de matrizes diferenciadas de cunho psicanalítico, bem como, a partir de então, pela organização de inúmeros eventos cujo tema central foi dedicado de maneira muito clara e direta à problemática do trauma. A despeito de priorizarmos, a esta altura da tese, o campo de publicações filiadas estritamente ao campo lacaniano, apontamos que o interesse pelo tema na “psicanálise brasileira” não está restrito a esta vertente, pois podemos identificar, desde os anos 90, uma série bastante heterogênea de investigações acadêmicas e de eventos que colocaram explicitamente tal temática como eixo principal de discussão. Citamos, por exemplo, o *I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* e *VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, ocorrido na PUC-Rio, em setembro de 2004, cujo título do



evento foi “Traumas”<sup>907</sup>, o evento *Urgência sem Emergência?*<sup>908</sup>, ocorrido no Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, em 2005, o evento *Trauma, Memória e Transmissão: a incidência da política na clínica psicanalítica*<sup>909</sup>, realizado no Sedes Sapientiae, em São Paulo, no ano de 2009, além de vários outros, ocorridos um pouco mais à frente, como o *XX Encontro Brasileiro do Campo Freudiano*, em Belo Horizonte, em novembro de 2014, intitulado *Trauma nos corpos, violência nas cidades*, entre outros.<sup>910</sup>

Para além das abordagens e das inúmeras possibilidades de enfoque, em muitos dos trabalhos publicados neste período podemos encontrar menção ao fato de que estávamos adentrando um período com características inquestionavelmente próprias. Faziam menção ao famoso ataque às Torres Gêmeas, ocorrido em 11 de setembro de 2001<sup>911</sup>, que teria se tornado uma espécie de marco temporal e como princípio explicativo para as dores destes “novos tempos”, na esteira do que vários autores, desde então, baseados no que Eric Laurent propusera em 1996, chamariam de “generalização do trauma”. Referindo-se ao impacto do 11 de setembro na produção deste novo imaginário, destaca-se a palestra do próprio Laurent, pouco tempo depois do atentado, em maio de 2002, em Nova Iorque. Se há seis anos, ele já havia escrito que “todos nós, a partir de agora, seríamos cada vez mais filhos do trauma”, apontando para a emergência dessa nova maneira de lidar com o sofrimento psíquico, o qual seria cada vez mais de “cada um” e “generalizado”, neste momento talvez o autor tenha se dado conta de seu dom preditivo acerca do que estava em voga e marchando desde então. Em maio de 2002, o autor aprofunda este mesmo escrito anterior e propõe o que haveria de particular na obra de Lacan sobre o tema, descrevendo o trauma, desta vez, em seu “avesso” em um texto que

---

<sup>907</sup> Os trabalhos deste evento podem ser encontrados no livro organizado por Ana Maria Rudge. **Traumas**. São Paulo: Editora Escuta, 2006.

<sup>908</sup> Título para o I Colóquio do Núcleo de Pesquisa em Psicose e Saúde Mental, organizado pelo ICP-RJ, cuja referência ao evento foi possível graças à publicação das palestras e dos debates que se seguiram. Cf. Glória Maron e Paula Borsói. **Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subversos, 2012, 2ed [2008].

<sup>909</sup> Evento que deu origem ao livro de mesmo título. Cf. Maria Cristina Perdomo e Marta Cerriti (orgs.) **Trauma, memória e transmissão: a incidência da política na clínica psicanalítica**. São Paulo: Primavera Editorial, 2011.

<sup>910</sup> Por exemplo, uma série de outros eventos poderiam ser mencionados, como consta na fala de uma das organizadoras do evento “Urgência sem emergência”, Glória Maron, que destacou que, no ano de 2004, “no I Congresso Nacional dos CAPS, realizado em São Paulo, a urgência foi foco de um debate intenso”. Além disso, também no mesmo ano, o “Seminário Anual dos CAPS da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tomou como tema da crise a questão de trabalho, convergindo para este debate experiências e discussões sobre o manejo da urgência nos CAPS” (Maron, 2012 [2008], p. 14).

<sup>911</sup> Cf. por exemplo, os trabalhos em Rudge (2006).

se tornará onipresente e certamente basilar nas publicações do campo lacaniano a partir dos anos 2000.<sup>912</sup>

Se antes vimos que o interesse sobre as urgências já havia sido francamente iniciado, no final dos anos 1980, no eixo França-Argentina, não seria incorreto dizer que um *boom* ainda maior ocorreria, agora também em solo brasileiro. Encontramos na primeira década uma série de publicações no campo das urgências, que vão estar articuladas com a temática sempre referida a estas novas configurações do sofrimento contemporâneo. Embora correndo o risco de passar por cima das particularidades e especificidades teóricas desenvolvidas nos trabalhos, podemos traçar um panorama sequencial nestes artigos, que destacam em comum: 1) em primeiro lugar, a diferença já posta por Freud no início de sua obra, a partir de seu momento tornado mitológico em que reconhece, através da carta escrita e remetida a Fliess, “não acreditar mais em suas históricas”, transitando, portanto, da chamada “teoria da sedução” à da “fantasia”. Em seguida, 2) se verifica muito comumente nos autores destes artigos, o destaque, ainda na obra de Freud, das passagens e das reviravoltas teóricas compulsoriamente produzidas pelos horrores da Primeira Guerra Mundial em sua teoria, chegando, finalmente, às inúmeras contribuições teóricas de Lacan, em momentos distintos de sua obra.

Em relação às primeiras formulações sobre o tema, Berta<sup>913</sup> destaca que foi Freud quem conseguiu, já nos primeiros anos de suas investigações, “diferenciar o valor accidental do trauma das fantasias”.<sup>914</sup> Destaca que foram, de fato, suas históricas que “lhes cederam a bússola para tal empresa (...) [além do que, foram as fantasias] o degrau crucial que articularam a construção de uma realidade outra, realidade psíquica que enlaçava a ideia ao ato”.<sup>915</sup> Ou seja, as fantasias iam para além do acontecimento e, se delas o sujeito poderá tirar algo, este algo, diz a autora, “será somente um detalhe” ou uma “verdade não-toda”. É neste sentido que as ideias de fato e de verdade são colocadas em xeque, desde esse momento inicial fundante da psicanálise, dando lugar à disjunção entre o fato e a fantasia derivada do mesmo, à disjunção não unívoca, ao vacilo em relação ao que se verifica e do que poderia ser sabido do ocorrido, à importância da verdade suspensa. Na linguagem da autora, recorrendo certamente à Lacan, à ideia de uma “verdade não-toda”,

---

<sup>912</sup> Como vemos na publicação traduzida desta conferência em Eric Laurent. O trauma ao avesso. **Papéis de Psicanálise**, v. 1, n. 1, abr., p. 21-28, 2004. Esta tradução, por sua vez, havia sido traduzida do original em francês, publicado originalmente como *Le trauma à l'envers*. *Ornicar*, n. 204, mai., 2002.

<sup>913</sup> Sandra Leticia Berta. 2010. Do trauma ao *troumatismo*. **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 57-70.

<sup>914</sup> Berta, 2010, p. 58.

<sup>915</sup> *Ibidem*.

enfim, ao “detalhe em contraponto com a catástrofe: vale para o abuso, vale para a performance histórica”.<sup>916</sup>

Nesta retomada histórica do trauma, tais autores também apontam para o fato de que na contemporaneidade estaríamos “intolerantes” àquilo que não seria da ordem do programável. E seria este sentido algo muito próprio do momento atual, o que o distinguiria fundamentalmente do período anterior. Isto é, estaríamos imersos num momento histórico avesso ao sofrimento e ao chamado acaso, de certo modo patologizando-o, descrevendo-o através de termos técnicos e sem referência à subjetividade, na tentativa de controlá-la e eliminar quaisquer possibilidades de equívocos e de mal-estar. Na esteira do que lemos em Maria Fuentes<sup>917</sup>, quando escreve que, nesta sociedade, “que tenta prever e controlar tudo, que calcula, contabiliza e lucra com riscos, que surge (...) o ‘escândalo da contingência’, do inusitado, do que irrompe como impossível de programar e prever”. Trata-se do “escândalo do *sujeito*, que o discurso da ciência e do capitalismo suprime”, e da “fratura entre a causa e um efeito discordante”.<sup>918</sup> Na civilização do trauma, portanto, “tudo pode ser traumático”, escreve a autora, citando como exemplo as “catástrofes naturais e artificiais”, os “acidentes que a mídia não cessa de expor no nosso cotidiano”, “as agressões”, “os atentados”, “os abusos sexuais”, “o *bullying*”, enfim, “os chamados atos de violência física ou psicológica que provocam dor e angústia exercida sobre uma vítima desamparada”.<sup>919</sup>

Estamos aqui frente a uma concepção muito própria do mal-estar psíquico contemporâneo, do trauma e, claro, da vítima. É o “avesso” da ideia “senso-comum” de todos estes termos. Em sintonia com “os primórdios da psicanálise, está em jogo a ideia de que não há trauma sem a emergência de um real que implique uma experiência singular de gozo, paradoxal, impossível de suportar – cuja emergência, a angústia, esse afeto que não engana, frequentemente vem sinalizar”.<sup>920</sup> Não se trata de partir, portanto, de uma concepção em que seria possível considerar como sendo meramente passivos estes sujeitos (a despeito de quem fossem) expostos à plêiade de eventos possivelmente traumatogênicos, uma vez que “a violência do acontecimento traumático costuma velar a

---

<sup>916</sup> Ibidem.

<sup>917</sup> Maria J. S. Fuentes. *Troumatismo* sob transferência. **Revista Curinga**, EBP - MG, n. 38, jan./jun. 2014, p. 107-114.

<sup>918</sup> Fuentes, 2014, p. 108.

<sup>919</sup> Ibidem.

<sup>920</sup> Ibidem.

subjetividade envolvida no trauma, mantendo sob a barra o sujeito que só se manifesta sob as máscaras da vítima”.<sup>921</sup>

O trauma ao avesso seria justamente a visão crítica do que chamaríamos de “senso comum do trauma” e do sentido dado pela própria psiquiatria a tal condição, através da categoria de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A visão lacaniana nega a ideia de que um evento ou acontecimento externo pode ser o causador de um trauma psíquico, ou seja, à ideia de que pode haver algo como um sofrimento produzido de maneira direta e passível de ser descrito em termos de regularidades biológicas. Philippe la Sagna<sup>922</sup> sustenta que se o conceito de estresse foi substituído da ideia de neurose traumática anterior, por outro lado, tendo sido transformado no período pós-1980 em estresse pós-traumático, teria colocado em jogo uma “realidade dessubjetivada” e aberto a “porta para uma concepção forçadamente somática do trauma”. Em outros termos: “O último [o trauma] se torna um simples efeito de corpo, sem o sentido de acontecimento subjetivo”.<sup>923</sup>

Em sintonia estreita com Sagna, encontramos as ideias de Fuentes<sup>924</sup>, para a qual o que estaria posto no TEPT seria da ordem de uma “relação de causa-efeito linear”, onde se implica, por fim, a “supressão da subjetividade”. Nas palavras da autora:

É notável que em tal relação causal linear a subjetividade seja magistralmente suprimida, como podemos ler também nas definições do *transtorno do estresse pós-traumático* nos manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea, nos quais o ‘estressor externo’ é determinante. Mas nem todos os que foram expostos ao acidente traumático desenvolvem a síndrome, esclarece a psiquiatria, contrariando a tese do determinismo universalizante que se precede.<sup>925</sup>

Sempre em ressonância com Freud, a despeito das particularidades de um e de outro, há de se destacar a contribuição de Lacan sobre o trauma nos vários momentos de sua obra. Neste âmbito, é preciso destacar de que modo ele destrincha as relações entre o chamado fenômeno traumático com o domínio do real, justamente para diferenciá-lo do que seria considerado, novamente, no senso comum, da ordem da “realidade”. A rigor, o destaque na contribuição de Lacan sobre o trauma se deu de forma insistente, frequente e variada em sua obra, desde a sua diferenciação inicial entre o que seria da ordem da

<sup>921</sup> Fuentes, 2014, p. 108-109.

<sup>922</sup> Philippe la Sagna. Os mal-entendidos do trauma. **Opção Lacaniana**, online nova série, ano 6, n. 16, p. 1-18, mar. 2015.

<sup>923</sup> La Sagna, p. 9.

<sup>924</sup> Fuentes (2014).

<sup>925</sup> Ibid., p. 108.

fantasia e do sintoma enquanto modos de resposta ao traumático. Berta<sup>926</sup> escreve que, nos anos 1950, mais precisamente em *O Seminário, Livro I*<sup>927</sup>, já há a indicação da oposição entre “fantasia ao acontecimento traumático, outorgando a este último toda a sua opacidade”.<sup>928</sup> É neste sentido que os dois tempos do trauma seriam entendidos, o primeiro como sendo da ordem do acontecimento e o segundo, da construção da fantasia. Os sintomas seriam uma resposta à fantasia. Fuentes<sup>929</sup>, por sua vez, localiza neste mesmo *Seminário* a definição de um supereu enquanto “lei cega, insensata, de puro imperativo e de simples tirania, que chega até a ser o desconhecimento de lei”. Além disso, será este mesmo supereu tanto a lei como a própria destruição, uma espécie de cisão no sistema simbólico que exclui o Ideal e exige o gozo, e que ‘acaba por se identificar (...) ao que chamo – citando aqui o próprio Lacan - *figura feroz*, [ou seja] às figuras que podemos ligar aos traumatismos primitivos, sejam eles quais forem, que a criança sofreu”.<sup>930</sup>

No final dos anos 1950, ainda conforme Berta<sup>931</sup>, mais especificamente no seminário intitulado *O desejo e sua interpretação* [1958-1959], Lacan oferece mais uma contribuição importante a respeito do trauma. Aqui, tal conceito passa a ser definido em relação ao desamparo fundamental, isto é, continua a ideia de um trauma em dois tempos, mas, de forma até mesmo mais fundamental, já que é colocado em sua dimensão inicial e estruturante. Como Berta escreve, está posta a ideia de um trauma inicial estrutural, isto é, “do desamparo do sujeito em face do desejo do Outro, pois ele apresenta-se como enigmático”.<sup>932</sup> Trata-se do caos primário do qual surge o próprio sujeito, da “condição desse *infans inocente*, marcado pela palavra que o mortifica, mas também que o localiza nessa dialética da sua relação ao Outro”.<sup>933</sup> Enfim, de um caos inicial que surge com o sujeito, impossível de ser apagado e que será sempre trazido à tona pelo movimento da pulsão de morte. Trata-se da angústia que sinaliza o perigo e que evoca, por sua vez, este trauma originário do desamparo. Como a autora coloca, lembrando novamente o que Lacan sustenta, o fato de que a resposta a essa condição primária “de desamparo é a

---

<sup>926</sup> Berta, op. cit. p. 58.

<sup>927</sup> A autora faz referência ao Seminário, *Livro I*: os escritos técnicos de Freud (1953-1954).

<sup>928</sup> Berta, op. cit. p. 58.

<sup>929</sup> Fuentes, op. cit., p. 110.

<sup>930</sup> *Ibidem*.

<sup>931</sup> Berta, op. cit., p. 58.

<sup>932</sup> *Ibidem*.

<sup>933</sup> *Ibidem*.

construção da fantasia na qual se articula, tanto a significação possível do sujeito, quanto sua condição perante o desejo do Outro”.<sup>934</sup>

Mais uma reviravolta se dará no pensamento de Lacan, desta vez, não para ancorar o trauma numa opacidade da origem, mas para flagrar no próprio acontecimento traumático a dimensão do encontro, isto é, de um sentido que poderíamos chamar de “atual” e ligado ao “ato”.<sup>935</sup> Trata-se de seu *Seminário, Livro XI*<sup>936</sup>, onde dissertará sobre as definições de *autômaton* e de *tiquê*. Enquanto o conceito de *autômaton* remeteria à própria rede de significantes e ao retorno dos signos, a noção de *tiquê* remeteria ao real enquanto encontro faltoso. Assim, para além do retorno dos signos, escreve Berta<sup>937</sup>, e “por causa desse retorno, se verifica esse real como encontro, que em Freud pode ser identificado ao umbigo dos sonhos”. Por fim, ainda no que se refere à esta obra de Lacan, Sandra Viola<sup>938</sup> destaca o fato de que é “nas entrelinhas da cadeia significativa que a repetição insiste de modo inassimilável, quer dizer, o real se produz no *automaton* da cadeia, *como que por acaso*”. Ou seja, o real passa a ser concebido como aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar e o trauma, o real traumático, algo a “ser tamponado pela homeostase que norteia o funcionamento do princípio do prazer”. Ou seja, como destaca a autora, Lacan considera justamente esse além do real como a própria “incidência da pulsão de morte, chamando de real o que escapa ao sentido, às significações que produzem (S1-S2...)”.<sup>939</sup>

Outras considerações válidas a respeito do trauma podem ser destacadas, conforme acompanhamos o trabalho de Teresinha Prado<sup>940</sup>, que tomará o *Seminário, Livro XX*<sup>941</sup>, um pouco mais tardio nesta sequência de trabalhos que estamos tratando. Tratou-se de chegar à conclusão, nesta obra, de que o *falasser*, uma vez estruturado enquanto linguagem, encontra-se do “lado direito” e como “Outro para si mesmo”<sup>942</sup>, colocado para se haver com o “incurável desse trauma que o constitui e que não se enquadra em um universal”.<sup>943</sup> Privilegia-se a ideia de que o corpo, por um lado, enquanto

---

<sup>934</sup> Ibidem.

<sup>935</sup> Ibidem.

<sup>936</sup> Refere-se aqui ao *Seminário, Livro XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1963].

<sup>937</sup> Ibidem.

<sup>938</sup> Sandra Maria Costa Viola. Pontuações sobre o trauma em Freud e Lacan. **Latusa digital**, p. 1-10, 2007.

<sup>939</sup> Viola, p. 8.

<sup>940</sup> Teresinha Meirelles do Prado. Qual saber há “no real”? **Opção Lacaniana**, online nova série, ano 4, n. 12, p. 1- 11, 2013.

<sup>941</sup> Refere-se aqui ao *Seminário, Livro XX: mais ainda* [1972-1973].

<sup>942</sup> Prado, 2013, p. 2.

<sup>943</sup> Ibidem.

imagem corporal, situa-se no registro do imaginário. Por outro, uma vez que o corpo se encontra disjuncto da vida (já que esta se situa no real), indica-se que o “que mais assusta o ser falante é seu corpo vivo, uma vez que a vida implica gozo”.<sup>944</sup> Daí, deriva-se que o sintoma, enquanto acontecimento do corpo, a partir do qual se desenvolve o acontecimento traumático, um “acidente contingente”, dá origem ao *falasser* e passa simultaneamente por sua relação com o próprio corpo. Prado destaca, tentando explicar o imbróglio teórico encontrado em Lacan, uma passagem de Jacques-Alain Miller, para quem, a partir do escrito do francês sobre Joyce, o que dá origem à incidência traumática é a própria incidência da língua e que, justamente por isso, o sujeito “padece de uma inadequação irremediável”.<sup>945</sup> A este respeito, vale transcrever aqui, *ipsis literis*, o que Miller escreveu:

Isto quer dizer que não é a sedução, não é a ameaça de castração, não é a perda de amor, não é a observação do coito parental, não é o Édipo que é o princípio do acontecimento fundamental, traçador de afetação, mas a relação com a língua. (...) o significante é causa de gozo, mas se inscreve na noção de acontecimento fundamental de corpo, que é a incidência da língua.<sup>946</sup>

O trauma, portanto, neste entendimento, não é “facilmente localizável”, como reparou Heloisa Caldas<sup>947</sup>, na medida em que guarda uma relação tanto com a linguagem como com o corpo, em uma posição “êxtima de uma experiência vivida fora de si”.<sup>948</sup> Se é verdade que ele se localiza na dimensão espacial do corpo, não se trata de entender este corpo na ilusão do eu, em uma espécie de boa forma (*Gestalt*), do estágio do Espelho, muito menos na concepção de corpo orgânico ou mesmo de corpo fálico, já que este, por sua vez, se ordena segundo o campo do simbólico. Trata-se de considerar aqui o corpo no trauma onde predomina enquanto real, “fora do semblante”, “do inteligível”, do “calculável”, “fora de si”, ali onde não há “relação sexual”. Como esta autora coloca, trata-se de um “ponto de gozo (...) o gozo no corpo como Outro”.<sup>949</sup>

---

<sup>944</sup> Ibidem.

<sup>945</sup> Ibidem.

<sup>946</sup> A referência citada por pela autora é J-A. Miller. Biologia lacaniana e acontecimento do corpo. **Opção Lacaniana**, n. 41, p. 7-67, 2004.

<sup>947</sup> Heloisa Caldas. Trauma e linguagem: acorda. **Opção Lacaniana**, online nova série, ano 6, n. 16, mar., p. 1-14, 2015.

<sup>948</sup> Ibid., p. 6.

<sup>949</sup> Ibidem.

É neste sentido que se torna cada vez menos evidente, tal como afirmou Simone Souto<sup>950</sup>, de que forma poderíamos “considerar a solução do enigma”, isto é, “a via pela qual a experiência analítica se instaura e o inconsciente se realiza através da produção de um sentido”.<sup>951</sup> Em particular, esta autora destaca nas contribuições últimas de Lacan, elaboradas mais recentemente nos trabalhos de Miller, as limitações da modalidade interpretativa nestes quadros, as quais estariam predominantemente dirigidas ao recalco e, portanto, à representação. Por sua vez, tal registro de S1 no corpo, cristalizado na forma seja do sintoma, seja da defesa, que tem a ver com o afeto, com o “*quantum* de excitação, com o gozo”<sup>952</sup>, exigiria o reconhecimento deste gozo, o consentimento com o não-todo que ele presentifica e, portanto, com a intervenção através de sua desmontagem pulsional.

Laurent já escrevia em 2002<sup>953</sup> que quando se trata de trauma, “há de se trabalhar para dar sentido ao que não tem”. Isto é, trata-se de um tratamento guiado pelo sentido e será a partir deste entendimento que ele vai encontrar no trabalho de análise, a possibilidade de se trabalhar, a partir do acidente mais contingente, a restituição do sentido do trauma, da inscrição do trauma na particularidade do inconsciente do sujeito. Nesta perspectiva, ele afirma que o psicanalista pode ser considerado um “doador de sentido”<sup>954</sup>, onde, ao mesmo tempo que cuida, exerce um papel do tipo “herói hermenêutico” da comunidade do discurso do que procede. Por outro lado, destaca que o tratamento pode partir da ideia de que não “se aprende mais a viver depois do trauma como se aprende as regras da linguagem”. Isto é, deve-se inventar o “Outro da linguagem, superando a angústia da perda da mãe, causado pela mãe”.<sup>955</sup> Neste sentido, o próprio analista pode ocupar o lugar da perda essencial do objeto, na medida em que, se pode ajudar o sujeito a reencontrar a palavra depois de um trauma, “é porque chega a ser, ele próprio, o lugar do trauma”. É neste sentido que ele lembra Lacan, que dizia que o analista, por sua vez, é traumático. Escreve Laurent: “O psicanalista pode, então, qualificar-se como um trauma *suficientemente bom*, porque ele *empurra* a falar”.<sup>956</sup> Por fim, o analista francês, no período em que estava em Nova Iorque em 2002, lembra do que lhe disseram, em particular, acerca do que ocorrera por ocasião do acidente, que

---

<sup>950</sup> Simone Souto. Contemporaneidade do trauma e desmontagem da defesa. **Revista Curinga**, EBP - MG, n. 38, jan./jun., p. 13-17, 2014.

<sup>951</sup> Ibid., p. 14.

<sup>952</sup> Ibid., p. 17.

<sup>953</sup> Eric Laurent. El revés del trauma. **Virtualia**, ano 2, n. 6, jun./jul., p. 2-7, 2002.

<sup>954</sup> Laurent, 2002, p. 5.

<sup>955</sup> Ibid., p. 6.

<sup>956</sup> Ibidem, grifos do autor.



colocou a todos, isto é, empurrou todos a falarem uns com os outros sobre o que não falavam. Foi assim que membros “de uma família que haviam se tornado desconhecidos com relação ao outro se reconciliaram; criaram-se novos laços”.<sup>957</sup> É neste sentido que o analista pode ser considerado um *partenaire*, que “traumatiza o discurso comum para autorizar outro discurso, o do inconsciente”.<sup>958</sup>

Em sintonia com esta ideia original de Laurent, e no mesmo sentido, vamos encontrar ainda Sandra Viola<sup>959</sup> afirmar que o próprio analista, em sua condução, pode ser pensado “como um bom trauma, porque põe o sujeito a falar”. Assim, segundo ela, a análise poderia ser entendida não com uma espécie de relato que “convém” ou como a “metáfora que faltava, mas como uma instalação precária”, trauma entendido pelo seu direito e pelo seu avesso, “real no simbólico e simbólico no real”.<sup>960</sup> Filiando-se a estes argumentos, por sua vez, Fuentes reforça a ideia de que sendo “suporte da transferência”, de fato “o analista é traumático”.<sup>961</sup> Além disso, deve ser lembrado que, “ao assumir na experiência analítica o lugar de causa do desejo do analisante, o analista não poderá desconhecer que toda causa repousa sobre um furo, inapreensível como tal, para não deixar cair a Causa, a Coisa freudiana, quando ele é o rebotalho do discurso que sustenta”.<sup>962</sup> Em outros termos, como afirmou Lacan, lembra a autora,

ao mesmo tempo que é garantia da produção do saber inconsciente, função do sujeito suposto saber, o próprio analista encarna para o analisante o objeto *a* na vertente sincrônica da transferência, o limite real de toda ficção, o indizível, o que pode ser experimentado como a (angustiante) fugacidade do sentido.<sup>963</sup>

Por fim, cabe destacar o que Caldas propõe acerca do traumático – *troumatismo*, a rigor – sob transferência: “Nada a prevenir, tampouco a curar. O trabalho é, justamente, acolher o trauma em sua ‘elaboração’, que podemos aproximar aqui ao termo lacaniano ‘subjetivação’ referindo ao trabalho do sujeito sobre o ponto em que teria sido objeto de uma violência”.<sup>964</sup>

---

<sup>957</sup> Ibidem.

<sup>958</sup> Ibidem.

<sup>959</sup> Viola, op. cit., p. 10.

<sup>960</sup> Ibidem.

<sup>961</sup> Fuentes, op. cit., p. 112.

<sup>962</sup> Ibidem.

<sup>963</sup> Ibidem.

<sup>964</sup> Caldas, op. cit., p. 1.

### **CAPÍTULO 3 – O TRAUMA NA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

### 3.1 Participando de um evento acadêmico sobre desastres

Nosso primeiro contato com o campo se deu a partir do comparecimento a um evento acadêmico sobre o tema dos desastres. Por causa do que indicava o título do evento (que não apresentava uma indicação direta ao termo trauma), não tínhamos certeza sobre a pertinência de nossa participação, tendo em vista os interesses da pesquisa. Apesar disso, tratava-se de uma incursão inicial e da aposta de que ali encontraríamos elementos-chave a serem aproveitados.

“Por que e como pensar os desastres socioambientais?” Este era o título da primeira palestra do evento<sup>965</sup> sobre desastres do qual participamos. Apresentada após serem chamados à mesa os primeiros palestrantes, registramos que “mais de 40% dos municípios brasileiros sofreram ao menos um desastre natural, segundo dados do IBGE”. Em seguida, anotamos que “uma vítima da Samarco requereu o de vítima e daí começou um imbróglio político-jurídico”. Anoto no meu caderno de campo: “vítima”, “áreas de risco” e “vulnerabilidades” e destaco questões levantadas pela palestrante, como à questão se “quadros como a seca nordestina também deveriam ser considerados desastres”. “Depressão”: reparo que este é o primeiro termo utilizado para se referir às consequências sobre a saúde mental de uma população. Mais adiante, “no segundo momento, a saúde é chamada”. Logo abaixo, “Saúde não é só recuperação”.

Os termos começam a ser mapeados. Toda uma explicação é dada a respeito da necessidade de se dar ao desastre uma resposta interdisciplinar, intersetorial e baseada nos princípios do SUS<sup>966</sup>. A palestrante sustenta que “temos que fazer um esforço de modo a entender que o desastre envolve elementos de várias áreas”, “dentro da vigilância”, da “atenção psicossocial”, entre outras. Mais à frente, destaco os termos “vigilância, promoção, prevenção, assistência e recuperação”. Em seguida, ela afirma: “Para a saúde em seu impacto mais curto, na resposta imediata, mas também a médio e longo prazo está preconizado, desde a implantação do SUS que isso deveria ser intensificado.” Por fim, nossa atenção se intensifica, quando é mencionado o tema da saúde mental e, em particular, os possíveis efeitos a longo prazo. Ela diz:

---

<sup>965</sup> Evento ocorrido em uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro. O evento foi dedicado à discussão da temática dos desastres. Não citaremos o título do evento no original, o local, nem os nomes dos participantes, afim de preservarmos por completo o anonimato dos participantes.

<sup>966</sup> Sistema Único de Saúde. Sistema público de saúde brasileiro.

Eu gosto de usar esse gráfico, para ilustrar. Num desastre ofensivo, você tem, no momento de resgate, você tem de 3 a 7 dias o aumento de alguns tipos de agravos a saúde. Por exemplo, num deslizamento, você tem lesões na coluna, escoriações, pequenas fraturas. Então a saúde tem que estar preparada para esse tipo de impacto. Semanas depois, nos momentos de recuperação, você tem outros tipos de agravos à saúde, que são todas as epidemias, viroses, as intoxicações. Então, nessa situação, tem que estar preparado para isso também. E meses e anos depois você tem outros agravos à saúde. (...)Todas as consequências e sequelas, situações mais graves, neurológicas, inclusive, que podem acontecer, como também, aí entra a questão, psicossocial, saúde mental, psicossocial. Esse vai aparecer muito tempo depois. Só que infelizmente a gente tende a se preocupar com a fase aguda não entendendo o desastre como processo, em que os vários setores da saúde têm que estar integrados.

Este é o primeiro momento em que me parece surgir algo relacionado ao meu interesse, em especial quando cita as questões que “vão aparecer muito tempo depois” do desastre. Aqui, todo o vocabulário relacionado à saúde pública, baseada nos princípios dos SUS, é o que merecesse ser destacado.

As palestras seguem, mas foi somente a partir da terceira do dia que vimos toda a discussão sofrer um importante impacto. A palestrante começa assim: “Eu hoje queria trazer uma contribuição da psicanálise. Uma contribuição da psicanálise não voltada ao sofrimento individual, mas voltada ao sofrimento social”. Assim, desenvolve seu raciocínio no sentido de destrinchar as nuances e o que diferenciou teórica e clinicamente as contribuições de Freud e de seu discípulo Sandor Ferenczi. Continua:

Foi a desavença sobre o trauma que acontece entre os dois. Para o Freud, o trauma é um desequilíbrio energético entre os estímulos que chegam no psiquismo e a capacidade de elaboração destes estímulos que o sujeito tem. O trauma é alguma coisa da ordem do excesso. Mesmo que aconteça um desastre do lado de fora, o que importa é que acontece um transbordamento pulsional no sujeito, transbordamento pulsional no psiquismo, então o fundamental não vai ser o desastre e sim as consequências desse desastre para o sujeito, essa capacidade de elaboração ou de contenção das pulsões que ele possa ter. Então tudo se passa a nível intrapsíquico. É o sujeito tendo que se haver com suas pulsões e sua capacidade de elaboração.

Começa a se desenhar um rumo distinto daquele até então. Ao se referir ao desastre, não mais “saúde mental”, “atenção psicossocial” ou “sofrimento”. Passa-se a mencionar o termo “trauma” em relação aos que sobreviveram à experiência dramática do desastre. E se antes havia a dúvida relativa à pertinência deste evento para o meu objeto de pesquisa, agora, ela estava melhor resolvida.<sup>967</sup> A palestrante reitera a distinção entre as posições de Freud e Ferenczi apontando que com “o Ferenczi a coisa é bem mais complexa”, uma vez que envolve “um complexo de relações” que “não se reduz ao desequilíbrio energético, mas que implica em uma relação entre os sujeitos”.

---

<sup>967</sup> Mais à frente, outros termos foram trazidos à cena e nos confirmaram a pertinência de nossa participação naquele evento.

Com pouco mais de vinte minutos de apresentação, a palestrante trouxe para discussão as contribuições de Kai Erikson, interessada em articulá-las com as questões expostas até então. Destaca a importância do autor por ser um pensador do trauma coletivo e que, desde os anos 1970, realiza pesquisas em áreas devastadas por desastres ambientais. Seu objetivo foi o de entender como as comunidades reagem aos desastres, e descobriu, em resumo, que, para além dos traumas individuais vivenciados, era possível falar em “comunidades traumatizadas”. Ela sustenta que, para Kai Erikson,

o trauma coletivo é um golpe básico nos tecidos da vida social. Ele destrói os vínculos que ligam as pessoas entre si e traz um prejuízo no sentido existente de comunidade. O *eu* continua existindo, ainda que com danos, o *tu* também, ainda que distante, mas o *eu* deixa de existir. É esse o resultado que acontece numa comunidade traumatizada. Ele ficou muito surpreso com o que encontrou nessas comunidades, porque ele esperava que, a partir de uma catástrofe compartilhada, as pessoas pudessem se ligar mais. Que o vínculo pudesse ficar mais forte, como se as pessoas pudessem celebrar o fato de a comunidade não ter sido completamente destruída, mas não é isso que ele encontra. Ele vai ouvir as pessoas, os sobreviventes, e observa que determinadas características se repetem no discurso desses sobreviventes.

Finalmente, ela liga isso à contribuição de Ferenczi:

Para o Kai Erikson, a questão do desmentido é um ponto de chegada, enquanto que para o Ferenczi o desmentido é um ponto de partida. A partir do desmentido, ele constrói todo um conjunto de noções que esclarece, com mais nuance inclusive, o que é uma situação traumática, como é que se constitui, como é que se dá a perda da confiança, a eclosão de uma sabedoria que é adquirida traumáticamente além de muitas outras características.

Chamo a atenção aqui para um ponto importante da intervenção da palestrante, acerca da diferenciação entre, de um lado, uma pesquisa puramente conceitual e, do outro, um tipo de pesquisa vinculada à prática, interessada em atuar e implicada na escuta do sujeito traumatizado em sua particularidade. Parece-nos que é nesse sentido que ela desenvolve seu raciocínio sobre a contribuição de ambos os autores, quando diz em seguida que, em Ferenczi, se trata de entender que “não são conceitos puramente acadêmicos, mas operatórios”. E voltando ao psicanalista, enfatiza que, pelo fato de ser

um clínico, está interessado no sofrimento. A ética do Ferenczi é uma ética da eficácia terapêutica e tudo isso configura uma perspectiva de cuidado. Aponta para formas de lidar com os sujeitos e estabelece uma certa postura no lidar com eles, inclusive uma postura política. Quando se responsabiliza ou se acolhe o traumatizado, tanto individual como coletivo, o quanto se admite a queixa de uma violência sofrida, o quanto se reconhece a necessidade de reparação, tudo isso configura uma atitude que pode se estender ao campo dos cuidados, do direito e mesmo das políticas públicas.

Os insights deste momento possibilitam pensar sobre questões para além desta palestra. Por exemplo, pontos que encontrarei *mutadis mutandi* em outros cenários, como

a característica de “presença ambígua”<sup>968</sup> do termo trauma, que já neste momento me chamava atenção. Como se pudesse, sim, ser abordado, como nesta palestra, mas sempre em torno de ou gerando controvérsias. Refiro-me aqui às palavras, ao jogo que se pode fazer com elas e, talvez, à própria política dos termos, uma vez que se articulam com toda uma rede de atores materiais, barreiras micropolíticas, tradições conceituais e preconceitos. Por exemplo, me perguntei no caso desse evento específico, por que a palavra “trauma” não havia sido incluída no título do próprio evento, na descrição presente no cartaz de divulgação, uma vez que sua centralidade estava inequivocamente posta como uma espécie de ponto alto do evento (pelo menos, nas palestras matinais).

É importante notar que em relação à palestra anterior, voltada para as questões relativas aos “desastres” na perspectiva do SUS, havia, a partir de agora, um corte. Tratava-se de outra gramática e de uma outra ênfase. Assim, se até então o vocabulário presente não fazia menção ao termo trauma, a partir daqui o vocabulário traumático abundaria.

Outra lição importante ocorreu no momento das perguntas. Isto é, ressaltamos que a “pertinência” de estarmos ali não se deu apenas pelo conteúdo expositivo ou pela discussão “interna” e teórica dos desastres. O modo como foi abordado. Mas pelo que ali mesmo, naquele evento, se apresentou. Foi após este primeiro bloco de apresentações que uma estudante da audiência pediu o microfone para perguntar à mesa, levantando a seguinte questão:

Oi, eu sou estudante. Eu sei que vocês estão abordando o tema sobre desastres, né? Mas a gente vê que, em muitos ambientes, como as favelas, os moradores vivem situações parecidas com situações pós-desastres. Então, eu queria que vocês pudessem falar um pouco sobre a questão do trauma e dos sofrimentos, conectando com essa questão de vulnerabilidade social, dos moradores de favela, que vivem tanto situações de vulnerabilidade social, quanto a questão do Estado (...) essas incursões policiais. (...) Talvez saia um pouco né? Mas conectando esta questão do trauma e do sofrimento com essa questão da vulnerabilidade social, que tem relação com a questão do desastre e, enfim, com a questão racial.

Interessante observar o que a estudante trouxe para o evento. Colocou outros termos na série, até então não colocados em pauta ao longo das palestras. Na definição de

---

<sup>968</sup> Tais questões não são respondidas facilmente, não estão nos manuais-texto. De todo modo, pode-se apontar que encontram ressonância com algo que observarei em outros cenários. O fato de que a forma de se falar sobre o trauma, o que se pensa deste conceito, sempre é trazido no bojo de controvérsias, jogos de linguagem complexos, apresentando-se, não raro, um aspecto de presença ambígua (uma presença e ausência simultâneas). Trabalharemos mais à frente este ponto; cf. o subcapítulo 3.9 Ambiguidade de presença-ausência do trauma.

desastre, da perspectiva da estudante, entrariam agora questões como pobreza, pauperização e vulnerabilidade social. Caberia perguntar: como pensar a “favela”, a “vulnerabilidade social”, as “incursões policiais” e o “trauma” (dito, agora, com todas as letras), em relação à discussão do desastre? É sobre estas possíveis articulações que a estudante se interessa. Além disso, podemos perguntar: o que acontece quando um ator do próprio ambiente “desastroso” (neste caso, a estudante), um “subalterno”<sup>969</sup>, começa a falar? E por fim (seguindo o seu questionamento): como a questão racial se liga ao presente debate?

Seguirei aqui com as intuições de Elizabeth Jelin<sup>970</sup>, não para sobrepor sua discussão ao que estava ali ocorrendo, mas, antes, para chama-la como um interlocutor possível no presente debate<sup>971</sup>. Em particular, nos interessa seu questionamento acerca do que ocorre quando os “silêncios se rompem e aqueles que sofreram diretamente começam a falar e a narrar suas experiências”. A autora destaca que há “momentos em que o clima social, institucional e político está ávido de relatos; outros onde domina a sensação de saturação e de excesso”<sup>972</sup>. Aqueles que escutam “selecionam, interpretam, dão sentido ou reforçam, sobre o que se diz e se cala”.<sup>973</sup> O importante aqui é o fato de que há, em cada época, quadros políticos e culturais em que há variáveis que “estabelecem os gradientes de legitimidade das vozes, autorizando alguns temas e negando outros, endossando certas vozes e não outras”.<sup>974</sup> Podemos, enfim, destacar ainda a seguinte passagem da autora:

Em suma, as narrativas públicas daqueles que exercem poder e querem impor uma narrativa dominante, e daqueles que têm memórias pessoais do que os tocou na vida, articulam uma multiplicidade de vozes e a circulação de múltiplas ‘verdades’; também de silêncios e coisas não ditas. Os silêncios e o não dito podem ser expressões de lacunas traumáticas. Podem ser estratégias para marcar a distância social com a audiência e com os outros (Sommer, 1991) ou responder ao que os outros estão dispostos a escutar.<sup>975</sup>

As intuições da autora nos parecem úteis, uma vez que, no encontro entre a estudante e os pesquisadores foi possível notar algo semelhante ao que a ela aborda, em

<sup>969</sup> Gayatri Spivak. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

<sup>970</sup> Jelin (2017, p. 18). Cf. Elizabeth Jelin. **La lucha por el pasado**. Cómo construimos la memoria social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2017.

<sup>971</sup> Como farei também com Gabriel Gatti, logo à frente.

<sup>972</sup> Jelin, p. 18.

<sup>973</sup> Ibidem.

<sup>974</sup> Ibid., p. 19.

<sup>975</sup> Ibidem.

particular o embate implícito e a tradução das falas. De certo, a estudante foi escutada, mas como Jelin escreve, sua fala é claramente modulada. Como, por exemplo, podemos perceber nas respostas que se seguirão ao seu questionamento. A seguir, destacamos o primeiro deles:

Eu tenho dois comentários para fazer. Eu faço rápido. Só para marcar uma ideia aqui. Eu dou muita relevância aos termos, aos conceitos e às crenças que estão por detrás. Então, acho interessante a gente pensar, porque que antes a gente considerava o favelado não como alguém em situação de vulnerabilidade, mas como cidadão. Acho que as vezes vale a pena pelo menos manter uma memória e mantê-la como reserva política, que a ideia de cidadania era uma ideia, que as pessoas tinham que ser ajudadas, porque elas eram cidadãs e pronto. E não porque elas sofriam ou estavam em potencial de sofrer. Porque talvez exista uma espécie de temor em relação à entrada do sofrimento na política. (...) Acredito na precarização da Hannah Arendt. Então, acho que a questão que falta é colocar aquelas pessoas como cidadãs. (...) Então, eu acho que, além da questão da vulnerabilidade, é marcar a ideia de desigualdade e de cidadania.

Parece-nos haver um choque entre o que estudante adiciona ao debate e as palavras utilizadas como resposta (se quisermos, o “pano-de-fundo” conceitual abordado). Se o que a estudante traz dizia respeito à “favela”, à “incursão policial”, “à situação parecida com a situação de pós-desastre”, por outro lado, o que foi escutado foi traduzido e interpretado à luz de um conceito mais apropriado, o de cidadania. É aqui que poderemos trazer as colocações de Gabriel Gatti<sup>976</sup>, mais um autor adicionado por nós ao presente debate. Novamente, não para sobrepor suas discussões sobre a controvérsia que ora se anuncia, mas para ajudar a desembrulhar ainda mais a trama, enfim, em uma perspectiva latouriana, para ajudar a desempacotar um pouco mais essa caixa preta.

Conforme vemos neste autor (Gatti), há toda uma linhagem conceitual sociológica que já se dedicou a discutir a categoria de cidadania, muitas vezes tomada em oposição à ideia de vítima. Neste campo em particular, os autores (tal como nos pareceu se filiar o professor palestrante) estariam inclinados a negar novidade e singularidade ao personagem social da vítima e aos coletivos que se constroem a partir de sua dor. Para Gatti, então, tais tradições sociológicas têm o costume de localizar “no Estado, no público ou na cidadania, suas condições de possibilidades empíricas, sim, mas também morais”. São sociologias que “desconfiam de um personagem que percute nas bases que sustentam

---

<sup>976</sup> Gabriel Gatti. La hipótesis V. Las víctimas y su victoria sobre el poderoso (y myu agencial) ciudadano”. In: Benjamin Tejerina e Gabriel Gatti (eds.). **Pensar la agencia en la crisis**. Madrid: CIS, Colección Academia, 2016, p. 145-164.



nossos velhos pactos, pois, com provável razão, dizem que instala o privado nos territórios do público e coloca o corpo onde deveria estar o laço (social)”.<sup>977</sup>

Gatti denomina esse tipo de tradição sociológica como “negacionista”<sup>978</sup>, uma vez que (em relação à condição de vítima) “se não pode negá-la, diz que não é nova, e se, ainda assim, tem que admiti-la, diz que é irrelevante.”<sup>979</sup> O autor destaca uma série de autores<sup>980</sup> do campo, segundo os quais tal personagem da vítima seria mais um ator social, um “ator como os outros” e que, por isso, não mereceria um olhar singular. Ou seja, teria “agência: a de qualquer ator que atua para ser reconhecido. (...) Nada mais. Convém, por isso” – Gatti resume a ideia destes autores: “que se acerque dele sem o filtro de qualificações morais (piedade, compaixão ou ira) e com a mesma sensibilidade que se aplica a qualquer outro ator social que busca a consecução de objetivos no espaço público”.<sup>981</sup>

Ainda em relação à questão colocada pela estudante, ouvimos mais um palestrante também lançar mão do conceito de cidadania. Reparemos no que ele coloca:

Depende de como você classifica o que é um desastre. Porque você, ao classificar algo como desastre, pode passar da classe da vulnerabilidade para a da cidadania. Por exemplo, tem uma grande base de dados que classifica os grandes desastres (...) inclusive para as diretrizes da ONU, enfim. Então, são uns certos desastres, para um certo número de afetados.

Surge aqui um imbróglio, que diz respeito à questão de como classificar os desastres da América Latina, os quais difeririam do tradicionalmente conceituado (norte-americano/europeu). De alguma forma, então, se apresenta uma dificuldade conceitual análoga à apontada por Gatti, já que se coloca em questão a aplicabilidade dos referenciais euro-americanos (neste caso, sobre a definição de desastres) à realidade brasileira. Realidade esta, não é necessário lembrar, onde abundam todos os tipos de desastre invisíveis, naturalizados, onde há “aquela inundação que acontece todo dia”, tal como ouvimos, ainda com o palestrante da mesa. Ele acrescenta:

<sup>977</sup> Gatti, 2016, p. 148.

<sup>978</sup> Gatti contrapõe na tradição sociológica dois tipos de entendimento sobre tais situações. Uma, como ele chama, “negacionista” (de acento “francês”), e a outra anglo-saxã, denominada por ele “nostálgico-reparatória”.

<sup>979</sup> Gatti, op. cit., p. 147.

<sup>980</sup> Realmente, uma série de autores de tradição francófona. Gatti destaca aqui as seguintes referências: Lefranc Sandrine e Lilian Mathieu (dirs.). **Mobilisations de victimes**. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009; Guillaume Erner. **La Société des victimes**. Paris: La Découverte, 2007; Jean-Michel Chaumont. **La concurrence des victimes**. Paris: La Découverte, 1997; e ainda Michel Wieviorka. **L'émergence des victimes**. Sphera publica, 3, 2003, pp. 19-38.

<sup>981</sup> Gatti, op. cit., p. 148. Gatti ainda nos será útil, logo mais à frente.

Na América Latina, foi criada uma outra base de dados que passou a considerar também aqueles desastres, os pequenos desastres, os invisíveis. Por exemplo, numa comunidade, por falta de encanamento, aquela inundação que acontece todo dia, enfim. Então, isso começou também a entrar na base de dados, de forma que, hoje em dia, ela também é utilizada. Então, aqueles pequenos desastres, causados por pequenas (...), não visíveis, passam a ser também classificados como desastres e, portanto, todos necessitam de uma intervenção, de uma política, porque todos são significativos no sentido de cidadania. O único problema disso é que, na medida em que tudo passa a ser desastre, como é que serão feitas as escolhas políticas. É um novo impasse.

Sublinhemos: como classificar aquele tipo de desastre que acontece todo dia? Seria desastre? Como se coloca o plano público diante disso?<sup>982</sup> É sobre esse impasse que Lewkowics<sup>983</sup> reflete, distinguindo as noções de trauma, de acontecimento e de catástrofe. Para o autor, no primeiro caso (que ele prefere chamar de traumatismo, ao invés de trauma, uma vez que indica um termo “menos técnico”), irrompe um estímulo excessivo que não pode ser captado pelos recursos prévios, tal como os modelos em geral definem o trauma. Para Lewkowics, no traumatismo, passado um tempo, não importando aqui *quanto* tempo, *consegue-se* assimilar tal estímulo excessivo, já que ele “finalmente retrocede sem alterar definitivamente a geografia”. A intensidade paulatinamente vai cedendo e “tudo parece voltar ao seu lugar”, ou seja, com trabalho e com tempo, os “lugares conseguem assimilar o inundado”.<sup>984</sup> Neste sentido, *assimilar* possibilitaria “transformar algo em algo semelhante”, ou seja, como diria o ditado: “Aquilo que não me mata fortalece”, de modo que a estrutura acaba saindo fortalecida do traumatismo.

Difere do traumatismo o *acontecimento*: “A intuição de um *excesso* nos arrasta muito facilmente em direção a considerações quantitativas”.<sup>985</sup> Assim, se antes o que estava em questão era a possibilidade de assimilar o excesso, agora o que se destaca é que a escala do lugar pode não ser suficiente para abrigar tal quantidade excessiva. Ele escreve: “A quantidade excessiva transborda quantitativamente as qualidades destinadas à incluí-la”. Aqui, o “problema não é mais que não há lugar suficiente”, mas que “não há lugar algum”. Desta maneira, o acontecimento envolve a possibilidade efetiva de um impossível estrutural. Este excesso, incompatível com a estrutura, a desequilibra,

---

<sup>982</sup> Ora, não acreditamos ser casual o fato de que, na Psicologia, todo um campo de estudos e de práticas sobre os “desastres” emergiu nos anos 2010, a partir do Conselho Federal de Psicologia, embora estas mesmas discussões não tenham incorporado reflexões sobre como pensar tais desastres brasileiros cotidianos, conforme apontado acima.

<sup>983</sup> Ignacio Lewkowics. **Pensar sin Estado**: la subjetividade en la era de la fluidez. Buenos Aires: Paidós, 2004.

<sup>984</sup> Lewkowics, 2004, p. 152.

<sup>985</sup> *Ibid.*, p. 153.

iniciando-se um processo paralelo, a afirmação de uma qualidade heterogênea e a desarticulação estrutural do sistema. Ele afirma: “Não retornam as vozes abafadas”. Passam a falar “vozes não ouvidas”. Enfim, o sistema se altera, altera-se a estrutura.

O que acontece na catástrofe? Se o trauma é o *impasse* onde uma lógica passa a trabalhar para repor o funcionamento e os esquemas prévios, e o acontecimento é a invenção de outros esquemas diante deste impasse, “a catástrofe induz a uma subtração pura do ser, uma espécie de dissolução no não ser”.<sup>986</sup> Em outras palavras, a catástrofe é uma dinâmica que desmantela e impossibilita outra lógica equivalente ou alternativa a ser posta no lugar. E finalmente, Lewkowics escreve (e aqui, apontando finalmente para algo que pode ser comparado ao impasse colocado pelo último palestrante da mesa, isto é, para o caso latino-americano, brasileiro): “A causa que desmantela não se retira. (...) Desta vez, a inundação chega para ficar”. Enfim: “Não há jogo sem subtração, mutilação, devastação. Se produziu uma catástrofe. As marcas que ordenavam simbolicamente a experiência já não ordenam nada; talvez nem sequer produzam marcas”.<sup>987</sup>

Que tipo de *impasse* é o caso da estudante? Seria o do trauma, do acontecimento ou da catástrofe? Nunca saberemos, embora a mesma tenha tentado articular diante da mesa que se tratava (leitura nossa) da última categoria. Enfim, a terceira palestrante (a mesma que comparou as contribuições de Ferenczi e Kai Erikson sobre o trauma) entra em cena, respondendo também à questão levantada pela estudante. Reparemos a diferenciação que faz entre os tipos de elaborações puramente teóricas dos conceitos que buscam servir aos interesses concretos daqueles sobre os quais se estuda. Para ela, “os conceitos filosóficos têm um encantamento pela coerência. Mas os conceitos psicanalíticos são operatórios, eles precisam fazer diferença na vida das pessoas, eles precisam ter uma eficácia terapêutica.”

Aponta, enfim, que autores como Ferenczi estariam mais deste lado, não só por “ouvir as pessoas”, mas também fazer a diferença na vida delas. Ela finaliza: “Porque é diferente, quando você escuta as pessoas falando do seu próprio sofrimento, de quando você tem alguma distância e pode fazer uma análise maior, mais abrangente, a partir de como o sofrimento aparece na nossa cultura. São duas perspectivas diferentes”. E em resposta à questão da estudante, ela ainda coloca:

---

<sup>986</sup> Lewkowics, op. cit., p. 154.

<sup>987</sup> Ibidem.

À pergunta da [nome da estudante] com relação a vulnerabilidade, eu vou aproveitar para trazer um detalhe que não tinha trazido sobre Ferenczi, que ele acha que o mais terrível no trauma é justamente que ele possa acontecer. Eu vi alguém falando que o desastre começa antes do desastre. Quer dizer, o trauma, para ele ocorrer, é preciso que haja um certo descuido com, no caso de uma criança, por exemplo, que é o modelo do Ferenczi, um descuido com a fragilidade ou com a vulnerabilidade dessa criança que não é protegida em relação a qualquer violência física ou psíquica que possa ocorrer. Então, na verdade, existe um desmentido mais amplo, que é um desmentido anterior, que é o desmentido da vulnerabilidade. É isso que não seria levado em conta. A gente pode pensar isso em relação a uma favela, em relação a uma comunidade, enfim. Sem dúvida, são cidadãos, mas aí a gente pode se lembrar de [Judith] Butler: a vulnerabilidade é distribuída desigualmente. As pessoas que têm a sua vulnerabilidade protegida não são chamadas de pessoas em condição vulnerável. São chamadas de cidadãos. Enquanto que as pessoas que são chamadas de pessoas em situação de condição vulnerável, essas não são tratadas como cidadãos. Então essa vulnerabilidade não é protegida. O desmentido começa antes. Começa antes que de fato ocorra um ato violento. Exatamente por essa desconsideração pela vulnerabilidade que, para Butler, seria algo que deveria ser levado em conta na própria concepção de laço social.

Há aqui um mundo dividido (ou dois mundos). O que se coloca em xeque é a utilidade e a precisão de velhas categorias. Retornando ao já citado Gabriel Gatti, que nos ajuda a pensar que ideias como a de “cidadão” além de tantas outras referentes à alteridade (pobre, estrangeiro, etc.) “não nos dizem quase nada”<sup>988</sup>, já que estes sujeitos estão mais além disso, habitam lugares que parecem ser analítica e politicamente invisíveis, isto é, “não sabemos pensá-los, não sabemos geri-los (...) são sujeitos *sem lugar*”.<sup>989</sup> Aliás, uma série de autores que já tomaram tais entidades como foco de análise, como Zygmunt Bauman, quando pensa os “novos párias planetários”, João Biehl, em sua etnografia sobre as zonas de abandono no Brasil, Loïc Wacquant, trabalhando sobre a desinversão social no hipergueto norte-americano ou na *balieue* francesa ou, ainda, Michel Agier, quando investigou os campos de refugiados na África.

Todos estes territórios estariam fora do raio de ação dos velhos conceitos. É ainda com este autor que podemos ler:

Nessa obstinação por seguir aplicando as (modernas) velhas políticas e os (modernos) velhos conceitos, há muito de resistência ao empenho de construir sociedades integradas, tolerantes, de plena cidadania. Sociedades de arquiteturas que tendem ao Um, esféricas. Merece ser valorizado. Mas se esse anseio de cidadania universal, de pertença ao comum, é uma legítima aspiração política, é, no entanto, um descritor sociológico extremamente débil: não explica nada ou quase nada da *vida social dos inexistentes*.<sup>990</sup>

Trata-se de um espectro de modos de (in)existência, não importando se chamamos de vítimas, pobres, excluídos, imigrantes, não humanos, vulneráveis, eliminados,

---

<sup>988</sup> Gatti, op. cit., p. 155.

<sup>989</sup> Ibidem, grifo no original.

<sup>990</sup> Ibidem, grifo no original.

apagados, anônimos, desconhecidos, ocultados ou desaparecidos. Ética, política, histórica e clinicamente, penso que é importante entender como estes “expulsos da cidadania” (Gatti) vivem, onde vivem ou, aos moldes do que Judith Butler coloca sobre as vidas que não são “passíveis de luto”, como é possível se ter uma vida que não é considerada vida ou que existência seria suscetível para aqueles que não são visíveis? Em outros termos, à luz da questão que Richard Rechtman<sup>991</sup> colocou, não se trata só de entender o que os fez vítimas, mas, tão importante quanto, investigar o que possibilitou a eles sobreviver, a despeito de tudo.

Gatti ainda propõe (aliás, provavelmente inspirado em Fassin e Rechtman) que a “ordem moral contemporânea” nos impõe laços de semelhança através dessa categoria (de vítima), onde, se por um lado este espectro inclui o impensável, por outro, a figura da vítima hoje nos é bastante próxima. É neste sentido que as situações classificáveis como dolorosas e possivelmente pensadas a partir desta categoria abundam entre nós, desde as vítimas de violência de gênero, dos acidentes de trânsito, da precariedade, dos abusos policiais, da crise econômica, dos erros médicos, da pandemia, etc.

Diante disso, impõe-se a tarefa de se pensar sobre as ferramentas teórico-conceituais adequadas para entender as “nossas vítimas”, as brasileiras, refletindo sobre os limites de nossas tradições intelectuais herdadas ou impostas. No plano geral, no caso do Brasil contemporâneo, cabe refletir no que acontece, quando o “filho da empregada doméstica” passa a estudar no mesmo espaço acadêmico que o estudante de “classe média”? O que acontece, quando os aeroportos se tornam abarrotados de trabalhadores?<sup>992</sup>

Antes de finalizarmos, ainda destaquemos os últimos comentários desta pequena sessão de respostas. Longe de querer “finalizar” o debate ou resolvê-lo, retomamos estas falas finais no sentido de ampliar o volume das diferentes vozes presentes e destacar a percepção da estudante sobre os comentários realizados sobre o seu questionamento. Na quarta e última resposta, em estreita sintonia com a primeira, ouvimos:

Então, o risco de você trazer, de você enfatizar, acho que há o surgimento, evidentemente, de analisar pela pobreza, pela violência, por ações absolutamente descuidadas do Estado, para falar o mínimo, mas o risco de você ter, discursivamente falando, de você enfatizar a condição de vulnerabilidade de uma pessoa, da vítima, é que acaba reforçando, quase que pelo avesso, o lugar

---

<sup>991</sup> Richard Rechtman. From an ethnography of the everyday to writing echoes of suffering. **Medicine Anthropology Theory**. Think Pieces. Vol 4, n. 3, Special Section: On *Affliction*, p. 130-142, 2017.

<sup>992</sup> Ainda que devamos reconhecer que, desde 2016, os aeroportos não estão mais abarrotados.

dessa pessoa no espaço do estigma. E muitas vezes isso se dá, por exemplo, na associação quase obsessiva de grupos sociais, por exemplo, com a miséria e a pobreza. É fácil para a mídia, para os meios de comunicação, identificar na fotografia de pessoas negras, identificá-los com a pobreza. Então esse é outro estigma, ou seja, muitas vezes são movimentos interessados no resgate da cidadania, de busca por compensações, que acabam contribuindo para essa imagem que é tão estigmatizante quanto. O cuidado que se deve ter, então, numa escuta não necessariamente clínica, mas na escuta discursiva, (...) é que essas pessoas podem elaborar além daquele lugar em que se normalmente coloca. Então é esse o risco, pouco enfatizado, que trouxe o [nome do primeiro palestrante que respondeu à estudante], e que discursivamente também acaba soando como bastante ruim para as pessoas, só vistas no lugar da pobreza, só vistas no lugar do abandono, no lugar de uma ação do Estado, que realmente há, mas que não é só.

A estudante pede para falar novamente ao microfone:

A questão do trauma, vamos dizer assim, não é a questão do estigma, é mais assim, é porque eu sou pobre (...) que tem situações ali, por exemplo, esgoto a céu aberto, e, fora isso, há também uma questão mais de, dessa questão de policial mesmo, de incursões policiais. O que a gente tá tentando entender é como que os moradores ali, como a violência como um todo, e exatamente aquela situação influencia (...) porque, assim, é uma mãe que fica em choque quando acontece alguma situação, uma incursão policial, mas eu acredito que essas questões de asfalto, saneamento, de educação, também possam causar algum problema. Fora dessa questão de estigmatizar.

O último palestrante retoma o microfone:

“Não, não, [riso desconcertado], foi só um comentário, eu sei que não...[silêncio].”

E, por fim, como que finalizando, a mediadora da mesa diz:

“Alguém com mais alguma pergunta?”

Dito isso, foi feito um intervalo. Senti por alguns segundos, ou até mais, um desconforto gerado pela sensação de que ali não ocorrera só um desentendimento teórico, mas de vivências. Presenciara, de fato, um sentimento ruim.

Acredito ser útil trazer aquilo que Seligman-Silva<sup>993</sup> escreve sobre a crítica de alguns autores (ele destaca aqui Beatriz Sarlo) ao nosso tempo contemporâneo, caracterizando-o por ter um excesso de “memórias” e de “testemunhos”. Ora, isso seria pertinente no contexto do hemisfério norte, e ocidental, mas não ao Brasil. O que Seligman-Silva escreve é pertinente para este ponto, quando diz (analogamente à crítica de Gatti sobre o conceito de cidadania) que tais críticas não têm “nada a ver com a nossa

---

<sup>993</sup> Márcio Seligmann-Silva. O local do testemunho. **Tempo e Argumento**, v. 2, n.1, p. 3-20, 2010.

realidade”. Aliás, enfatiza (circunscrevendo o caso brasileiro): “mal começamos a testemunhar”. Ele escreve:

Não temos o testemunho como *testis*, ou seja, o testemunho jurídico, nem o testemunho como *superstes*, o testemunho como a fala de um sobrevivente que não consegue dar forma à sua experiência única. Nossos testemunhos estão sufocados pelas amarras de uma ‘política do esquecimento’ que não conseguimos até agora desmontar.<sup>994</sup>

Seligman-Silva destaca no Brasil: “Até hoje se cerceiam as tentativas de apresentação das provas. Os arquivos estão fechados e os cadáveres desaparecidos. No caso dos que procuram testemunhar, eles não encontram eco na sociedade”. E, ainda, mesmo em situações onde as publicações ocorrem, tais testemunhos não “se tornam públicos, no sentido de que não entram na esfera pública” e que, “sem um ouvido o testemunho não se dá. E destaca que testemunhar é um ato que ocorre no presente” e o nosso “presente ainda não se abriu para estes testemunhos”.<sup>995</sup>

O autor ainda compara a situação particular brasileira com a de nossos irmãos latino-americanos. Destacando o caso particular das memórias em torno dos torturados pelas ditaduras militares, no caso de “cidades como Buenos Aires, Santiago do Chile e Montevideú, existe um generoso espaço reservado para as obras referentes ao período da ditadura. Isto não ocorre no Brasil.” Falta-nos, nos termos do autor, uma “topografia da memória do mal” a ser escrita em nossas cidades e em nossas mentes. “No Brasil, a política do aniquilamento da memória acaba por aniquilar os fatos”.<sup>996</sup>

A esta altura, ainda cabe fazer um último e rápido exercício deste contraste. Aproximadamente um ano depois do primeiro evento, participei de outro, igualmente em ambiente universitário, para o qual foram convidados palestrantes estrangeiros. O debate concentrou-se na atual proliferação do uso de medicações psicotrópicas, nas possíveis alternativas para lidar com a questão e nos cuidados da rede pública no campo amplo da saúde mental.

Chamou minha atenção na palestra da psicóloga britânica a abordagem do recente dispositivo de tratamento psicológico aplicado pelo sistema público inglês de saúde mental. Tratava-se do “*Power Threat Meaning Framework*”, uma abordagem que levaria

---

<sup>994</sup> Seligmann-Silva, 2010, p. 187.

<sup>995</sup> Ibid., p. 188.

<sup>996</sup> Ibid., p. 190.

mais em conta, nos termos próprios da autora, o que “aconteceu com a pessoa” diante de situações sociais opressivas (de poder) em contraposição ao “que a pessoa tem”.

Destacarei um único trecho do evento: a cena em que, tal como no anterior, uma estudante se dirige a uma palestrante, em seguida à apresentação do tema e da proposta para se formarem duplas entre os participantes ouvintes. Logo após, abriu-se espaço para os participantes compartilharem suas experiências acerca do experimento e fazerem, se houvesse, seus questionamentos. A vivência propunha basicamente que cada um falasse um pouco sobre algum momento de sua trajetória de vida no qual a questão das relações de poder teria tido influência importante na sua vida.

Eis o que a estudante compartilhou:

Então, oi, sou a Natália<sup>997</sup>, estudante de psicologia. (...) Então, lá, respondendo aos questionários...vou dar o meu *feedback*, de como foi para mim. Eu vou pegar só um trechinho da história. Minha experiência é de [ter feito] cinco [vezes o] ENEM. O ENEM seria uma prova para você entrar na faculdade. Eu fiz cinco. [riso contido]. E naquele momento ali, eu achei que eu era burra, que eu não sabia e tal... naquele momento. Hoje, olhando pela perspectiva dessa formulação, desse tratamento, eu vi que foi a falta de acessibilidade, e, sim, um sistema, que eu não tive um ensino médio adequado, apenas três meses dos três anos do ensino médio, então eu vi assim que a culpa não era minha. É claro que eu consegui chegar, enfim, mas algumas pessoas da minha turma, eu digo, três pessoas, as outras sessenta pessoas ficaram pra trás, porque elas ficaram e hoje elas são vistas por esse sistema, que ‘ah elas não conseguiram, então elas têm que correr atrás, então, eu vi, assim, o peso do poder dentro dessa minha história, que é uma história de muitos em termos educacionais.

A palestrante responde à estudante pobre, após o relato de suas dificuldades pessoais, de sua história, enfim:

Obrigada pelo seu excelente exemplo. Então, o problema estava no sistema educacional e não em você. Você não tem que acreditar que era um problema seu, porque você não era boa o suficiente. E há razões pelas quais você não obteve a educação que precisava. Se você observar, vai observar outras influências de poder, mas foi um exemplo muito útil, muito obrigada.

E param aqui, as semelhanças. A diferença foi importante. Uma situação cujos personagens eram os mesmos (estudante pobre vs. palestrante professor universitário), mas cujo desfecho foi diametralmente oposto. Diante da presente discussão, podemos perguntar: a que campo se filia a intervenção da psicóloga inglesa? É novamente Gabriel Gatti que vai fornecer uma chave de entendimento interessante a este caso, apontando o que ele chama de tradição sociológica *nostálgico-reparatória* (anglo-saxã), historicamente em oposição à francófona, discutida anteriormente.<sup>998</sup> Diferentemente da

---

<sup>997</sup> Nome fictício.

<sup>998</sup> Gatti, 2014, p. 286.



abordagem francesa à vítima, a anglo-saxônica não a aborda como um constructo social e histórico, mas como própria da *condição humana*, portanto, tendo caráter universal e a-histórica. Gatti destaca que sua “característica central na experiência individual é da dor e do sofrimento e, em sua dimensão social, um olhar entre a compaixão e a clínica, própria de uma certa tradição liberal na gestão da questão social”.<sup>999</sup> Em tal abordagem da vítima, parte-se da reflexão sobre o humano, sobre a condição antropológica de pessoas em situações vulneráveis. Gatti escreve que o “preço a se pagar” com isso “é alto, é o preço da desistoricização e da naturalização; mas também é alto o ganho”, já que se almeja à “sensibilidade pelo sujeito sofrente, pela especificidade de sua linguagem e por suas capacidades de articular comunidade e sentido”.<sup>1000</sup> A aproximação anglo-saxã da vítima, portanto, se mostra mais próxima e sensível em relação às suas dimensões individuais e à singularidade de uma dor que é intransmissível em grande parte. Nesta abordagem, a vítima é, com efeito, um sujeito que faz sua agência na dor e que, embora não seja comunicável, a comunica e faz comunidade, “comunidades de dor”. Trata-se, portanto, de uma abordagem poderosa, sensível, credível. Insuficiente, no entanto, como Gatti coloca, para entender a historicidade de uma figura de qualidades profundamente contemporâneas e de extensão planetária. Assim, ainda que distinta da abordagem francesa do cidadão-vítima, a tarefa de situar a profusão de possibilidades deste espectro ainda há de ser realizada.

Por fim, podemos apontar ainda para o que Ian Hacking<sup>1001</sup> trabalha, bastante em ressonância com o que discutimos nesta parte da tese, quando destaca que, frequentemente, a utilização de determinados arcabouços conceituais “gerais” mais prejudica do que auxiliam no entendimento da experiência do outro. Em sua discussão sobre as condições de possibilidade do nascimento de diagnósticos de doenças mentais, ele dá o exemplo do uso que se faz comumente do conceito de “discurso” de Foucault. Interessado em entender como o diagnóstico específico de *fuga* surgiu na passagem do século XIX para o XX, ele afirma que o conceito de “discurso não serve”<sup>1002</sup> e que a emergência de um diagnóstico teria “muito mais a ver com a formação de um nicho

---

<sup>999</sup> Gatti, op. cit., p. 286.

<sup>1000</sup> Ibidem.

<sup>1001</sup> Ian Hacking. **Mad travelers**: reflections on the reality of transient mental illness. Charlottesville, Virginia: University of Virginia Press, 1998.

<sup>1002</sup> No original, “doesn’t do the work”.

ecológico<sup>1003</sup>, com o que as pessoas fazem, como vivem no mundo maior da existência material em que habitam, mundo este que deve ser descrito em todos os seus detalhes peculiares e idiossincráticos”. Ele acrescenta: “Espero que meu exemplo (...) possa sugerir a importância de não focar apenas em uma coisa, não apenas no discurso, não apenas no poder, não apenas no sofrimento, não apenas na biologia, quando se fala de um nicho.”<sup>1004</sup> Na presente discussão, “não apenas na cidadania, não apenas na vítima”.

Enfim, partindo da discussão que fizemos a respeito dessa primeira incursão no campo do trauma brasileiro, levaremos como aprendizado esta necessária precaução metodológica, alinhada, se quisermos, com aquilo que Bruno Latour propõe com a imagem da “mochila vazia”, isto é, mais “esvaziada” dos grandes conceitos explicativos, que possam se sobrepor e dificultar o entendimento do que os diferentes atores produzem na perspectiva deles próprios. Alinhados com essa precaução metodológica, podemos ainda nos aliar às ideias de Rasmus Birk<sup>1005</sup>, preocupado em apontar o problema do uso de categorias sociais amplas no entendimento específico de patologias mentais. Para o autor (inspirado, aliás, tanto em Latour, como em Hacking) deve-se questionar a associação fácil de categorias sociais amplas, baseadas, por exemplo, na ideia de “social”, “império” ou “cultura”, a determinadas doenças mentais. O risco de se trabalhar com tais ideias, muito amplas, seria não levar em conta como objetos materiais ou tecnologias estão imbrincadas e como participam na produção de subjetividades. Em segundo lugar, o fato de que não contemplam os múltiplos mecanismos, em suas materialidades concretas, que fazem com que os transtornos individuais emerjam e proliferem. E, por último, exemplificando com o caso de uma possível associação entre o diagnóstico de “depressão” a “padrões de reconhecimento na sociedade”<sup>1006</sup>, seria não só impossível de refutar-se empiricamente e dificilmente seria possível que os atores envolvidos pudessem falar por si mesmos.

Passaríamos, portanto, a nos interessarmos por todo recurso teórico que não se sobreponha ao campo, mas ao contrário, nos torne mais sensíveis ao sentido da experiência dos atores presentes, não em sentido interiorizado, mas nos seus próprios

---

<sup>1003</sup> Deste modo, a ideia de nicho ecológico tornou-se interessante em nosso trabalho, uma vez que, um de seus pontos centrais é a característica de “complexidade (...) da variedade de elementos que possibilitam um novo tipo de diagnóstico.” (Hacking, 1988, p. 86).

<sup>1004</sup> Ibidem.

<sup>1005</sup> Rasmus H. Birk. From social to socio-material pathologies: on Latour, subjectivity and materiality. **Distinktion: Journal of Social Theory**, n. 17, vol. 2, p. 192-209, 2016.

<sup>1006</sup> Cujo paralelo no nosso trabalho seria, por exemplo, associar a experiência de trauma ao “declínio da condição política de cidadania na contemporaneidade”.

modos de ser e estar no mundo. Ainda, finalizando com Birk, buscar os efeitos produzidos pelas associações entre agentes humanos e todo tipo de “interações que se tornam delegadas a não-humanos e, assim, participam na coprodução das patologias sociais da subjetividade”. Como propõe o autor, buscar o entendimento de que as patologias “não devem ser vistas como uma função da sociedade como um ‘todo’ independente, mas em casos concretos, locais, às vezes feitos, às vezes sofridos”.<sup>1007</sup>

### **3.2 Primeiras articulações com o campo etnográfico: deslizamento em um morro**

Um desabamento acontecido num morro<sup>1008</sup>, no fim de 2018, tornou-se outro ponto de inserção com nosso campo de pesquisa. A importância deste evento não se deu apenas pelo que vivenciamos e registramos, mas principalmente porque possibilitou entrar em contato com a rede de saúde mental do município, principalmente através de seu coordenador, Oswaldo, que me indicou o modo de tratar das questões burocráticas e o caminho para que a pesquisa pudesse ser realizada a partir daquele ponto.

A informação de que um desastre ocorrera na madrugada daquele domingo chegou de manhã cedo, pelo aplicativo WhatsApp. Meu envolvimento teve um duplo motivo: como psicólogo clínico, poderia contribuir de algum modo; como pesquisador, poderia travar um contato mais próximo com o campo da pesquisa. Então, me dirigi a uma escola municipal, próxima ao local do desastre, que serviu como o ponto de concentração do socorro, para o qual confluíram os principais atores envolvidos, a população atingida e as diversas equipes de ajuda, institucionais e outras.

Passei a maior parte da manhã e o início da tarde neste ambiente. Cheguei por volta das 10 horas da manhã, encontrei muitos grupos de profissionais, entre eles o da Cruz Vermelha, visualmente identificados pelos trajes, com os respectivos dizeres e crachás pendurados. Também avistei o pessoal autorizado da Prefeitura, destacando-se os profissionais do CRAS e do CREAS<sup>1009</sup>, psicólogos da saúde mental, da assistência social, além dos socorristas e dos bombeiros.

No período em que estive ali, o atendimento era dado na própria escola. Não tinha acesso ao local exato do morro onde ocorrera o desastre. No início, me senti como um voluntário e um pouco deslocado. Mas a certa altura, no pátio, improvisou-se uma

---

<sup>1007</sup> Birk, 2016, p. 8.

<sup>1008</sup> Não identificamos o nome do morro aqui, por questões de anonimato.

<sup>1009</sup> Centros de Referência em Assistência Social.

“banquinha” para cadastramento de psicólogos voluntários: uma carteira escolar e em cima dela uma folha A4 com os dizeres “Psicólogos Voluntários”. Entrei na fila rapidamente formada. Neste momento, não sabia o que de fato ocorria ali, quem estava à frente da organização nem quais seriam as suas tarefas. O cadastramento estava sendo organizado por Luiz, também psicólogo voluntário, que se identificou como possuidor de alguma experiência em emergências e desastres ambientais, nas primeiras reuniões do Conselho Regional de Psicologia sobre a inserção da psicologia neste campo de estudos e práticas. Um grupo se aglomerou, todos sentados num comprido banco de madeira colocado em frente à uma mesa, no meio do pátio escolar. Ainda um tanto atordoados, ficamos à espera das orientações. Nossa utilidade ainda não era evidente. Havia um esforço para organização, mas de forma desconcentrada, pois a escola estava mergulhada no caos.

Conversávamos entre nós, pois não havia integração com as equipes das organizações civis e da prefeitura. Em algum momento, o mencionado coordenador da Saúde Mental do município aproximou-se e se apresentou. Foi muito solícito, disse com todas as letras que estava aberto à ajuda dos voluntários, mas naquele momento não havia demanda, pois as famílias já haviam sido levadas para o abrigo. Os olhares e o clima, pesado, de luto, dos muitos familiares presentes era o que nos chamava a atenção. O que significava não haver demanda, perguntávamos em pensamento. Uma senhora negra, por volta dos 60 anos, sentada próxima à mesa dos psicólogos voluntários, gritava que não queria enterrar seu filho “no próprio domingo, como um cachorro”. Gritava e chorava, em desespero: “Ele não é cachorro, ele não é cachorro (...) quero que enterrem amanhã!” Pessoas chegavam para abraçá-la. Segundo a diretora da Escola, esta mulher estava em choque desde o dia anterior. A própria diretora chorou nos ombros de uma psicóloga, voluntária, que perguntou como ela estava naquele momento. O sofrimento era compartilhado.

Pouco depois do meio-dia, aproximou-se de nós uma psicóloga, tentando organizar as tarefas, que nos propôs que nos contivéssemos, estivéssemos em consonância com o que o coordenador pediu, e só entrássemos em atividade, caso fosse necessário, pois as equipes de saúde mental já estavam nos postos de atuação. Estes não eram os consultórios dos ambulatórios e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Na realidade, da noite para o dia, os lugares tradicionais da atenção *psi* viraram o IML, o velório, os escombros do desastre. Psicólogos da rede se mobilizavam. Ficamos sabendo que o enterro do filho da senhora negra ocorreria no próprio domingo, às 16h.

Em certo momento, duas psicólogas da Saúde Mental se dispuseram a conversar conosco. O número de voluntários psicólogos diante das duas não era pequeno. Subimos para uma sala, conversamos e organizamos as atividades daquela semana: tudo muito solto. Os que estavam presentes se apresentaram em uma roda improvisada com as carteiras dos alunos, que, até a última sexta-feira, as haviam usado. Apresentaram-se diversos psicólogos com *backgrounds* distintos, alguns com experiências anteriores em atendimento psicológico em situações de catástrofe, como a da Boate Kiss e a das enchentes na Serra de Petrópolis e Teresópolis. O incômodo e o mal-estar estavam presentes. O que estava ocorrendo não se encaixava nos moldes mais comuns de percepção. No andar debaixo da escola, no centro do pátio, ao final da escola, aglomeravam-se políticos, imprensa, todo o tipo de gente curiosa, segundo me pareceu.

Ao chegar em casa, um mal-estar, dor de cabeça e um enjoo me dominavam. Lembro que, no final do domingo, organizou-se um grupo de WhatsApp, que chegou a 70 psicólogos adicionados ao longo da semana. Novamente, o volume quantitativo de psicólogos dispostos a ajudar se fez notar. O próprio coordenador da saúde mental estava adicionado ao grupo. Algumas mensagens, inclusive, foram enviadas diretamente por ele. A impressão que tive, no entanto, ao longo dos dias seguintes, foi que, embora o voluntariado estivesse disposto a ajudar, a saúde mental (o grupo mais seletivo) estava dando conta das “demandas”, nos bastidores. Ao menos esta era a impressão que havia sido criada, uma vez que não houve pedido de maior participação daqueles psicólogos junto aos envolvidos no desastre.

O silêncio e a falta de procura por ajuda nas unidades de plantão indicavam que não havia tido tal demanda. Fomos informados de que houve intensa participação da equipe de psicólogos, tanto da saúde como da assistência, durante os sepultamentos na segunda-feira, totalizando sete pessoas, incluindo crianças. Mas não soube, por exemplo, se a rede pública estava se organizando para o atendimento de todos os indivíduos, inclusive nas suas residências, nem como foram feitos os acompanhamentos a médio e a longo prazo. Em situações como estas, caberia um tal tipo de ação?

A rigor, soube de alguns casos que foram atendidos por psicólogos de plantão no posto do médico de família, localizado bem próximo da escola municipal. Minha participação só foi retomada na quinta-feira, pois não tive mais tempo disponível por causa do trabalho. Ao todo, 25 psicólogos voluntários, eu inclusive, se reuniram num colégio próximo da região. Discutimos sobre a sequência das ações da equipe após esta primeira semana. A ênfase se deu sobre como poderíamos formar uma ação coordenada

e em rede, valorizando o saber e a contribuição de cada um do grupo, tendo em vista uma possível cooperação com o plano público, ou seja, tanto com a assistência como a saúde mental da Prefeitura. Entre outros assuntos debatidos, uma das psicólogas mencionou ter conhecimento de uma professora, que teria contato direto com o pastor da igreja local e com bastante acesso à comunidade. Salientou a importância de se manter contato com ela, uma vez que a própria comunidade tinha “certa resistência à atuação da prefeitura na região”.

No dia seguinte (sexta-feira), fui ao posto do médico de família. Não havia lá qualquer demanda clínica por parte da população atingida. Enquanto estive neste módulo, pude conversar com outras duas psicólogas (uma da rede de saúde mental e outra voluntária) e uma terapeuta ocupacional, também da rede de saúde. As profissionais da rede estavam lá como psicólogas da saúde da Prefeitura, mas de forma não integrada, isto é, não sabiam, por exemplo, a respeito das ações que outras frentes de atendimento estavam realizando.

Tendo em vista o objetivo de aproveitar esta experiência como material a ser trabalhado na tese, algumas questões surgiram. A título de exemplo, que tipo de “vínculo” ou entrada eu estabeleceria com o campo. Como tal acesso poderia ser “formalizado”? Passaria por algum Conselho de Ética? Caso fosse necessário, a que conselho submeteria o projeto e de qual grupo eu me aproximaria, o grupo dos psicólogos voluntários, o da saúde mental ou o da assistência? Por último, questões a respeito das próprias abordagens ao campo de pesquisa, observação participante, entrevistas etc., surgiram em consequência desta aproximação com o campo.

### **3.3 Primeiros passos na rede de saúde mental**

No final de fevereiro do ano seguinte, Oswaldo me recebeu pessoalmente na sala da própria coordenação de saúde, localizada num prédio antigo, estilo comercial, onde tantas outras salas organizavam o trabalho de algum ramo da administração municipal. Nesta ocasião, ele me indicou como seguir com a pesquisa de campo na cidade. Em especial, indicou-me o nome de Ângela, responsável pelo setor de ensino e de pesquisas relacionadas à saúde mental municipal. Esta funcionária foi quem me indicou o passo seguinte, que se resumia em submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, tarefa que realizamos nos meses seguintes. Foi numa manhã ensolarada, sem saber ao certo o que encontraria, que entrei no hospital psiquiátrico municipal, instituição onde

funcionava o setor mencionado acima. Destaco o fato de minha entrada ter sido facilitada, isto é, sem credencial, sem apresentação especial, crachá e sem necessidade de me dirigir a quem quer que fosse no portão de entrada. Simplesmente entrei no local. Não sei se a aparente facilidade é costumeira com os “visitantes”, sejam parentes, funcionários ou pacientes usuários dos serviços ali prestados. Seja como for, minha impressão foi a de que, de certa forma, tal acesso ao ambiente se deveu ao fato de eu ser branco, não aparentar ser um paciente de saúde mental e estar utilizando, no caso, uma camisa social com calça *jeans*, o que indicava um conjunto de signos de uma posição social, no caso, não estigmatizada. Foi assim que, portando apenas um pequeno caderno em mãos, pisei no recinto.

Alguns aspectos que me chamaram a atenção naquele local. Em primeiro lugar, uma atmosfera, quase palpável, de algo pesado, além dos usuários sentados, de forma aparentemente aleatória, nos dois grandes espaços a que tive acesso. No primeiro andar, um grande salão praticamente vazio, composto apenas dos largos bancos de madeira antigos, próximos às paredes, além de objetos pendurados nelas e alguns quadros. Tudo indicava uma arquitetura não renovada, algo que realmente passava um ar desagradável, e que instantaneamente me fez pensar que, na lógica de tratamento daquele local, não havia relação entre o modo como o espaço é imaginado e decorado, e o possível efeito disso no tratamento dos usuários. A ênfase se dava, naturalmente, em outros aspectos.

Cheguei cerca de vinte minutos antes do horário marcado. Noto a questão temporal, uma vez que, este curto período foi suficiente para me causar um mal-estar tal que, após 10 ou 15 minutos dentro daquele recinto, tive que sair para respirar ar fresco. Às 9h55, bato na porta da sala do setor supracitado, localizado no segundo andar do hospital. Peço para entrar e, rapidamente, sou recebido por uma secretária. A própria Ângela pede para que eu espere. Sento-me neste pequeno *hall* de entrada onde ficam algumas mesas com computadores bem antigos e muita papelada. Noto que o ambiente é mais ameno. Este setor, vale observar, fica localizado um pouco fora da visão dos pacientes que circulam no salão maior de espera, no mesmo andar. No entanto, como o outro, aparenta ser um lugar velho e mal conservado.

Além da secretária e da própria Ângela, um senhor de cabeça branca entra no recinto e não me cumprimenta. Fica ali por alguns minutos. A rigor, por um ou dois segundos, seu olhar se dirigiu a mim como se averiguasse quem seria eu e o que fazia. Entrou e se dirigiu à secretaria prontamente, provavelmente pondo fim a alguma burocracia atrasada do dia e comentando algo sobre a aula de “psicopatologia” que se

seguiria. Saiu de vista, deixando-me a sós com a secretaria, na espera da entrevista com a responsável pelo ensino e pela pesquisa da rede.

Finalmente, entro para um primeiro encontro com Ângela. Noto que, com o desenrolar da conversa, a mesma foi se mostrando mais aberta que antes. Pude explicar do que tratava minha pesquisa e recebi a explicação dos trâmites que deveriam ser seguidos para a sua realização. Salientou que, a princípio, não via qualquer impedimento para tal, mas que deveria ser realizada no “contexto ambulatorial”, além de outros detalhes.

Em resumo, após o projeto de pesquisa ter sido submetido à avaliação do Comitê de Ética e, finalmente, aprovado, cerca de três meses depois, renovei o contato com Ângela, que me ofereceu várias possibilidades de campo para a sua realização. Tendo escolhido um ambulatório de saúde mental específico, Ângela foi a ponte que me colocou, finalmente, em contato com a psicóloga Patrícia, coordenadora dos serviços neste local.

### **3.4 O Ambulatório de Saúde Mental**

**“Estou procurando, estou procurando. Estou tentando entender. Tentando dar a alguém o que vivi e não sei quem, mas não quero ficar com o que vivi. Não sei o que fazer do que vivi, tenho medo dessa desorganização profunda. Não confio no que me aconteceu. Aconteceu-me alguma coisa que eu, pelo fato de não a saber como viver, vivi uma outra? A isso quereria chamar desorganização, e teria a segurança de me aventurar, porque saberia depois para onde voltar: para a organização anterior. A isso prefiro chamar desorganização pois não quero me confirmar no que vivi — na confirmação de mim eu perderia o mundo como eu o tinha, e sei que não tenho capacidade para outro.”**

**[Clarice Lispector,  
*A paixão segundo G.H*]**



O primeiro contato com Patrícia foi por telefone, quando lhe expliquei brevemente em que consistia o meu projeto, um pouco do desastre ocorrido no ano anterior, meus primeiros contatos com a rede de saúde mental do município, e, finalmente, como chegara até ela. Atendeu-me com muita simpatia e marcamos para que eu participasse de uma reunião de equipe dos profissionais do ambulatório<sup>1010</sup>.

Cheguei numa sexta-feira, pela manhã. Era um posto, uma policlínica ampla, cujos serviços contemplavam os da saúde mental e de várias outras áreas médicas. Logo na entrada, o porteiro, que estava sentado à frente de uma pequena mesa de madeira aparentemente improvisada, indicou-me que o setor de saúde mental ficava no final de um corredor, comprido e aberto, onde qualquer um que atravessasse desfrutaria de uma frequente ventilação, graças à arquitetura do edifício. Numa lateral do corredor, com pé direito bem alto, ficam várias salas para diferentes tipos de atendimentos. Em frente, há compridos bancos de madeira destinados aos usuários que, todos os dias, costumam esperar por suas consultas. Na outra lateral do corredor, uma abertura permite a entrada do vento e dá acesso para um grande pátio ajardinado que contribui para tornar agradável o local. Não neste dia, mas um tempo depois, descobri que o local que eu procurava podia ser acessado de outra maneira, por uma grande escada de cimento que nos levava aos andares superiores deste grande posto. Nunca utilizei esta escada, pois não nos levava intuitivamente ao setor da saúde mental. Foi assim que, seguindo a opção mais óbvia<sup>1011</sup>, neste primeiro dia, encontrei a sala bem no final do corredor. Na verdade, um conjunto de pequenas salas. Numa delas, semanalmente, eram feitas as reuniões.

É também no final do corredor que se localiza a secretaria, para onde afluem todos os que procuram os serviços. Diferentemente das salas de atendimento, que podem ser remanejadas para diferentes finalidades, a depender do dia, a secretaria está configurada como um ambiente fixo. Em todo tempo em que estive na pesquisa de campo, este local não mudou de função, funcionou sempre como *secretaria* do setor da saúde mental. Esta secretaria, que, em algumas situações, é chamada de recepção, é uma sala bem pequena (aproximadamente 2m<sup>2</sup>), mas com espaço para uma mesa com computador (onde se vê “abertas” planilhas de Excel com listas de dados de usuários), muitos papéis, prontuários

---

<sup>1010</sup> De acordo com a Portaria nº 3588/2017 (Art. 50-J), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia ambulatorial para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados.

<sup>1011</sup> Cujas descrição é feita aqui no sentido de apontar, desde já, um primeiro fluxo da dinâmica daqueles que frequentam o local.

guardados, além de algumas cadeiras, e duas ou três prateleiras, para guardar as agendas dos profissionais que ali atendem, principalmente psicólogos e psiquiatras. É na secretaria que se organiza a burocracia do serviço. Ela dá acesso a uma parte externa por uma porta cuja metade superior, na maioria das vezes, funciona como balcão de atendimento aos usuários, uma espécie de “janela”, através da qual os pacientes comunicam todo tipo de coisa, diretamente ligada ou não ao serviço. Os avisos às pessoas que chegam são dados pela secretária e por outros profissionais, praticamente sem intervalo. Não se trata apenas de perguntas sobre algo ligado ao acolhimento, mas sobre as consultas, para pedir uma caneta, para perguntar se o “doutor” chegou, etc. Pergunta-se de tudo no balcão.

É importante destacar que não havia uma sala destinada unicamente aos psis, nem à equipe como um todo. Assim, em muitas situações, me encontrei com os profissionais da equipe na recepção da secretaria, onde as conversas costumavam acontecer e era possível ter algum grau de privacidade em relação aos usuários, que ficavam no lado de fora. Neste dia, em especial, não pude participar do acolhimento<sup>1012</sup> de uma usuária que estava sendo recebida na instituição. Como, além de mim, havia uma estagiária, eu deveria esperar uma próxima paciente, fazendo um revezamento com a estagiária. A psicóloga considerou que era melhor não ficarmos três (psicóloga, estagiária, além de mim) diante de uma única paciente. Foi aí que descobri que o clima naquele local era mais descontraído se comparado aos outros, que os assuntos não giravam, na maioria das vezes, em torno de nenhum caso. Foi aí que pude obter também uma visão um pouco mais clara do modo como eu era percebido na instituição.<sup>1013</sup> Enquanto observador-participante, foi ali, enfim, que pude conversar com quem está “dentro” da equipe: não só os psicólogos ou psiquiatras, mas também as acompanhantes domiciliares (as “ADs”)<sup>1014</sup> e, naturalmente, a própria secretária.

No dia em que Patrícia me apresentou à equipe, nenhum dos aspectos mais diretamente relacionados à convivência foram observados nem estavam disponíveis para mim. Na manhã daquela sexta-feira, dando os primeiros passos na instituição, minha percepção se reduzia, pois, à sala da reunião, cenário composto, ao fundo, por armários de ferro antigos, uma geladeira antiga num canto e uma mesa grande de madeira colorida,

---

<sup>1012</sup> Tratamos mais à frente sobre o que é o “acolhimento”.

<sup>1013</sup> Assunto que abordo mais à frente. Vale adiantar que minha inserção na equipe variou de modo considerável ao longo de todo o trajeto. Paralelamente a isto, a maneira como os profissionais me percebiam e entendiam, inclusive, a minha pesquisa.

<sup>1014</sup> Como veremos, o quadro da equipe variou ao longo do percurso da pesquisa. Por exemplo, em dado momento da pesquisa, esta secretaria foi substituída por um secretário.

no centro, ornamentada à primeira vista com trabalhos de artes plásticas. A sala possuía duas portas, uma que dava para um espaço bastante arborizado e outra porta, para outra sala, menor, onde os atendimentos ocorriam ao longo da semana. Além disso, café e opções de pães e biscoitos ficavam disponíveis à mesa. Com o passar do tempo, descobri que eles nunca faltavam nas reuniões de equipe.

Passava um pouco das 9 horas, quando a reunião começou. Minutos antes, quase casualmente, me encontrei com Patrícia no lado de fora. Ela me disponibilizou uma cadeira, cumprimentei alguns membros da equipe, sentei-me e esperei que a discussão começasse. Tão logo, a reunião se iniciou, Patrícia propôs uma rodada de apresentação, com nome e função de cada um, para que eu pudesse ter um primeiro contato com o grupo. Só depois, Patrícia abriria um espaço para eu apresentar a pesquisa, após três ou quatro casos serem discutidos. Senti-me mais confortável com isso. Chegada a hora, eu deveria explicar em resumo o que estava pesquisando.

Acompanhei a discussão dos primeiros casos. Ao meu lado direito, reconheci uma psicóloga. Era a mesma que estava presente por ocasião do desastre no morro, ocorrido há pouco menos de um ano, já descrito neste trabalho. Esta psicóloga estava de plantão no posto do médico de família, na primeira semana após o desastre. Não tomei, porém, a liberdade de me dirigir a ela. Nossos olhares não se cruzaram e também não tinha certeza de que se lembraria de mim após cerca de um ano. Até então, nada me parecia ser importante para o tema da pesquisa. Não havia pacientes presentes. Ali só estavam os profissionais. Para onde deveria dirigir o meu olhar naquela pequena sala? O que observar? A reunião se inicia com comentários aparentemente avulsos e logo a pauta foi preenchida a partir de comentários do tipo “quero psicólogo para a bipolar grave”, da psiquiatra. Gradualmente, a pauta foi registrada pela coordenadora, aliás, como foi feito a cada reunião de equipe da qual participei por mais de dois anos.

O primeiro caso é o de um psicótico, nas palavras da psicóloga que o acompanhava. Trata-se de Roberto, vindo do Ceará. Ele havia sido encaminhado para o hospital psiquiátrico<sup>1015</sup>, local onde estava sendo acompanhado. “Não é um paciente *borderline*”, complementa o psiquiatra Fernando, que também cuidava do caso. A psicóloga Rita recomenda que escrevesse quando não estivesse bem, já que ele “diz na

---

<sup>1015</sup> Este é o mesmo hospital ao qual nos dirigimos por ocasião da reunião com a coordenadora do setor de pesquisas na rede. Destacamos que a partir daqui, quando nos referirmos ao hospital psiquiátrico, estaremos indicando a mesma instituição.

carta que tem tido muitos pensamentos de suicídio”. Trouxe para a última consulta uma carta em que dizia “que não está mais aguentando, que já decidiu se matar”. Rita afirma ter dito que o mesmo pode “contar com o acolhimento do hospital”. Fernando se contrapõe: “O acolhimento não está sendo oferecido. Inúmeras vezes, ele já foi lá. Não recebeu este acolhimento e mesmo assim não surtiu”. Ele afirma isso, porque um paciente *borderline* reagiria de forma violenta numa situação como essas. É importante mencionar que, para ele, o paciente dizia que tinha alucinação, mas não dizia isto para Rita. Patrícia pergunta onde está a psicose dele. Respondem: “A escuta dele é desorganizada (...), a fala é desorganizada. (...), ele é esvaziado (...), é esvaziado”. O adjetivo “esvaziado” parece ser um termo importante na descrição do paciente, o que “confirmaria” ou daria mais suporte ao diagnóstico de psicose. Aliás, o diagnóstico específico da psicose (como pude perceber muito paulatinamente, ao longo de meu convívio ali) poderia ser percebido de muitas maneiras, fosse, por exemplo, por um tipo específico de “olhar”, fosse por uma fala onde não se verificava a presença de “metáforas”. Ainda sobre o paciente Roberto, Rita complementa que suas queixas também não são organizadas. A psicóloga acrescenta: “Na carta, o paciente menciona muito a falta do pai”. E diz mais à frente: “Existe uma história também de abuso na infância pelo padrasto e também pelo vizinho”. Perguntam: “Este padrasto ainda existe?” Não se sabe. Fernando complementa: “Teve o surto psicótico a partir da morte de um amigo. Ele abriu este quadro a partir deste amigo”. Também pediu que escrevesse tudo, quando se sentisse mal e ressalta que tudo que Roberto fala é a partir de algum estímulo dado pelo próprio psiquiatra.

Até este momento, os demais presentes só ouvem, inclusive eu. Patrícia é a única a comentar a fala da psicóloga e de seu colega psiquiatra.<sup>1016</sup> Pergunta o que estabiliza o paciente. A psicóloga comenta: “Fernando é uma boa referência”. E complementa: “O paciente já teve associação com o tráfico”. A despeito do abuso sexual na infância pelo padrasto e o vizinho, e de sua associação com o tráfico, sua maior queixa é o “abandono”. Comentam: “Ninguém o leva a sério”. Patrícia sugere que chamem a mãe para ouvir mais sobre a história, de se aproximar mais desta história. Rita dispara: “Ele é sensível”. Fernando acrescenta que ele não aprofunda relação nenhuma, o que fala sempre é raso,

---

<sup>1016</sup> Há uma dinâmica já presente aí, embora só tenha percebido e me dado conta da constância de tal dinâmica meses depois. Após os informes, discutem pormenorizadamente os casos. Outro elemento importante da dinâmica é o protagonismo da coordenadora do serviço durante as discussões. Aparentemente, tal protagonismo se relaciona com a própria função de coordenadora, uma vez que, meses após Patrícia ter se desvinculado da equipe, a coordenadora que assumiu a função continuou com evidente posição de destaque.

superficial. E conclui: “A fala dele não tem tratado de questões do passado, do estupro (...), isto é o que está prejudicando ele, pois fica voltando nisso”. Rita diz que “ele não suporta falar sobre este passado doloroso”. Patrícia dispara: “Falar sobre isso só iria prejudicar”. Outra psicóloga complementa: “Ele não é um neurótico, que poderia elaborar”.

Em seguida a este caso, foram discutidos outros, como o da paciente com depressão, tentativa de suicídio e bulímica, outro de retardo mental, outro de uma jovem de 19 anos, internada no hospital, diagnosticada com transtorno de personalidade. Em todos eles, as dúvidas eram de variadas ordens: relativas à ordem de encaminhamento, se destinava o paciente para um CAPS ou se ficariam com o caso, se indicavam neurologista para o caso de retardo, o que fazer com o caso de transtorno de personalidade esquizoide, onde não havia necessidade de medicação. Até este momento, alguns temas importantes eram por mim destacados, como o tema do abuso sexual, o envolvimento dos pacientes com tráfico de entorpecentes ilegais, a presença de um vocabulário, seja classificatório (psicose, transtornos diversos, depressão), seja pelos sintomas, seja pela importância de se considerar o passado no manejo de tratamento, além de outras questões que se mostraram recorrentes nas discussões, tal como a questão de quando compartilhar o caso com o CAPS, além dos encaminhamentos para internação no hospital.

Patrícia me dá a palavra. Apresento, finalmente, o motivo da minha presença e meu intuito de pesquisa. Uma das psicólogas me interrompe, mostrando algum entusiasmo em falar sobre suas experiências clínicas com vítimas de atentado nos anos 1990. Lembro-lhe que já havíamos nos encontrado no desastre ocorrido no ano anterior e, finalmente, ela se lembra de mim. Ao lado, outra psicóloga dispara: “Que tipo de trauma?” Enquanto eu me preparava para a resposta, ela se adianta: “Tipo aquele do BOPE subindo?” Enfim, casos breves são relatados, todos ligados à violência. Em tom de ânimo e, de certa forma, apoiando o tema, mencionam: “Todos aqui temos casos como estes.” Mencionam o caso de uma paciente, por exemplo, que lidou com traficantes, que “havia ficado em cárcere privado” recentemente. Há uma efusão de comentários após minha breve apresentação. A princípio, isto me pareceu indicar um interesse geral compartilhado pelos profissionais da equipe sobre o tema do trauma. Além disso, registro que fiquei impressionado com a acolhida à minha pessoa e ao tema. Falas como “eu tenho muitos casos de trauma” aconteceram durante aqueles poucos minutos, muito embora ninguém tenha mencionado o termo até este momento da reunião. Uma psicóloga confessa: “Hoje em dia se ouve pouco sobre trauma, antigamente falávamos mais”.

Antes mesmo do fim da reunião, continuaram com mais alguns casos e as discussões de supervisão sobre os mesmos. Uma senhora cujo filho morreu em acidente de automóvel há três anos, procurou atendimento nas últimas semanas por causa da separação do marido. Logo após a psiquiatra relatar sobre a expressão típica de depressão da paciente e lembrar que “alguma coisa se desorganizou com essa separação”, uma outra psicóloga se dirigiu a mim e falou: “Olha o trauma aí<sup>1017</sup>” de onde Patrícia, coordenadora, finaliza: “É preciso elaborar este luto”.<sup>1018</sup> Em seguida, ao final da reunião, convidaram-me para estar presente numa “recepção” que ocorreria logo após, naquele mesmo local, a uma hora da tarde. A sala de reunião se “transformaria”, como pude verificar depois, em “sala de recepção”, isto é, de recepção de uma certa quantidade de possíveis usuários candidatos a iniciarem algum tratamento disponível. Além disso, Patrícia me confirma que isso me dará a possibilidade de estar presente em atendimentos e checar prontuários.

### 3.5 Identidade de pesquisador

Além das reuniões de equipe realizadas nas sextas-feiras pela manhã, no início de minha incursão, passei a acompanhar a psicóloga Carolina nos acolhimentos de segunda-feira, às oito horas. Sempre em sua presença e também, em algumas situações, acompanhados de uma estagiária de psicologia, recebíamos pessoas que procuravam tratamento ali pela primeira vez. Durante os acolhimentos, sentávamos atrás de uma mesa de madeira grande, enquanto o paciente era convidado a se sentar numa outra, em frente. Diferentemente da reunião de equipe, onde, na maior parte do tempo, eu simplesmente acompanhava as discussões, durante o acolhimento, fui convidado a participar mais ativamente. Enquanto ela conduzia o acolhimento, eu costumava fazer minhas notas no caderno de campo. Ficava em silêncio na maior parte do tempo em que ela conduzia suas intervenções junto aos pacientes.

Ao final de praticamente todos os acolhimentos, Carolina perguntava se eu queria fazer alguma pergunta adicional ao paciente. Mesmo imaginando e sentindo que talvez

---

<sup>1017</sup> Como se estivesse brincando. Em algumas situações em que o trauma foi referido, foi trazido com um tom de humor. Por exemplo, nessa passagem, a psicóloga brincou rapidamente comigo com o fato do trauma ter aparecido ali. Isto talvez já indicasse uma forma do trauma aparecer naquelas narrativas. Em outras situações em que vi o trauma surgir sob a forma de humor, o termo foi referido a experiências em que os próprios membros da equipe vivenciaram. A título de exemplo, quando houve uma pequena explosão causando incêndio no ambulatório e alguns membros da equipe tomaram um grande susto.

<sup>1018</sup> Vale apontar, o exemplo do termo luto anteciparia algo que nos deparamos posteriormente, a importância de um olhar psicanalítico sobre os casos ali tratados.

ela quisesse que eu me colocasse mais ali, não só como pesquisador realizando trabalho de campo, mas como um tipo de pesquisador psicólogo também *atuando* em campo, e embora correndo o risco de frustrá-la, em raras ocasiões senti necessidade real de fazer alguma pergunta adicional aos pacientes.

Situações como esta ilustram algo que se repetiu em muitos momentos durante a pesquisa, como se houvesse um movimento de modo a me levar mais para o lado da equipe profissional do que para o contato mais direto e simétrico, com os pacientes, na esteira do que Fleischer<sup>1019</sup> e Fonseca<sup>1020</sup> relataram sobre suas respectivas pesquisas. Embora, como veremos à frente neste trabalho, minha posição tenha oscilado significativamente durante a pesquisa, certamente estive mais associado à posição de “alguém da equipe” e não, por exemplo, como um possível usuário. Assim, minha experiência é distinta da relatada por Fleischer, quando ela própria foi confundida com usuários, com “mascates, talvez pela grande bolsa que trazia a tiracolo, talvez pela identidade ambígua de estar ali dentro toda semana, mas não bater ponto nem assumir as tarefas a serem feitas para que o serviço funcionasse”<sup>1021</sup>. Também se distingue da experiência referida por Toniol<sup>1022</sup>, cujo estatuto de usuário foi estabilizado apenas pelo fato dele frequentar o lugar onde o serviço de terapias alternativas era oferecido, já que estaria sendo submetido às mesmas “energias” e “frequências” que os pacientes. Por outro lado, foi semelhante à referida, ainda, por Fleischer<sup>1023</sup>, uma vez que, ainda que tivesse sido “confundida” com os usuários do centro de saúde onde realizara a pesquisa, na maior parte das vezes era bem evidente a distinção entre ela e tais pacientes. E por fim, podemos nos aproximar ao trabalho de Fonseca<sup>1024</sup>, segundo a qual se via constantemente “empurrada para cima”, em seu campo, atribuindo tal movimento em direção à equipe de profissionais pelo fato de ser branca e de classe média.

Em certo dia, em uma manhã em que participava de um acolhimento, como Carolina estava com a mão machucada, ela me pediu, enfim, que preenchesse a ficha de acolhimento da paciente. Talvez tenha sido este o primeiro momento em que me foi posta

---

<sup>1019</sup> Soraya Fleischer. **Descontrolada**: uma etnografia dos problemas de pressão. Brasília: EdUFSCar, 2018.

<sup>1020</sup> Cláudia Fonseca. Algumas reflexões antropológicas sobre uma maternidade hospitalar francesa. In: Fleischer, Soraya; Medeiros, Bartolomeu F. de; Tornquist, Carmen Susana. (orgs.). **Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e a saúde popular**. Ilha de Santa Catarina: Editora da UDESC, 2010.

<sup>1021</sup> Fleischer, op. cit., p. 48.

<sup>1022</sup> Rodrigo Toniol. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In: Jaqueline Ferreira; Soraya Fleischer. (orgs.) **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 151-179.

<sup>1023</sup> Fleischer (2018).

<sup>1024</sup> Fonseca (2010).

uma ocasião, não desejada e nada planejada até este momento, de estar não somente como um observador livre e “privilegiado”<sup>1025</sup> do campo, mas alguém com um certo compromisso a mais. Topei a proposta. Não exatamente por desejo próprio, fruto de uma vontade anterior, mas como algo que simplesmente ocorreu no campo por uma contingência. Talvez até mesmo por um certo olhar sobre mim – por parte da psicóloga - ali naquele contexto. O fato é que isso evoluiu, de modo que, entre um acolhimento e outro, me vi observando, junto com a psicóloga, alguns aspectos mais de cunho clínico os quais, na percepção desta, eram pertinentes.

Outro momento que associo a este, e merecedor de destaque, ocorreu quando recebemos uma pessoa conhecida de Carolina (na verdade, uma amiga que me pareceu bem próxima a ela), e onde o olhar “de um outro psicólogo”, na visão dela, talvez fosse necessário, a fim de melhor avaliá-la. O curioso a ser apontado é que, sabendo que eu era psicólogo de formação e devido à sua proximidade na relação com esta paciente, ela pediu para que eu literalmente conduzisse o acolhimento, que naquele momento se tornou algo como um atendimento psicológico. Como, em sua opinião, a consulta “foi boa”, disse que eu “deveria ser mais utilizado ali”, uma vez que “a prática clínica institucional a impedia de ver por outros ângulos”, além do que “alguém de fora ajuda justamente nisso”.

Assim, minha “identidade”<sup>1026</sup> em campo, digamos, começou a ser moldada, já que eventos como estes pareceram ter produzido uma percepção comum entre os outros membros da equipe, como Patrícia (coordenadora) e as outras psicólogas. Minha impressão foi a de que, cada vez mais, fui me “tornando alguém da equipe”<sup>1027</sup>, a ponto de ter sido não só muito bem acolhido mas, inclusive, convidado a substituir Carolina, em certo estágio da pesquisa, quando a mesma comunicou à coordenação que sairia deste trabalho, em vias de seguir com outros projetos profissionais.<sup>1028</sup> Por fim, ainda a título

---

<sup>1025</sup> Este termo me foi sugerido por Patrícia, coordenadora da equipe. Aliás, segundo ela, uma de suas colegas havia lhe perguntado “o que eu anotava” tanto em meu caderno. Lembrando o episódio, Patrícia respondeu algo do tipo na conversa: “Ele está aqui sem o compromisso do manejo. E pode enxergar outras coisas que não vemos.”

<sup>1026</sup> Aos moldes dos quatro eixos propostos (entre os quais o “identidade em campo”) por Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira, em sua coletânea organizada sobre etnografias em serviços de saúde. Cf. Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira. Apresentação. In: Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 11-32.

<sup>1027</sup> Em várias ocasiões, ouvi de diferentes profissionais, “você é da equipe”.

<sup>1028</sup> No fim de fevereiro de 2020, fui convidado a substituir a psicóloga. Tratar-se-ia de um vínculo de contratação como psicólogo efetivado na equipe. O convite, à época, foi suspenso como um dos efeitos da pandemia. Nos meses seguintes, o convite foi realizado novamente, mas recusei, tendo em vista a própria situação de vulnerabilidade dos profissionais gerada pela pandemia, e os possíveis efeitos (não controláveis) sobre a própria pesquisa, que ainda estava em andamento.



de ilustração do modo como se deu a evolução de minha inserção na equipe, bem como passei a ser percebido pelos seus membros, destaco o dia em que se realizou um grande café da manhã, com direito a “amigo oculto” de fim de ano, entre os profissionais e vários pacientes, além do delicado momento em que Patrícia avisou que sairia da coordenação. Neste dia, como em nenhum outro, senti uma alteração negativa no ambiente, que o entusiasmo baixou nos profissionais da equipe e que, me deparando com um afeto inesperado, eu mesmo senti bastante.

Como veremos, meu lugar na equipe, isto é, o conjunto de maneiras pelas quais os próprios profissionais me enxergavam, entendiam o problema pesquisa, o acesso que eu tive às diferentes instâncias da dinâmica de trabalho e a própria maneira em que eu me percebia naquele pequeno mundo, foi alterado significativamente ao longo do percurso da pesquisa, que durou um pouco mais de dois anos. Foi assim que, por exemplo, com o advento da pandemia, cada vez mais me senti apenas como um “pesquisador”, bem mais afastado, se comparada a experiência deste início. Por outro lado, com o meu retorno ao campo, após a vacina contra o coronavírus, mais uma grande mudança ocorreu neste lugar, uma vez que os laços com o campo, com os profissionais, pacientes e outros profissionais que estavam para além do ambulatório, foram atualizados, tendo sido remodelados e aprofundados.<sup>1029</sup>

### **3.6 Formação da equipe e alguns aspectos das articulações e dinâmicas de trabalho**

Apontarei nesta parte alguns aspectos que elucidam a dinâmica dos trabalhos da equipe. É uma equipe grande, com cerca de trinta profissionais ao todo, algumas flutuações entre profissionais contratados e que, em algum momento, se desvincularam. Pude acompanhar cerca de treze psicólogas. Onze foi o número mais constante atendendo no mesmo período, oito médicos, também com algumas flutuações durante o período em que estive lá, uma assistente social, duas acompanhantes domiciliares e uma enfermeira que fez parte de seu estágio em residência nos primeiros meses de minha pesquisa. Em média, 800 pacientes estão ativos<sup>1030</sup> e são tratados pela equipe. Além dos atendimentos psicoterápicos e psiquiátricos, os casos são também, em grande parte, acompanhados pela

---

<sup>1029</sup> Para as respectivas mudanças em minha identidade no campo, remeto o leitor aos itens 3.14.1 Mudanças na pesquisa e 3.15 Retorno ao campo no modo presencial.

<sup>1030</sup> Informação de julho de 2020.

assistente social e as acompanhantes domiciliares que, entre diversas funções, realizam as visitas nas residências de alguns pacientes.

Os casos são supervisionados por uma supervisora clínica, regularmente presente nas reuniões de equipe de sexta-feira, e por um supervisor clínico convidado especificamente para tratar dos casos infanto-juvenis. O número de articulações com o território parece infundável para um visitante que não tinha quaisquer experiências de trabalho numa instituição de saúde mental como esta. Além das articulações mais óbvias, como a já citada com o hospital psiquiátrico, o ambulatório possui uma gama extensa e complexa de outras articulações, das quais destacamos a própria policlínica onde o ambulatório se encontra (que possui, digamos, um núcleo próprio de atendimento psicológico para casos entendidos como menos complexos), e outros serviços institucionais, onde se destacam aqueles dos diferentes CAPS, CRAS, CREAS, setor da Justiça, o médico de família, bem como o setor municipal de vigilância em saúde (responsável, entre outras funções, pelas notificações de violência, autolesão e tentativa de suicídio), além do setor escolar, entre outros. Com o passar do tempo, pude entender mais claramente esta trama, não tanto pelo que foi explicado, mas pelo que realmente acontecia, pela atividade concreta e pelo cuidado em saúde mental efetivado na prática por todos os envolvidos.

Normalmente, a reunião de equipe, com raras exceções, ocorre com passos em sequência. Primeiramente, decide-se quem fará a ata da reunião, passa-se aos informes (de duração mais breve) e, depois, a discussão propriamente dita dos casos, que demora mais, realizada pela supervisão. A partir desta, decide-se quais são os encaminhamentos a serem feitos, por exemplo, as indicações de psicólogos para os casos recém-chegados da recepção ou algum outro tipo de manejo clínico ou institucional necessário em casos já em tratamento.<sup>1031</sup> Vale destacar que a equipe como um todo se dispõe a contribuir, de alguma forma, no manejo dos casos. Uma parcela menor destes (em geral, de maior gravidade e complexidade) é reservada para discussão sob supervisão de algum dos dois supervisores interinstitucionais mencionados.

Ainda na descrição da dinâmica da equipe, notamos que o protagonismo de alguns profissionais durante a reunião se ressalta, principalmente da coordenadora em exercício e da supervisora, protagonismo verificável pelo tempo de fala de cada um. Em geral,

---

<sup>1031</sup> Como a necessidade de encaminhamento para internação de pacientes em situação de crise ou o acompanhamento compartilhado do caso com outra instituição, como o CAPS.

observei que os profissionais da psicologia falavam mais que outros, entre os quais, alguns permaneciam calados na maior parte do tempo. Outros exemplos dessa dinâmica puderam ser notados em ações mais subliminares, ações que se localizavam numa espécie de fronteira entre aquilo que é dito e o que não é. Antes da reunião começar, por exemplo, decide-se quem irá preencher a ata. Um dia, neste momento em que ainda se decidia, a psiquiatra pergunta: “Médico também preenche ata?” Patrícia, como coordenadora, esclarecendo em tom de brincadeira, responde: “Não acredito que você está me perguntando isso! Todos são iguais. Médico também é gente.”

Outros dois exemplos são ilustrativos também de uma certa diferenciação e talvez, uma hierarquia, entre os membros. No início de nossa incursão no ambulatório, reparamos que tanto a assistente social como os acompanhantes domiciliares sentavam mais perto da porta de entrada. Aos poucos, entretanto, principalmente após o período da pandemia, isto é, quando retornamos todos a realizar as reuniões de maneira presencial<sup>1032</sup>, percebi que esta dinâmica diluiu, ou talvez tenha sido completamente extinguida. Por outro lado, psicólogos e psiquiatras ocupavam fisicamente a sala de forma mais homogênea, incluindo os lugares mais ao fundo, de mais difícil acesso. Ora, sentar mais ao fundo da sala exigiria “atravessá-la”, passando pelas cadeiras ao redor da mesa, algo que pudesse evidenciar a presença corporal do profissional na dinâmica de trabalho daquele encontro. Embora muito sutil, e talvez algo que pudesse ser especulativo de minha parte, acredito que a invariabilidade desta “dinâmica” corporal durante a reunião não fosse casual, mas por certa demarcação dada pelo lugar e a função do profissional na equipe.

Vale notar que na equipe não havia psicólogos homens durante um bom período de tempo. A presença de homens era, portanto, restrita à profissão médica. Quanto ao componente de raça, não havia negros compondo a equipe psi. Somente uma acompanhante domiciliar era negra.<sup>1033</sup>

Nas reuniões de equipe nunca faltavam os itens comestíveis à mesa, misturados com as agendas dos profissionais e os prontuários selecionados previamente à reunião. Nesta dinâmica, notamos que, paralelamente à discussão dos casos, muitos consultavam os respectivos celulares para acesso das diferentes redes sociais. Pareceu-nos que, ora os

---

<sup>1032</sup> Observações derivadas do período pandêmico são abordadas mais à frente, neste trabalho. Cf. 3.14 Pandemia de coronavírus e a mudança brusca na pesquisa.

<sup>1033</sup> Em algum momento, aproximadamente um ano após iniciarmos a pesquisa, um psicólogo negro foi contratado, substituindo uma das psicólogas.

itens comestíveis ora os celulares, serviam, certamente, como formas de sociabilização, mas também, em algum nível, como via de regulação da sobrecarga e do estresse vivido pelos profissionais.

Vários pontos da rotina da equipe de trabalho, constantemente, foram temas a serem revisitados, reexplicados, o que nos dava a impressão de que, embora fossem atos rotineiros e repetidos a cada semana, persistiam as dificuldades de compreensão em relação ao modo certo de fazê-los. Assim, muitas vezes os *informes* se tornavam verdadeiras *discussões de casos*, o que era considerado um problema para o qual inúmeras vezes a coordenadora chamara atenção. Ora, informes seriam “comunicados mais curtos”, pontuais, enquanto as discussões sobre os casos deveriam ser reservadas ao momento apropriado, isto é, não no início mas no meio da reunião.

Ainda no campo dos exemplos, destacamos a dificuldade de entendimento sentida pelos profissionais, bastante presente, do que seria a recepção e o acolhimento de novos usuários de serviços, e de como definir claramente os critérios para determinar quais pacientes seriam admissíveis no setor de saúde mental (o desta equipe) e quais deveriam ser encaminhados para outros tipos de tratamento, como o serviço de psicoterapia da policlínica na qual o ambulatório está inserido.

### **3.7 Questões recorrentes na equipe: algumas das práticas e definições**

**“Você não pode continuar vindo aqui e voltar a repetir isso que você está dizendo. O trabalho da recepção é fazer furo, é buscar alguma associação, perceber algum negócio ali e fazer uma interpretação mais direta”.**

**[Patrícia, psicóloga da equipe]**

Logo ao chegar ao ambulatório, fui direto à secretaria onde estavam a secretária, a coordenadora da equipe, uma das estagiárias de psicologia e a psicóloga que acompanharia na entrevista dos novos potenciais usuários. Curiosamente, neste momento, reparei que todos encontravam um jeito de ocupar fisicamente a pequena sala da

secretaria, onde, do lado de fora já se encontravam pessoas à espera do horário para o acolhimento.<sup>1034</sup>

Acompanhamos a maior parte dos chamados acolhimentos às segundas-feiras, às oito horas da manhã. Vários potenciais pacientes chegavam bem antes do horário marcado, alguns às sete ou até mesmo antes, às seis e meia, conforme me foi dito em algum momento. Assim, no dia do acolhimento, apenas duas pessoas eram “acolhidas”, podendo ser encaminhadas ou não para a fase seguinte denominada “recepção”. Era assim, então, que quase em um instante, por volta das oito, ambas as vagas disponíveis do acolhimento imediatamente eram preenchidas.

Às pessoas que ficavam de fora recomendava-se retornar em algum horário de acolhimento futuro, num próximo dia. Do lado de fora, via a parte dos pacientes sentados no banco de cimento, imediatamente em frente à portinha da sala da secretaria, cuja metade superior em aberto, como foi dito, funcionava como uma espécie de balcão de atendimento. Outros, por outro lado, caminhavam naquele pequeno espaço próximo à secretaria parecendo um pouco mais aflitos, como um paciente que percebi andar de um lado para o outro, um pouco curvo corporalmente e agitado. Este paciente, em especial, era branco. E não estava ali para o acolhimento. Esperava por consulta, já que, às vezes vinha à “janela” do balcão perguntar se o Dr. Fernando havia chegado. Próximo dele, uma senhora negra, parecendo bem apática, pergunta também pelo Dr. Fernando. E ainda uma outra moça, branca, bem arrumada, junto a um rapaz que julgo ser o seu namorado. Descobriria depois que este casal havia sido encaixado pelo próprio Dr. Fernando. A rigor, ela fora atendida por ele, primeiramente, na rede particular, e depois encaminhada para avaliação e possível acompanhamento no ambulatório. Observo, em especial, que essa moça entra diretamente para a consulta com o psiquiatra em algum momento seguinte. Descubro, por acaso, que parte dos pacientes entrava não somente pelo acolhimento oficial, mas também por outras vias de entrada, como neste caso, mas também outros considerados graves que “batiam à porta” do ambulatório, “sem pedir licença”, e que, pela urgência, eram recebidos e encaminhados para consulta com algum psiquiatra, num momento posterior.

---

<sup>1034</sup> Algumas questões eram trazidas recorrentemente à tona para discussão nas reuniões de equipe, afim de esclarecimento sobre suas definições, sentido e importância, na dinâmica de trabalho. Entre essas questões, destacou-se a diferenciação entre o acolhimento e a recepção. Este subcapítulo trata dessa parte da dinâmica de trabalho da equipe.

Neste dia, em especial, cheguei a participar do acolhimento da jovem “encaixada” no ambulatório. Isso ocorreu após ter acompanhado aqueles feitos pela psicóloga Carolina. Situando-me ao lado da coordenadora Patrícia, “acolhemos” esta moça. Aprendi então que isso não era incomum na prática do dia-a-dia do ambulatório. Alguns acolhimentos, dependendo de alguns critérios, como, se houve algum tipo de encaixe, se é um caso muito urgente ou se o paciente possui algum tipo de contato prévio com um membro da equipe, poderiam ser feitos além das duas vagas das oito da manhã. Assim, muitos dos novos pacientes eram acolhidos emergencialmente, sem hora marcada, mas chegavam, também, encaminhados por um setor municipal especializado na notificação de casos de violência, autolesão e suicídio ocorridos em diferentes instituições do município (hospitais, por exemplo), pelos diversos módulos do médico de família que faziam parte deste território, ou pelo serviço de emergência do hospital psiquiátrico<sup>1035</sup> próximo.

Ainda pela manhã, neste mesmo espaço do lado de fora, contíguo à secretaria, ouço desabafos e espécie de desaforos. Tratava-se de um senhor na faixa dos 50 anos, branco e bem arrumado, frustrado porque não conseguira vaga no acolhimento. Estava a procura “somente de psiquiatra”, não queria psicólogo, já que seu plano de saúde “cobria psicólogo”, e estava indignado por apenas duas pessoas por dia serem atendidas. Tanto a secretária como a enfermeira residente foram muito pacientes. Explicaram-lhe que tal “burocracia”, o número aparentemente pequeno de vagas por dia de acolhimento, tinha um motivo e que outras pessoas ao longo da semana também seriam recebidas, “totalizando seis”, “e que todas elas seriam recebidas na recepção em horário marcado fixo na sexta-feira”. Em condições normais<sup>1036</sup>, os horários fixos, estabelecidos em três dias diferentes da semana, eram estabelecidos para que os novos usuários entrassem no processo de admissão para tratamento.

Não havia um perfil socioeconômico único dos pacientes. Ele mudara bastante nos últimos anos, como a coordenadora da equipe me relatou numa entrevista<sup>1037</sup>:

Tem um fenômeno de ordem muito recente, de três ou quatro anos, que é o seguinte: a gente sempre recebeu pessoas de classe média, classe média alta, pela localização deste ambulatório,

---

<sup>1035</sup> A rede de saúde mental de que faz parte este ambulatório é marcada por uma característica importante, a de possuir como um dos principais polos de recepção de pacientes este hospital psiquiátrico.

<sup>1036</sup> Mais à frente, ficará mais claro o que estamos chamando de condições normais. Adiantamos que toda a dinâmica de trabalho da equipe, incluindo os serviços de acolhimento e recepção, foram profundamente alterados com o surgimento da pandemia do coronavírus, capítulo abordado mais à frente.

<sup>1037</sup> Entrevista concedida em novembro de 2019. As passagens citadas aqui foram gravadas em áudio, com autorização prévia concedida pela profissional.

mas sempre em situações gravíssimas. A baixa e a média complexidade tratava-se no privado. A gente sempre percebeu que os psicóticos, paranoicos mais delirantes... que tinha alguma coisa que o privado não dava conta. A família não dava conta de pagar a intensidade necessária. É um serviço que não tem essa amarração. Então, a gente ficava com a clínica bem grave, psicopatologicamente falando.

Antes, somente uma parcela da classe média, que realmente não podia ser bem atendida na dinâmica de um consultório particular, frequentava o ambulatório em busca de uma equipe mais qualificada, de atendimento multidisciplinar para o tratamento adequado desses quadros mais graves. A coordenadora aponta que a mudança ocorreu a partir do “golpe de 2016”, quando “a economia vinha muito ruim. E aí, no acolhimento e na recepção, as pessoas passaram a chegar já com tratamentos em andamento”. Elas diziam: “Eu perdi minha possibilidade de manter e vim pra cá por isso”. Brincando, ela destaca o que a parcela mais abastada da população começou a dizer: “Até que vocês são legais né, achei que isso aqui não funcionasse”. Foi a partir de 2016, segundo a coordenadora, que foi possível ver no ambulatório “nitidamente pessoas com uma situação econômica muito simples, com dificuldade de falar, de instrução, ao lado de pessoas muito bem vestidas”. E era isso que estávamos vendo ali na nossa frente.

É para o primeiro filtro chamado “acolhimento” que se dirige este grupo heterogêneo da população, composto tanto pela parcela mais vulnerável, por moradores das comunidades de um amplo território, quanto por indivíduos da chamada classe média, agora, não só psicóticos, mas também os enquadrados nas neuroses. Foi assim que eu pude ter um contato mais direto com os pacientes, buscando entender de que forma alguns casos seriam considerados traumáticos pelos membros da equipe. Ou, por outro lado, como os casos que eu mesmo poderia imaginar se tratarem de traumáticos poderiam ser entendidos de uma outra maneira pelos profissionais. Foi acompanhando os discursos, as palavras utilizadas e o que ali se fazia que pudemos verificar tais processos de feitura ou não do trauma daqueles usuários.

Cabe apontar que o filtro do acolhimento era um ponto de passagem obrigatório para todos que requisitassem um tratamento no ambulatório. Caso o usuário não apresentasse os requisitos necessários a este tipo de serviço, seria encaminhado para outra instituição. Inevitavelmente, inúmeras discussões ocorriam e eu as presenciei em incontáveis reuniões de equipe. Por exemplo, quando a psicóloga Solange comentou numa delas que, em sua experiência anterior, trabalhando num CAPS, era “clara a questão que separa o acolhimento da recepção”. Ela disse: “No CAPS é muito claro: se é psicose, a pessoa fica para recepção agendada. Se há uma urgência, dependendo do caso, poderia

se iniciar já uma recepção.” Solange menciona o critério de gravidade do caso, ou seja, quanto maior fosse a gravidade, maior seria a indicação de que o paciente pertenceria ao CAPS.

Por outro lado, no caso do ambulatório, os filtros seriam outros. No mesmo dia, após o comentário de Solange, estabeleceu-se uma verdadeira discussão sobre o tema. Isto nos mostrou que não estava pacificada a questão de qual era a diferença entre as funções do acolhimento e da recepção, nem o modo mais correto de proceder. Era comum, portanto, acompanharmos as discussões geradas pelas perguntas de algum membro da equipe sobre o que deveria ser feito ou não nestes dois momentos. A psicóloga Lúcia complementa: “Quando a gente acha que o paciente pode ser encaminhado para a policlínica, não se faz a recepção”. Queria dizer que não deveriam seguir para a recepção. Por policlínica, entende-se o serviço de psicologia realizado no mesmo prédio institucional onde funcionava o ambulatório de saúde mental, embora os pontos de contato entre um serviço e outro terminassem aí. A lógica da policlínica era fundamentalmente outra, porque, por exemplo, não havia neste tipo de atendimento uma orientação voltada para casos considerados complexos ou graves. Também não havia, entre os profissionais que compunham sua equipe, reuniões de equipe, algo que seria impensável dentro da lógica de cuidado em saúde mental, como era o caso da equipe do ambulatório. Frequentemente, verificamos a importância do encontro semanal dos profissionais compartilhando com os colegas as suas angústias, dúvidas e desafios.

No dia do debate sobre o tema levantado por Solange, ela questionou se os pacientes encaminhados à policlínica seriam os que “chegam com uma queixa claramente neurótica”. Lúcia diz que não, porque “tem vários neuróticos que fazem uso de medicação para relaxar (...) [enquanto] outros são mantidos não pela estrutura psíquica, mas pela condição social”. Para a psicóloga Tais, os pacientes, mesmo sendo neuróticos (e não psicóticos), seriam mantidos em tratamento no ambulatório (saúde mental) por fazerem uso de medicação psicotrópica e necessitarem, portanto, de acompanhamento psiquiátrico, em virtude da sua condição de risco, isto é, por apresentarem grau importante de vulnerabilidade social. E conclui: “Eu penso muito na questão do risco. Se é um paciente que está em risco, há uma necessidade de equipe multiprofissional”. Tânia, supervisora clínica, diz: “Se o critério é o diagnóstico, a gente se complica, mas a gente pode levar em conta a complexidade do cuidado”. Para Patrícia, se o tratamento “tem maiores articulações, se é um paciente que precisa vir toda semana, tem que ter conselho



tutelar etc, isso não pode ser da policlínica”. Enfim, ela diferencia o paciente atendido por eles do outro. O atendido pela policlínica deveria ser alguém

que é autônomo, vem sozinho, vem no horário. Uma coisa transitória que, um dia, ele vai embora. Ou seja, paciente psicótico não pode ser da policlínica. Ainda que a gente saiba que psicótico pode ter alta, é uma doença crônica em termos psiquiátricos. A gente precisa cuidar disso na saúde mental. Precisa dessa separação mesmo.

Por mais que a linha divisória dos diagnósticos fosse apontada como um possível divisor entre os usuários da saúde mental e os da policlínica, ela se mostra tênue. O critério diagnóstico seria menos importante do que a compreensão da gravidade do caso, levando em conta os aspectos do indivíduo e do seu entorno: contexto familiar e econômico-social. E isso implicaria na necessidade de uma dinâmica de cuidado capaz de lidar com tal complexidade. Carla, também coordenadora da equipe, localiza historicamente a origem do acolhimento:

Nem sempre tivemos acolhimento. Todas as pessoas anteriormente iam diretamente para a recepção. O acolhimento é uma ‘livre conversa’, onde se verifica se é do território e se está claro que é um caso para a saúde mental. Se a gente tem alguma dúvida, se é ou não...se é da saúde mental, a gente envia para a recepção. A recepção é uma segunda conversa. Ainda na recepção, pode haver a avaliação psiquiátrica, que é uma avaliação junto com os médicos, se há a necessidade de prescrição medicamentosa, seja do próprio psiquiatra ou de outra área médica (geriatria, neurologia etc).

Luciana, psicóloga, aponta para a importância de se estender a conversa, não tanto no sentido de se avaliar melhor o caso, mas no sentido da própria *implicação*<sup>1038</sup> do novo usuário neste processo: “É preciso dar um tempo ao sujeito para ele se ver com os efeitos do que ele disse (...), tem que estar muito claro que a gente não é emergência.” Ela aponta, portanto, além da dimensão da temporalidade, para a ideia de que há uma necessidade de uma conversa mais extensa, uma escuta com vários encontros, em contraposição aos poucos casos onde é possível “fechar a Gestalt”<sup>1039</sup> logo no primeiro encontro, bem como para uma característica que demarca e diferencia o serviço de um ambulatório de outros tipos de serviço de saúde mental, como num CAPS ou serviços de emergência psiquiátrica. Cabe, pois, destacar uma definição importante do que seria o acolhimento.

---

<sup>1038</sup> Como veremos, a ideia de implicação era norteadora para parcela importante das psicólogas desta equipe. Além disso, vale observar a ressonância entre as colocações desta psicóloga e as discussões sobre a clínica laciana, abordadas anteriormente neste trabalho. Para uma discussão sobre a questão da “urgência” e da abordagem do trauma, na clínica laciana, remeto o leitor ao capítulo 2.3 Psicanálise laciana e trauma, na presente tese.

<sup>1039</sup> Palavras de sua colega Solange durante a mesma reunião de equipe.

Luciana diz: “Seria breve. Não é longo e não se propõe a uma mobilização de processo subjetivo. Por isso que é diferente da recepção.”

Então, a recepção seria esse segundo momento, mais longo, um prolongamento do primeiro contato realizado no acolhimento. É algo de fato mais estendido. Patrícia afirma: “Não se encerra enquanto alguma coisa disso não cede, que é: *O que que você espera do tratamento?*”. A psicóloga enfatiza o que deve ser questionado ao novo usuário do serviço: “Se você veio, é que alguma coisa não anda bem. (...) E não *eu vim porque o Dr. Fulano me encaminhou*”. Mas, como se dirigisse diretamente ao paciente: “Você veio, você poderia ter se recusado. Você espera que a gente possa fazer alguma coisa com isso?” Claramente, a psicóloga remete à importância da implicação<sup>1040</sup> do paciente em seu tratamento e na necessidade do mesmo ver no ambulatório a possibilidade de dar outro sentido ao seu sofrimento. Ela explica:

Tem um tempo ali, que é do trabalho de recepção, que é o de fazer com que o sujeito decida se ele topa ou não topa. Esse é o trabalho de recepção. Ele não pode chegar com essa caixinha fechada esperando isso do tratamento, mesmo com psiquiatra, mesmo com psicólogo. A gente insiste no trabalho de recepção, e volta mais uma vez, etc. Ali é um tempo, nas entrevistas iniciais, que dá pra fazer um constrangimento, porque a gente está em dupla, não é uma relação direta com o profissional, não é necessariamente quem vai acompanhar. Tem um trabalho ali de provocar o sujeito a se decidir, que, às vezes, já num encontro no individual propriamente, numa psicoterapia ou no tratamento psiquiátrico isso é mais frágil. O profissional precisa ser mais cuidadoso, precisa ser mais lateral. Na recepção é como se a gente precisasse ser mais selvagem, você só pode passar daqui se você topar alguma coisa. Não é em qualquer condição, você não pode continuar vindo aqui e voltar a repetir isso que você está dizendo. O trabalho da recepção é fazer furo, é buscar alguma associação, de perceber algum negócio ali e fazer uma interpretação mais direta.

Para Carla, uma das psicólogas mais antigas da equipe, existiria uma especificidade no acolhimento: “Não seria nele [no acolhimento, mas sim na recepção] que podemos fazer um agendamento (...). Devemos sempre ver no final a questão do comprovante de residência.” O “comprovante de residência” se destaca nesta trama de falas e personagens. Aliás, vimos que vários pequenos papéis agiam contribuindo para materializar a dinâmica de trabalho e o movimento dos usuários naquele serviço. Era comum que muitos pacientes “arranjassem” um comprovante de residência da região para “provar” que eram daquele território. Para muitos dos pacientes que não moravam na região, o processo para se tornar um paciente do ambulatório dependia daquele papel e

---

<sup>1040</sup> A ideia de “implicação” ou do “sujeito implicado” é central e frequentemente presente no raciocínio clínico de grande parte das psicólogas deste ambulatório. Tal como pudemos acompanhar na parte teórica, entre estes profissionais este conceito também se apresentou de maneira importante, articulando-se com a visão destes profissionais sobre o tema do trauma.

isso só seria possível, se “burlassem” o sistema.<sup>1041</sup> Mas além do comprovante de residência, outros papéis (alguns fisicamente muito pequenos!) produzidos cotidianamente, como os diversos tipos de papéis carimbados, permitiam e construíam fluxos diversos dentro e fora dos muros da instituição. Por exemplo, com determinados papéis em mãos, carimbados por um profissional, permitia aos usuários circularem no posto, isto é, saírem – seja dos acolhimentos, seja das recepções - com as portas abertas para diversos outros tipos de tratamento médico oferecidos.

A importância dos papéis ainda pode ser percebida numa fala de Carla que, no momento em que assumiu a coordenação, desabafou: “Só tenho lidado com a questão dos registros, papéis... Tive a impressão de que se tiverem que cobrar algo, ou algo tiver que ser provado, não tem como, pois não está registrado”. E concluiu: “Os registros de trabalho feitos têm que incluir conversas de telefone, propostas de acolhimento no caso de notificações de suicídio, notificações enviadas pelo WhatsApp”. A nova coordenadora chama a atenção da equipe para o fato de que as “fichas de acolhimento não estão sendo organizadas, cuidadas, não apresentam hipótese diagnóstica e nem data”. Por fim, exemplifica uma das consequências importantes disto: “Frente aos concursos que trarão novos funcionários, as decisões a serem tomadas pela Fundação levarão em conta números e isto precisa ser provado a partir das fichas.” Assim, o fato é que papéis, somados ao longo de um ano, viram números, produzem ações e deliberam direções.

### **3.8 Rastreamento dos primeiros casos**

**“Sofri um trauma a partir dessa ligação.”**

**[“Filha branca” da dona Eunice]**

Os acolhimentos que acompanhei não ocorreram numa única sala. De maneira geral, todas as salas eram mobiliadas da seguinte forma: uma ou duas cadeiras ao lado do paciente, uma ou duas ao lado do profissional, e uma mesa separando-os. Era comum, aliás, que as salas fossem bastante disputadas não só pelos técnicos da equipe de saúde mental, mas por profissionais de outras equipes do prédio institucional da policlínica.

---

<sup>1041</sup> Mais à frente, veremos que com o advento da pandemia de Covid-19, descobriu-se que muitos pacientes ali atendidos não eram do território, mas de outros bairros não cobertos pelo mesmo e até mesmo de outros municípios.

Nunca ocorreu ficarmos sem sala, embora, vez ou outra, tenhamos ouvido reclamações de residentes da equipe, por exemplo, de que precisaram sair da sala para ceder o espaço a algum profissional médico da policlínica. Em geral, nas salas havia uma mesa grande, posicionada de modo que não era possível enxergar, por exemplo, as pernas do paciente. Comumente, o profissional trazia da secretaria uma pasta de plástico em cuja lateral estava colada uma fita adesiva com as palavras “kit acolhimento”. Ela continha várias fichas de acolhimento em branco para serem preenchidas na entrevista.

Nestes dias, eu chegava um pouco mais cedo que Carolina e esperava na secretaria na companhia dos outros profissionais. Assim que Carolina chegava, íamos atrás de uma sala, entre outras tantas no prédio da policlínica, onde pudéssemos começar os acolhimentos. Certo dia, recebemos uma senhora na faixa dos 60 anos que, assim que começou a falar, dirigindo-se à Carolina, desatou a chorar. Tive a sensação de que bastou aquele choro para ter um alívio imediato e ocorrer o ápice do encontro. O resto do tempo foi dedicado ao preenchimento da ficha, com detalhes do motivo que a levava a buscar ajuda. Ouvi dessa senhora que tinha muita dificuldade de olhar para as pessoas. Em seguida, lembrou que morou debaixo de marquise, que catou latinha e morou três meses na rua. Ao dizer “Sou forte”, em seguida, reparei que sua postura mudou. Ficou mais ereta na cadeira de plástico e, finalmente, dirigiu o olhar para mim, que já estava desde o início sentado ao lado de Carolina.

Estes encontros eram realmente curtos, pois duravam de 10 a 20 minutos, no máximo. Além do procedimento padrão do preenchimento da ficha, às vezes, era preciso telefonar para outro dispositivo da rede, para confirmar uma informação prévia do paciente ou assegurar que fosse recebido por um profissional num momento posterior.

Em outra vez, recebemos uma mulher na faixa dos 30 anos (não mais que isso), que relatou que, do lado de fora da sala, sentara perto de outra senhora que carregava uma “energia pesada” e que isto a deixou mal até aquele momento. Preenchemos a ficha, pedimos-lhe que respondesse aos dados, e, por fim, a psicóloga comentou que existem pessoas ruins e, muitas vezes, se trata de colocar uma barreira. Em dado momento, enquanto a entrevistada falava, e chorava ao mesmo tempo, Carolina perguntou algo que surgiu muitas vezes em outros acolhimentos: “Há algum pensamento na cabeça?” A resposta foi negativa. Não era uma pergunta casual, específica daquele atendimento. Aos poucos, verifiquei que era uma real preocupação. Existia uma questão em torno da pergunta, já que seria uma espécie de sintoma de demarcação entre os pacientes

considerados mais graves, delirantes, psicóticos, paranoicos e esquizofrênicos (termos utilizados pelos profissionais) e os mais brandos, enquadrados na categoria de neurose.

Num outro acolhimento, recebemos uma universitária chegada de Minas Gerais. Aliás, vale enfatizar que, desde que as políticas públicas de Educação dos últimos anos, principalmente do ENEM e do sistema SISU, propiciaram maior acesso à universidade pública para as camadas mais pobres, o ambulatório passara a receber muitos estudantes. Conforme me foi dito por Patrícia, cada vez mais estudantes buscaram o serviço de atendimento ambulatorial, porque se viam em inúmeras dificuldades, com quadros graves de sofrimento e sem a rede original de apoio de sua cidade (família, por exemplo). Em particular, desde as eleições de 2018, a procura aumentara enormemente. A estudante mineira estava, pois, neste grupo. Ela relatou que sentia ansiedade, dificuldade de interação social, detalhando que este quadro emergiu após alguns eventos que preferiu não expor. Então, Carolina enfatizou que foi muito bom ela ter buscado ajuda e que seria “através da fala que conseguirá dar um destino aos problemas que está passando”.

Embora tenha realizado a maior parte dos acolhimentos com Carolina, no início da pesquisa, acompanhei também na presença de outras psicólogas e uma psiquiatra residente. Neste mesmo dia, logo após ter acompanhado Carolina no atendimento à estudante mineira, acompanhei Patrícia no acolhimento de outra estudante, de 23 anos, a mesma que havia sido indicada pelo Dr. Fernando, e que se somava aos outros “dois” oficialmente aceitos pelo acolhimento daquele dia. A estudante relatou ter tentado várias outras psicólogas pelo plano de saúde, mas que não gostou de nenhuma. Em resumo, seu histórico era o seguinte. Tinha uma filha de cinco anos e, desde que seu marido atual decidiu assumi-la, os problemas começaram. O motivo de buscar atendimento no ambulatório era que, na última quinta-feira, havia ingerido 60 doses de Rivotril, além de outros remédios psiquiátricos. Ela diz: “Não tinha o desejo de morrer, só me desconectar um pouco, me livrar dos problemas por um tempo.” Seus sintomas começaram com uma grande discussão na qual seu sogro gritou muito com ela: “Entrei em choque e não consegui nem chorar naquele momento.” Enquanto lembrava e nos contava, sua pele, na altura do colo, ficava vermelha. Foi a partir daquela discussão que começou a “ter crises de pânico, em média três vezes por semana”. Na última semana, na quinta-feira, “algo relacionado a essa história” se repetiu. Foi a partir de uma outra crise, logo a seguir, em que não conseguia respirar por um longo tempo, que decidiu tomar as doses altas do remédio.

Também recebemos Maria, mãe de um menino de 12 anos, buscando atendimento para ele. Maria reconheceu que ela mesma “estava muito mal”, embora procurasse ajuda para o filho. E, entre choros, ouvimos dela: “Estamos passando pelo luto do falecimento de meu marido, há dois meses”. Segundo ela, o marido morreria de câncer no pulmão, internado em hospital público, e ambos, ela e o filho, estavam aguentando tudo. Estava se aguentando - contou - para não chorar na frente dele no dia-a-dia caseiro. Ela percebe que o filho também estava mal, tenta ajudá-lo, mas não sabe como. Sua dificuldade estava sendo lidar com as “crises de raiva, de agressividade”, e já era certo - também diz - que ele iria “repetir este ano na escola”. Enfim, confessa: “Não temos com quem contar”. Também havia o filho de 20 anos, “que já veio comigo e o meu marido assumiu, além do de vinte e seis, que já vinha dele”. No Natal – e quando lembra disso todo o clima do acolhimento muda, para melhor - pretendiam viajar para a Paraíba, onde tem parentes.

Todos estes encontros enquadram-se no acolhimento, que é um dispositivo mais curto. Mas também participamos da recepção, que é um período mais extenso, onde, em grupo<sup>1042</sup>, cada um que já passou pelo primeiro filtro pode ser ouvido de forma mais prolongada pelos profissionais. Quase sempre, o espaço usado pelo grupo de recepção era a mesma sala em que se reuniam os profissionais para a reunião semanal de equipe. Para mim, a diferença principal era que as cadeiras eram colocadas de forma semicircular, de modo que nós, os “profissionais”, ficávamos sentados em cadeiras ao lado da mesa, e os pacientes sentavam no meio. Eu, de costume, sentava mais atrás dos profissionais da equipe, também junto à mesa, escrevendo minhas notas, enquanto os profissionais conduziam o processo. Aqui havia uma diferença adicional, já que, no acolhimento, devido ao número mais reduzido de pessoas, eu evitava fazer minhas notas na hora – diante do paciente -, diferentemente da recepção, em que eu me sentia um pouco menos “no foco” e, portanto, mais à vontade para o registro do que observava. Outra diferença importante diz respeito à minha intervenção junto aos pacientes, já que, se antes era comum interagir mais diretamente com os pacientes ou registrar na ficha de acolhimento minhas próprias observações daquele encontro, na recepção, minha posição era certamente mais secundária. Sendo assim, na recepção, embora tenha feito intervenções em algumas situações, raras foram as vezes em que senti necessidade e abertura para fazer alguma pergunta mais direta aos pacientes.

---

<sup>1042</sup> Vale dizer que este era o funcionamento por nós acompanhado até o início de março de 2020, já que, com a pandemia, tanto os encontros de acolhimento como os de recepção passaram a ser realizados à distância, via telefone.

Na recepção, recebemos casos como o de Rose cuja depressão se instalou, após uma perda muito significativa. Em suas próprias palavras, desenvolveu uma “depressão profunda, ficava prostrada na cama, sem comer” e que ainda sentia “vontade de morrer”.

João, outro estudante universitário, relatou ter “problemas com ansiedade”. Ele mesmo conta a história: “Conheci uma pessoa em 2016. No ano passado [em 2018], por conta do ENEM, fiquei muito fixado na nota de corte”. Ele explica:

Ano passado, foram dois eventos. No início, uma dor de cabeça muito intensa, cheguei a tomar morfina. Isto aconteceu no domingo e, na quarta-feira, os cachorros começaram a latir muito... Aí, tive um *surto* que foi mais leve. No Natal, também teve muito barulho... fiquei eufórico, tentava controlar mas não conseguia... Na mente, era tudo muito rápido... estava na casa dos meus tios.

A psicóloga Patrícia pergunta se alguém o ajudou. João responde que passou a tomar Fluoxetina e Clonazepam, e que passou a ficar com problemas com a Fluoxetina. Desde os 13 anos, relata ter “problemas com sexo” e que, há dois meses, passou por uma situação em que testemunhou um suicídio.

Exemplifiquemos ainda com o caso de Dona Eunice, uma senhora negra, de 69 anos, acompanhada por sua “filha branca”, nos termos que ela mesma empregou. Sua apresentação frente aos outros pacientes e à equipe técnica começou assim: “Eu quero me matar. (...) Não consigo ouvir barulho de cachorro, de moto. (...) Eu era feliz. Mas fui para esse lugar e minha vida virou um inferno.” Dona Eunice continua: “Escutei coisas que não podia escutar”. Depois, passou a não querer mais caminhar pelas ruas da cidade. Acrescenta: “Ontem, meu corpo tremia, senti depressão e angústia.” Após Dona Eunice falar durante um tempo, Patrícia perguntou se podia ter uma conversa com sua filha, a “filha branca” e pediu para Dona Eunice se retirar. Antes de concordar, Dona Eunice complementa, como se nos ajudasse (a equipe) no entendimento mais acurado do que se passava com ela: “Onde eu moro é perigoso. Não dormi a noite toda. Não sei mais o que fazer... O pior é à noite”. Finaliza dizendo que passou a dormir com “ela”, referindo-se à “filha branca”. Dona Eunice pedia, vale notar, repetidas vezes, que ninguém contasse sobre o que ela estava falando.

Após a fala de Dona Eunice, os outros potenciais pacientes falaram de suas questões. Depois disso, Cláudia (filha de Dona Eunice) ficou a sós conosco. Ela nos contou: “A minha tia morava com a filha”, referindo-se à filha biológica da tia. Dona Eunice havia sido, durante sua vida, empregada da família e se sentia como se “fosse da família”. Sua “tia”, no entanto, morava numa favela da cidade, dominada pelo tráfico de

entorpecentes. Cláudia conta: “Em algum momento, sua filha (referindo-se à filha biológica) e com uma namorada, geraram muitos problemas. (...) Ela também foi para a casa da minha tia. Houve muita confusão. Na última semana, minha tia me ligou.” Finalizando: “Sofri um trauma a partir dessa ligação”. A psicóloga pergunta se a tia já havia tido essa vivência de perseguição e de pânico. Ela nega. Dá detalhes, em seguida, sobre o que tinha ocorrido antes de a tia começar a apresentar os sintomas. Dona Eunice dizia que “viu um sujeito atirar” e “acha que o sujeito a viu”.

Momentos depois, Dona Eunice retorna à sala. Um retorno é finalmente dado a todos os pacientes que estavam presentes à recepção. Neste momento, tal como eu já havia visto Carolina fazer com os pacientes no acolhimento, Patrícia pergunta a Eunice sobre a voz. É interessante observar que ela não havia falado em “voz”. A rigor, enfatizou que não aguentava mais ouvir “aquele barulho”, barulho produzido após ter “visto e ouvido algo que não poderia ver e ouvir”. Há pouco, antes do seu retorno, a “filha branca” deixara claro: “Ela estava ótima. Ela estava ótima”. Fazia referência às situações onde ela ainda via sua tia “bem”, apesar de ter ficado “mais devagar” depois de tudo.

Entre a primeira rodada de conversa com os pacientes e a devolução, os membros da equipe (os psicólogos presentes, uma estagiária e eu) conversamos sobre os casos. Foi desta forma que fizemos com estes últimos casos apresentados, como os de Rose, João e Dona Eunice. Foram feitos comentários breves neste intervalo, como o de uma psicóloga que indagou sobre o sorriso do estudante universitário, que “falava das coisas mais difíceis, mas sempre sorrindo”. Em relação à dona Eunice, uma das psicólogas comenta: “Não acredito que ela aceitou bem esta transição de sexo da filha. (...) Acho que a abertura está aí.” Entre outros motivos, a psicóloga acredita que, “se excluída a questão da demência, a raiz é a questão mal resolvida com a filha”. E finaliza, dizendo que, para fechar essa recepção, somente “após 20 dias após a introdução da medicação”.

Este foi o primeiro caso onde ouvimos a palavra trauma no contexto do ambulatório. Por outro lado, é possível observar que, no vocabulário utilizado, principalmente por parte da equipe profissional, não era feita qualquer referência à palavra trauma. Diante de situações como a que destacamos aqui, como a da senhora que catava latinha, a da universitária mineira que relatou “coisas que aconteceram”, a situação da “discussão com o sogro”, a do “falecimento do marido vítima de câncer”, a “pressão da nota de corte do ENEM” somada ao testemunho de um “suicídio”, restava-nos uma dúvida importante em relação ao que ali de fato era valorizado clinicamente. No caso de Dona Eunice, por exemplo, o que chamou a atenção dos profissionais não foi qualquer



coisa relacionada ao que ela “ouviu”, ou ao tráfico, ao possível tiro, ao possível homem que a flagrou. Isto não foi mencionado em nossa conversa posterior sobre o caso. O que estava em questão ali seria a relação da mãe com a filha, a não aceitação da homossexualidade por parte da mãe.

### 3.9 Ambiguidade de presença-ausência do trauma

Exceto em dois casos que acompanhamos desde o início da pesquisa, não ouvimos o termo trauma ser usado como conceito clínico importante ou categoria diagnóstica específica, salvo em alguns momentos em que chegaram a brincar<sup>1043</sup> comigo que “um profissional da equipe havia ficado traumatizado” por uma explosão no ambulatório, naquela semana. Diante da constatação de que os profissionais não faziam referência ao termo trauma (e, muito menos, à categoria de TEPT), me questionei, durante algum tempo, se teria me equivocado em relação ao problema de pesquisa. Teria incorrido em algum tipo de problema teórico-metodológico? Em certo momento, me vi diante de um imbróglio, semelhante ao enfrentado por Andrew Lakoff<sup>1044</sup>, durante parte de sua pesquisa de doutorado, quando se deparou com vários desafios para estudar pacientes diagnosticados com transtorno bipolar, em Buenos Aires. Tratava-se, como no meu caso, de um campo atravessado pela prática clínica de orientação laciana, criando dificuldades para o autor pelo fato de que seus interlocutores não “enxergavam” e não “produziam” casos enquadráveis na categoria diagnóstica de seu interesse. Minha questão passou a ser semelhante à de Lakoff. Estaria incorrendo em semelhante erro metodológico? Ora, meus interlocutores, de diferentes modos, não “enxergavam” e não “produziam” casos enquadráveis como TEPT. Além disso, ainda que psicanalistas, a

---

<sup>1043</sup> Em algumas situações, o trauma era evocado a partir do humor. Marcele, residente em psiquiatria, me disse numa entrevista, que o termo aparece na sua experiência, tanto de ambulatório, como em CAPS, de forma jocosa, como uma espécie de jargão para brincar e indicar que alguém “passou por um trauma”, que “ficou traumatizado”, não num sentido “sério”, nos termos dela, mas justamente para fazer uma “brincadeira”. Para sermos exatos, a categoria de TEPT foi evocada, de maneira explícita, em reunião de equipe, unicamente no caso da paciente Lorena, abordado em detalhes mais à frente.

<sup>1044</sup> Cf. Andrew Lakoff. **Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. Sobre esta parte de sua pesquisa, o autor escreveu: “A ausência do transtorno bipolar no mundo da saúde mental da Argentina aponta para um fenômeno mais amplo: a contínua prevalência do entendimento psicanalítico das doenças mentais entre os especialistas. Isso não se deveu a uma questão de uma ‘difusão’ incompleta do conhecimento do centro à periferia, mas uma ecologia não-amigável por parte dos especialistas – na qual a política de conhecimento contra a adoção deste modelo de saúde mental era associada ao reducionismo biológico, ao desmantelamento da saúde pública e à hegemonia norte-americana” (LAKOFF, 2005, p. 5).

própria utilização do termo trauma era raramente referida, de maneira que eu tinha dúvidas sobre a forma como eles entendiam (e produziam) casos possivelmente enquadráveis, não só como “TEPT”, mas como eminentemente traumáticos. A constatação de que o “vocabulário do trauma” não existia na reunião de equipe me fez questionar se isto seria um simples reflexo de sua inutilidade ou da impertinência do meu projeto naquela instituição. Mas insisti na pergunta: tal fragilidade dessa gramática significaria sua simples “ausência” naquela instituição? Na visão de todos os profissionais, seria um termo equivocado para o entendimento do tipo de demanda que ali se apresentava? Outro tipo de construção clínico-teórica se faria presente? Existiam casos legitimamente identificáveis como traumáticos no ambulatório? Enfim, questões como essas povoaram meus pensamentos durante o tempo em que, predominantemente, acompanhei *somente* os discursos dos profissionais em suas reuniões de equipe.

Antes de chegar ao ambulatório, alguns motivos importantes me lançaram ao campo com o interesse específico no trauma. Destacarei três deles. Em primeiro lugar, havia uma literatura extensa e crescente sobre o trauma<sup>1045</sup>, interessada em discuti-lo a partir de uma versão relacionada a questões atuais. Outro motivo, sem pretender me estender aqui neste ponto, era a midiaticização massiva dos termos na atualidade. Embora, historicamente, ainda não esteja claro de que modo e *quando* ocorreu o dito “boom do trauma” no imaginário coletivo, em particular no cenário brasileiro<sup>1046</sup>, através do uso que se faz clinicamente ou no vocabulário popular, não existem controvérsias a respeito de sua ampla e extensa utilização, atualmente, pelos mais variados meios midiáticos. E, por fim, numa perspectiva mais vertical da história das ciências psicológicas, vale constatar que o saber sobre o trauma não era uma exceção, algo estranho, ao campo. Ao contrário, é um tema não só atual, mas presente desde as primeiras teorizações de Freud, aliás, inaugurador do próprio campo da psicanálise. Ou seja, a despeito das importantes rupturas de sentido sofridas pelo conceito, é inquestionável que se trata de uma ideia clínica com mais de um século de existência, anterior à psicanálise e objeto de um amplo debate.<sup>1047</sup> Assim, diante de minhas preocupações metodológicas, ou da constatação desta

---

<sup>1045</sup> Já verificada por mim durante a investigação de mestrado e na elaboração de meu projeto para o doutorado, quando pude atualizar a revisão bibliográfica.

<sup>1046</sup> A título de exemplo, remeto o leitor à investigação do capítulo 2 desta tese, em particular o subcapítulo 2.1.4 Memória social, verdade e reparação. Nesta parte, fica evidente que, sem os registros produzidos pela Comissão Nacional da Verdade e sem a documentação, atualmente, acessível, de diferentes arquivos públicos, não seria possível conceber adequadamente qual o estatuto do trauma nas narrativas das vítimas do período da ditadura militar de 1964-1985. Tal lacuna ainda é presente em outros campos, como no campo dos Desastres e das Migrações, onde é notável a ausência de narrativas em primeira pessoa.

<sup>1047</sup> Remeto o leitor ao meu trabalho anterior sobre o assunto. Cf. Vilarinho (2012, 2014).

presença ambígua do termo na prática cotidiana do ambulatório, este conjunto de motivações legitimaram o meu interesse em verificar, de forma localizada, como tais discussões se materializavam na prática cotidiana daqueles profissionais.

As primeiras respostas surgiram na própria equipe, não tanto nas reuniões quanto nas entrevistas, onde comecei a ouvir de meus interlocutores suas visões mais pessoais sobre o tema. Surgiu assim uma miríade de detalhes, e do seu aprofundamento começou a emergir uma visão muito mais plural e ramificada sobre o trauma. Por exemplo, era muito comum que, a partir das entrevistas, uma parte importante das experiências clínicas, pessoais e elaborações teóricas destes profissionais se tornassem mais evidentes. Era notável a diferença. Tomando apenas um primeiro exemplo, ilustrativo do que os profissionais pensavam, destaco o fornecido pelo psiquiatra Fernando, que me relatou ter participado de um projeto de pesquisa sobre o transtorno de estresse pós-traumático, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, durante sua graduação em Medicina. Foi interessante saber que o “trauma” não só não era estranho para ele, como era objeto de seu interesse.

Outra questão que frequentemente surgia nas entrevistas era a maneira como a instituição estudaria o trauma. Embora tal indicação não deixasse de ser controversa<sup>1048</sup>, uma das primeiras sugestões importantes sobre os modos possíveis de se investigá-lo foi a de que eu me concentrasse nos primeiros momentos de chegada do paciente no ambulatório. Tanto os psicólogos como os psiquiatras confirmavam o que eu já percebera no contato mais frequente com o campo: seria no momento dos acolhimentos e das recepções que eu encontraria “mais material” sobre o trauma<sup>1049</sup>, como frisou a psicóloga Patrícia:

Eu acho que há alguma coisa muito preciosa nas entrevistas iniciais. Tende a aparecer de um jeito mais formatado, mais circunscrito nas entrevistas iniciais. Ao longo do tratamento, obviamente, a questão insiste se for o ponto importante. Alguma coisa que tem o registro de trauma. Mas é óbvio, na terapia isso pode aparecer num período de dois anos e pode ser difícil aparecer para o pesquisador. Mas eu acho que o momento mais precioso são as entrevistas iniciais. Seja na recepção, seja no início de psicoterapia, seja no atendimento psiquiátrico.<sup>1050</sup>

---

<sup>1048</sup> A controvérsia deriva da versão do “trauma às avessas”, ou estruturante, do trauma, tal como a denominamos, na sistematização das diferentes visões sobre o tema. Cf. a seção *Trauma estruturante*, nas Conclusões deste trabalho.

<sup>1049</sup> Ficará claro para o leitor que, de fato, havia uma questão importante relacionada à nomeação do trauma. Nas conclusões deste trabalho, sistematizamos as principais questões envolvidas na problemática da “nomeação do trauma”.

<sup>1050</sup> Como veremos, há uma multiplicidade de visões em relação ao lugar onde o trauma mais aparece. Por exemplo, Glauco, psiquiatra, diz que o trauma não aparece facilmente nas entrevistas iniciais. Para ele, somente com o tempo, se pode fazer o diagnóstico de TEPT. Já para Solange, o trauma pode aparecer logo nas entrevistas, opinião compartilhada por Patrícia.

Além de olhar com mais atenção para os acolhimentos, outra sugestão quase unânime foi a de que eu me utilizasse mais do formato das entrevistas, fossem com os profissionais, fossem com os pacientes. Eu já percebera que não poderia me restringir às reuniões de equipe. E essa impressão se fortaleceu, porque foi ficando mais clara a necessidade de buscar outros meios de contato, até com os profissionais, em contextos não restritos às reuniões. Ao longo de nosso trajeto, me vali de variadas fontes de informação: os interlocutores da equipe, os profissionais de outros setores que gravitavam, de um modo ou outro, em torno do ambulatório, e, como veremos à frente, os pacientes. O acompanhamento das reuniões levantava vários questionamentos sobre a presença ou ausência do trauma no ambulatório. Mas o mesmo *também* ocorria no acompanhamento dos documentos (ex.: registros de prontuários e fichas de acolhimento e recepção), uma vez que o termo era raro nesses registros. Debatendo o problema comigo, Fernando expôs como ele investigaria o trauma, se estivesse no meu lugar: “Acho que mais interessante do que ficar pegando prontuário seria essa conversa mesmo”.

A ideia de ouvir os pacientes foi sugerida por mim na entrevista com Fernando. Ele abordou uma das dificuldades para o estudo desta condição específica. Havia uma questão envolvida: “Quanto aos pacientes, eu não sei. Teria que pensar um pouco. Como seria para esses pacientes falarem sobre isso, se é justamente lembrar disso que causa o próprio transtorno, não é? Então, realmente teria que pensar”. Embora eu estivesse bastante interessado em ouvir dos pacientes o que eles tinham a dizer de suas próprias experiências, essas preocupações fizeram bastante sentido para mim, principalmente, num momento posterior da pesquisa, quando pude acompanhar alguns casos mais de perto.<sup>1051</sup> Embora tenha tido contato direto com muitos pacientes, em outros tantos casos, a recomendação que recebi foi para não lidar com eles diretamente. Isto ocorreu, quase sempre, com pacientes mulheres, em particular, aquelas com histórico de violência sexual. Os profissionais responsáveis por elas não permitiam que eu as entrevistasse, de modo que, nestas situações só obtive informações de maneira indireta. Assim, mesmo que eu estivesse no campo, com amplo acesso ao cotidiano da equipe, podendo participar dos momentos informais, ao lado dos profissionais, e das consultas, o acesso direto aos casos de mulheres vítimas abusadas sexualmente se mostrou problemático, o que reforçava as preocupações do psiquiatra Fernando e expunha a existência de uma problemática clínica compartilhada e já existente sobre o tema. Com relação a este tópico, vale observar que

---

<sup>1051</sup> Cf. 3.15 Retorno ao campo no modo presencial, mais à frente neste trabalho.

o fato de eu ser homem era normalmente o fator complicador, de modo bastante distinto da experiência relatada por Soraya Fleischer<sup>1052</sup>, já que, por ser mulher, muitas portas lhe foram abertas em seu campo, em especial o contato com as pacientes mulheres, de diferentes idades.<sup>1053</sup> Minha experiência está mais próxima da referida por Rosistolato e colaboradores<sup>1054</sup>, onde a indicação dada pelas próprias profissionais do campo foi a de que o autor principal não tivesse acesso direto aos seus interlocutores, que eram crianças pesadas sem roupa como parte de um programa de assistência nutricional. No momento da pesagem, como no meu caso, somente mulheres estavam presentes.

Nos prontuários, era muito variável a prática de registro, tornando mais complexa a questão. Para alguns psicólogos, esta parecia ser uma prática frequente e sistematizada, mas para outros, dificilmente seria possível obter um quadro real do acompanhamento dos casos a partir deles. Até mesmo o que era descrito nos prontuários, não só os termos diagnósticos, mas o próprio registro referente à condução do caso<sup>1055</sup>, sofria grande variação. Assim, investigar o trauma no ambulatório a partir dos prontuários também seria problemático. Em relação a esta possibilidade, Fernando disse: “Às vezes, o prontuário é meio pobre, não tem muita coisa escrita. Muitas das coisas que passam pela consulta, às vezes, não dá tempo de escrever, a gente esquece de escrever. Às vezes, no dia da consulta, eu não acho o prontuário, e acaba que passou e ninguém escreveu nada”.

De fato, na medida em que tivemos contato com muitas dezenas de prontuários, ficou claro que, naquele ambulatório, uma pesquisa sobre o trauma baseada nos prontuários implicaria em *não realizar* tal pesquisa, já que raríssimos eram os casos onde se fazia menção ao termo trauma e também os diagnosticados especificamente como “TEPT”. Assim, em consonância com o raciocínio teórico e clínico de parte dos profissionais, o próprio uso do termo “trauma” dificilmente era encontrado nos registros de prontuários. Independentemente dos motivos pelos quais o trauma não era nomeado, principalmente no contexto das reuniões de equipe, o fato é que nem o TEPT nem o trauma eram facilmente rastreáveis. Ambos existiam de algum modo, mas estavam

---

<sup>1052</sup> Fleischer (2018).

<sup>1053</sup> No meu caso, o “abridor de portas” do campo não foi o meu gênero, mas o tema da violência. Se a menção à palavra trauma nos diferentes setores da saúde mental poderia se mostrar problemática, “finalizando” ou até impedindo qualquer possibilidade de conversa, a palavra “violência” foi sinônimo, em muitas situações, de abertura para que o contato acontecesse e aprofundasse. Em diferentes passagens desta etnografia, abordo as diferenças relativas aos termos “trauma” e “violência”.

<sup>1054</sup> Rodrigo Rosistolato, Ana Pires do Prado, Maria Muanis e Diana Cerdeira. Burocracia educacional em interação com as famílias nos processos de matrícula escolar na cidade do Rio de Janeiro. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 13, n. 43, dez., 2019.

<sup>1055</sup> Mais à frente, 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

ausentes. Daí a questão, cada vez mais complicada de ser respondida: como investigar o trauma, ainda mais em um dispositivo institucional onde ele *talvez* não fosse assim nomeado? Vale notar o grifo na palavra talvez, já que o acompanhamento em um tempo relativamente extenso (dois anos e meio) nos permitiu verificar que sim, o trauma aparecia, de diferentes formas, com diversas questões envolvidas. É válido também mencionar que o acompanhamento de longo prazo nos permitiu obter uma compreensão mais aprofundada destes questionamentos. Como veremos, uma plethora de exemplos evidenciou que, sim, não só os profissionais, mas também os pacientes utilizavam a terminologia do trauma, de diferentes modos, desde o momento de chegada na instituição. Mas é preciso notar as evidentes ambiguidades relacionadas ao tema, uma vez que, se é verdade que o trauma estava ausente, ele estava presente, sim, de outras tantas maneiras.<sup>1056</sup> Por fim, vale indicar, levando-se em consideração o conjunto destas observações, que ficou claro que havia, certamente, uma questão sobre o tema que requeria uma melhor investigação.

Para Peter Zachar e Richard McNally<sup>1057</sup>, uma distinção importante, oriunda da filosofia, ajudaria no entendimento da dimensão ambígua em torno do diagnóstico. Ora, para eles, era útil distinguir aquilo que seria considerado como *vagueza* (um conceito originalmente relacionado ao denominado Paradoxo Sorites) da ideia de *imprecisão*. Nem todo processo de desambiguação conseguiria eliminar, por completo, a *vagueza* característica de alguns fenômenos. Neste sentido, a *vagueza* seria própria de alguns eventos, como em alguns casos, trabalhados pelos autores, das chamadas doenças ou perturbações mentais. Eles questionam, ajudando na colocação do problema ao leitor: “Se colocamos alguns grãos de areia espalhados no chão e, gradualmente, adicionarmos um grão de areia por vez, em que momento a areia formará um monte?”. Assim, lembram que grande parte dos pensadores que haviam se dedicado a essa questão não conseguia identificar um ponto ou um momento preciso a partir do qual um grão de areia adicionado seria transformado em um monte. Naturalmente, existiam casos muito evidentes de “montes” e de “não-montes”. Por outro lado, era preciso lembrar que muitos outros

---

<sup>1056</sup> Se é verdade que em algum momento foi levantada a questão específica se o trauma aparecia ou não nestes primeiros contatos entre usuário e equipe, a conclusão a que chegamos é que sim, trata-se de um fenômeno presente neste momento. Quanto ao uso do termo, questão sobre a qual não tínhamos clareza, o acompanhamento etnográfico nos permitiu verificar que se tratava, na verdade, de um vocabulário extremamente comum entre os usuários.

<sup>1057</sup> Peter Zachar e Richard McNally. Vagueness, the sorites paradox, and posttraumatic stress disorder. In: Geert Keil, Lara Keuck e Rico Hauswald (eds.). **Vagueness in psychiatry**. Nova York: Oxford University Press, 2017, p. 169-188.

exemplos não se enquadrariam nesses formatos mais precisos, constituindo-se, portanto, em regiões de borda, fronteiriças, transicionais. Tais delimitações, nestes casos, seriam claramente mais difusas e maleáveis.

Para Zachar e McNally, portanto, isto poderia ser remetido à psicopatologia. No caso dos transtornos mentais definidos pelo DSM, lembram que é necessário um número definido de critérios para que sejam identificados e qualificados, então, como um transtorno. Dão o exemplo do diagnóstico de “depressão maior”, que requer que uma pessoa tenha ao menos cinco entre nove sintomas, e que estes persistam por ao menos duas semanas, produzindo evidente perturbação e prejuízo no funcionamento social e ocupacional. Neste sentido explicam que, com tais definições explícitas, reduz-se, sim, a ambiguidade, aumentando a confiabilidade do diagnóstico. Por outro lado, o que muitas vezes permanece não resolvido após tal “eliminação da ambiguidade” seria justamente a vagueza, e isto ocorreria em muitos casos da nosologia psiquiátrica. Eles ressaltam que, em muitas dessas situações, a vagueza seria erradamente entendida como ignorância. Dão o exemplo de um médico numa sala de emergência, quando o avaliador identifica a categoria de “transtorno depressivo não especificado”. Neste contexto, a falta de informações suficientes para se produzir um diagnóstico psiquiátrico confiável redundaria numa categorização equivocada, de modo que tal equívoco comumente é chamado de “imprecisão epistêmica”, uma vez que fica subentendida a ideia de que um número maior de informações ajudaria na clareza diagnóstica. Mas ainda não seriam totalmente explicados determinados quadros que, mesmo obtendo-se um número relativamente extenso de informações, não seria possível escapar do fenômeno da imprecisão, definido como vagueza pela filosofia.

Os dois autores dão três exemplos. 1) O primeiro deles se refere a uma mulher cujo carro capota em um acidente automobilístico. Então, ela fica atordoada e emocionalmente mal, entorpecida. Nas semanas seguintes, tem lembranças do evento e medo de dirigir. Eles perguntam: Tais sintomas representariam reações normais e esperadas ou reações anormais e desadaptadas após um evento catastrófico? 2) Num segundo exemplo, eles sugerem o caso de dois homens, que estão em um escritório e percebem que o prédio no qual se encontram começa a tremer. Os objetos caem das mesas e das prateleiras. Trata-se de um terremoto. Logo após, ambos dizem que se assustaram e que não tinham clareza do que estava acontecendo no momento em que os tremores começaram. No mesmo dia, ficam sabendo que a parte detrás do prédio onde estavam, desmoronou por completo. Seis meses depois, são entrevistados. Um dos homens estava

lidando muito bem com a vida, embora, de vez em quando, tivesse sonhos assustadores relacionados ao terremoto, embora para ele fossem “apenas sonhos”. Já o segundo homem apresentou um declínio significativo de seu funcionamento, além de diversos sintomas normalmente associados ao estresse pós-traumático: pensamentos intrusivos onde se imagina preso aos escombros do prédio, além de ataques de pânico. 3) No terceiro caso, eles abordam a experiência da esposa do primeiro homem do escritório. Ela ficou aterrorizada, quando soube que parte do prédio desabou. Após o episódio, começou a ficar agudamente preocupada com o marido, com medo de que ele pudesse ficar preso no prédio, além de desenvolver ataques de pânico.

Qual desses casos poderia ser enquadrado na categoria de TEPT, tal como definida pelo DSM?<sup>1058</sup> Zachar e McNally observam que, segundo o manual, apenas a mulher que sofreu o acidente de carro seria um caso de TEPT. E a rigor, só se apresentar também um declínio significativo de seu funcionamento na vida. Mas se apresentar os sintomas após três semanas do episódio, seu mal ainda não poderá ser considerado como estresse pós-traumático, sendo possivelmente considerado como uma reação esperada de estresse agudo. Mas eles dizem que, nesses exemplos, a segunda pessoa no terremoto parece estar “mais traumatizada do que a mulher que sofreu o acidente de carro”.<sup>1059</sup> Acrescentam que o caso da esposa também se assemelha bastante ao do segundo homem do terremoto, a ponto de também começar a parecer um caso de TEPT. Concluem que, à “medida em que essa extensão gradual continua, o que teria sido considerado apenas um caso limítrofe se torna um TEPT”.<sup>1060</sup> Eventualmente, casos que não seriam candidatos a um diagnóstico como este, poderiam se tornar casos limítrofes, como o caso de pessoas que assistem pela televisão a imagens de morte e destruição produzidas por um terremoto.

Os autores apontam para a importância de entender tais condições a partir das noções de vagueza e do Paradoxo de Sorites. Para eles, o ponto mais importante dizia respeito justamente a este paradoxo, ao fato de que se adicionarmos um grão de areia ao monte, um segundo, um terceiro em seguida, não formamos um monte, nem mesmo se

---

<sup>1058</sup> Na versão do DSM, os critérios do diagnóstico para o TEPT incluem cinco principais conjuntos, ou *clusters*, de sintomas. O primeiro A) necessidade de ter ocorrido um evento considerado potencialmente traumatogênico; B) um conjunto de sintomas *intrusivos*, relacionados especificamente com as chamadas “memórias traumáticas”, revivência da experiência ocorrida, pesadelos, além de outras imagens sensoriais possivelmente associadas; C) sintomas *evitativos*, o que inclui evitação de pensamentos, sentimentos e lembranças relacionadas ao trauma; D) alterações negativas nas cognições e no humor, incluindo sensação de entorpecimento emocional, dificuldade em sentir emoções positivas, culpa distorcida de si mesmo, entre outros sintomas; E) alterações significativas na excitabilidade e na reatividade do sistema nervoso, incluindo sintomas tais como agressividade, sobressaltos e hipervigilância. Cf. APA (1980).

<sup>1059</sup> Zachar e McNally, op. cit., p. 175.

<sup>1060</sup> *Ibidem*.



adicionarmos um quarto ou um quinto, isto é, adicionar um grão de areia não transforma necessariamente um conjunto de grãos em um monte. Afirmam que, apesar de parecer uma conclusão absurda, a questão mais importante é que, se utilizados “predicados vagos, como *monte*, não faz sentido perguntar – utilizando um grão de areia como unidade de medição – qual é o limite onde um grão passa a fazer a diferença entre ser ou não ser um amontoado”.<sup>1061</sup> Transportando tal raciocínio para a psicopatologia, eles comparam: “É fácil ver isso acontecer com um monte de areia, mas não é tão fácil enxergar com outros conceitos vagos. Quantos sintomas uma pessoa precisa ter para ser enquadrável como um caso válido de TEPT? Quais sintomas contam?”<sup>1062</sup> E finalizam:

“No que diz respeito à vagueza, o objetivo da ciência da psicopatologia, para a prática clínica, não deve ser descobrir o algoritmo do diagnóstico correto, de modo a distinguir casos válidos de TEPT de falsos positivos, mas sim para saber pensar e lidar com essas regiões de transição onde nem o *normal* e nem o *desordenado* são aplicáveis claramente”.<sup>1063</sup>

Michel Callon e John Law<sup>1064</sup> nos ajudam a lembrar que, em alguns casos, torna-se mais ou menos óbvio verificar se um determinado objeto ou pessoa está presente ou não, obviamente por não ser possível, nessas situações, o objeto ou a pessoa estar em dois lugares ao mesmo tempo. Sublinham também a ideia comum de que, se um determinado conjunto de coisas não parece ser caótico, isso se deve ao fato de que está contido em algo maior, isto é, que, “embora possa ser complexo, existe, na verdade, uma ordem”<sup>1065</sup> mais ampla, ou seja, “as coisas estão em algum lugar e algumas delas são maiores do que outras”.<sup>1066</sup> Por outro lado, evocam outras possibilidades de entendimento da maneira como pode ser compreendido o ordenamento do mundo, isto é, modos alternativos de entendimento sobre fenômenos de presença e ausência, do que é próximo e distante, global e local, oposições que, segundo os autores, não necessariamente precisariam ser entendidas, simplesmente, como opostas umas das outras.

Eles propõem, então, em unidade com outros autores, “abandonar a ficção do espaço natural”, multiplicar os conceitos e as metáforas de maneira que se considerem também outras ordens de fenômenos, tais como “fluxo, circulação e outros modos nos

---

<sup>1061</sup> Ibid., p. 184.

<sup>1062</sup> Ibidem.

<sup>1063</sup> Ibidem.

<sup>1064</sup> Michel Callon e John Law. Introduction: absence-presence, circulation, and encountering in complex space. **Environment and Planning D: Society and Space**, vol. 22, p. 3-11, 2004.

<sup>1065</sup> Ibid., 2004, p. 3.

<sup>1066</sup> Ibidem.

quais os espaços e os tempos se desdobram”<sup>1067</sup>, enfim, múltiplos modos de ordenamento, de forma que os oxímoros proliferem. Nesta perspectiva, o global poderia ser entendido como local, e o local, global, “a presença pode ser ausente; e o ausente presente”. Eles apontam que, uma vez que tais oposições são deixadas para trás, torna-se necessário olharmos mais para os processos, observando como as localizações são produzidas, os efeitos de escala são criados, enfim, como as coisas são feitas ausentes ou presentes. Assim, distinguem, por exemplo, uma abordagem que poderia ser denominada *romântica*, na qual se buscam “formas de totalidade explícita e precisa”<sup>1068</sup> e se assume que os “seres possuem identidades fixadas”, sendo capazes de entrar nas relações com outro ser, de modo que possam ser descritos e tornados explícitos”.<sup>1069</sup> Eles explicam: “Na abordagem romântica, distância e escala podem ser determinadas sem ambiguidade, nós conhecemos o que é grande e o que é pequeno e quem está perto de quem”.<sup>1070</sup> O mundo seria como “uma árvore hierárquica ou um conjunto de tipos adorados pelos metodologistas”.<sup>1071</sup> E apontam que, neste entendimento nada escaparia “do enquadramento analítico se nós continuarmos por tempo suficiente”.<sup>1072</sup>

Eles explicam o que seria uma abordagem *barroca*. Nessa abordagem, de algum modo inspirada pela Monadologia do filósofo Gottfried Leibniz [1646-1716], sugere-se que se olhe para baixo: “Insiste-se: não existe qualquer diferença entre o indivíduo e o seu ambiente”; as diferentes relações (talvez a maior parte delas) são implícitas, de modo que as entidades são feitas “de uma miríade de outras entidades heterogêneas”.<sup>1073</sup> Estas, por sua vez, são feitas de uma série de outras entidades, e assim por diante. A ordenação, aqui, não é considerada de antemão. Ela é alcançada de maneira progressiva, passando por vários estágios. Aliás, é preciso que os diferentes processos de transmutação ontológica das coisas, sejam objetos ou pessoas, aconteçam de maneira apropriada. Eles acrescentam: “A despeito do que é descartado (seja humano ou outra coisa), continua-se a viver em uma nova forma e se mantém algum tipo de presença”.<sup>1074</sup> Tais processos de separação, entre o que é ausente e o que é presente, entre o que é local e o que é global, envolveriam práticas muito específicas, caso contrário, continuariam a interferir umas nas

---

<sup>1067</sup> Ibidem.

<sup>1068</sup> Ibidem.

<sup>1069</sup> Ibidem.

<sup>1070</sup> Ibidem.

<sup>1071</sup> Ibidem.

<sup>1072</sup> Ibidem.

<sup>1073</sup> Ibidem.

<sup>1074</sup> Ibid., p. 5.

outras. Callon e Law lembram das famosas análises de Marcel Mauss [1872-1950] e de Marshall Sahlins [1930-2021] sobre as dádivas, nas quais as contradádivas tornariam possível que os espíritos estivessem presentes e ausentes. Por fim, mencionam o trabalho de Kevin Hetherington (autor que se aprofunda nesta discussão), que relaciona “dívida, remorso e assombração”.<sup>1075</sup> Além disso: “A ordem só é alcançada se esse processo de transmutação ontológica é feito de maneira apropriada. E a presença não necessariamente implicaria em copresença física”. Eles explicam que, pelo contrário, é possível que somente a separação física seja conquistada. Em casos extremos, eles concluem, “a ausência só é possível se existe também presença continuada”.<sup>1076</sup>

### 3.10 Trauma entre fato e sujeito

**“Porque, assim, quando a gente diz trauma, a gente está valorizando o evento em si.”**

**[Uma psicóloga da equipe]**

Algumas falas sobre o trauma ocorriam em conversas mais paralelas e não somente no ambiente mais oficial das supervisões nas manhãs de sexta-feira. Como vimos, o trauma “não existia” e “existia”, de modo que, de diferentes formas, a sua materialidade se apresentava de maneira ambígua. Comumente, manifestava-se de forma indireta, como, por exemplo, no interesse do psiquiatra sobre o TEPT durante sua graduação em Medicina, e, também, durante as entrevistas, quando descobrimos que havia todo um saber acumulado pelos profissionais sobre o tema. Além disso, o trauma era referido pela sua ausência, já que, conforme me foi dito inúmeras vezes, “ao invés de trauma, diagnosticamos mais como ansiedade ou depressão”. Diante disso, parte de nossa tarefa envolvia menos tentar localizá-lo como uma espécie de “tipo natural”<sup>1077</sup> ou de uma entidade fixa, e mais, de maneira muito distinta disso, percorrer o caminho feito pelos

---

<sup>1075</sup> Ibidem.

<sup>1076</sup> Ibidem.

<sup>1077</sup> Ian Hacking. The looping effect of human kinds. In: Dan Sperber, David Premack e James Premack. **Causal cognition: a multidisciplinary debate**. Oxford: Clarendon Press, 1995, p. 351-383.

atores, examinar o “nicho ecológico”<sup>1078</sup>, as práticas, o conjunto de condições que permitia que determinados termos, noções e categorias sobrevivessem e fossem mais ou menos disseminados nos variados ambientes do ambulatório. Foi assim que tratamos de acompanhar estes vetores, fossem estes os profissionais – a partir de suas falas, comportamentos e documentos por eles preenchidos - ou os atores não-profissionais, em geral os próprios usuários da instituição. Uma tarefa semelhante à empreendida por Annemarie Mol em seu seminal trabalho<sup>1079</sup> sobre o “corpo múltiplo”, ou melhor, sobre as diferentes formas em que a arteriosclerose era materializada/performada nos diferentes ambientes de um hospital holandês. Em seu caso, esta doença emergia de formas muito distintas, a depender das práticas relacionadas. Por outro lado, a autora mostra que os limites destas diferentes práticas constantemente eram borrados, de maneira que, a despeito desta característica de multiplicidade, ainda assim era possível uma coordenação em torno de um objeto comum de interesse por parte dos diferentes atores do campo. Assim como Mol, em nosso trabalho, tratamos de rastrear não somente as múltiplas maneiras em que o trauma era performado nas diferentes práticas, mas também, de identificar em que medida estes agentes se agenciavam a este problema comum.<sup>1080</sup>

Para além da dúvida aventada anteriormente acerca de um possível problema metodológico em meu trabalho, cheguei a pensar se as condições aversivas consideradas potencialmente traumáticas (como, por exemplo, as de violência doméstica ou abuso sexual feminino), justamente por serem tão comuns no cotidiano de atendimento daquela equipe, não faria sentido denominá-las a partir de seus efeitos, de uma categoria diagnóstica própria ou a outro termo que as circunscrevesse enquanto doença.<sup>1081</sup> O fato é que tanto o trauma como o TEPT não eram termos trazidos com frequência às reuniões,

---

<sup>1078</sup> Hacking (1998).

<sup>1079</sup> Annemarie Mol. **The body multiple: ontology in medical practice.** Duhan e Londres: Duke University Press, 2005.

<sup>1080</sup> Vale acrescentar uma outra semelhança entre nosso trabalho e o de Mol. Em sua investigação, a autora percebeu ser uma condição *sine qua non* a presença do corpo do paciente. Isto é, para que a arteriosclerose existisse, fosse real, performada, era preciso o corpo do próprio paciente. De maneira semelhante, no nosso caso, embora o trauma pudesse aparecer de maneira indireta em variados contextos, ficou muito evidente que ele se consolidava à medida em que os próprios pacientes estavam presentes. Assim, diferentemente de outras categorias psicológicas, que poderiam estar presentes independentemente dos pacientes, a categoria de trauma não. Tanto mais “existia”, quanto mais falavam os pacientes, com seus próprios termos, acerca de suas próprias experiências. De maneira esparsa, as narrativas dos usuários podem ser encontradas ao longo de toda a discussão etnográfica. Para uma visão focalizada nestas narrativas, remetemos o leitor à seção 3.15.3 O ponto de vista da vítima: narrativas em primeira pessoa em acolhimentos e recepções.

<sup>1081</sup> Como na etnografia de Whitney Duncan, que realizou pesquisa sobre violência doméstica no Estado mexicano de Oaxaca. Cf. Whitney Duncan. Gendered trauma and its effects: domestic violence and PTSD in Oaxaca. In: Devon Hinton e Byron Good (eds.) **Culture and PTSD: trauma in global and historical perspective.** Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2016, p. 202-239.

como por exemplo era feita menção à categoria psiquiátrica de “transtorno bipolar”. Aliás, o argumento de que o discurso psicológico ou psicanalítico era *oposto* ao médico-psiquiátrico também não se sustentava, uma vez que determinadas categorias psicopatológicas eram utilizadas comumente, tanto por psiquiatras, como por psicólogos. Sendo assim, era evidente, então, que determinadas categorias psiquiátricas estavam melhor estabilizadas do que outras, como a categoria de transtorno bipolar, a depressão e a esquizofrenia paranoide. É neste sentido que tais diagnósticos estavam muito mais “estabilizados” do que o trauma, podendo ser assim nomeados por um profissional durante a reunião de equipe. Quando se tratava de um caso de mania, por exemplo, era dito claramente que o paciente estava em um “episódio” ou em um “surto” maníaco. Sem controvérsias ou questionamentos. Nestes casos, podemos cogitar que a estabilizada condição do transtorno era facilitada pela materialidade de fármacos específicos prescritos para ele, os chamados estabilizadores de humor. Assim, a mania poderia ser derivada e articulada com outras condições tão bem estabilizadas quanto ela, como a psicose ou a depressão, podendo se configurar em uma “mania depressiva”, uma “psicose maníaca”, ou na combinação de todos os termos, em uma “psicose maníaco-depressiva”.

É importante entender tais materializações do diagnóstico como efeitos localizados, uma vez que, se lembrarmos, ainda, dos achados de Andrew Lakoff<sup>1082</sup>, verificamos que se tratava de um mundo psi de orientação psicanalítica, predominantemente lacaniana. Porém, em nosso caso, diferentemente do argentino, não havia ausência de transtornos psiquiátricos, como o transtorno bipolar. Na verdade, os conceitos psicanalíticos conviviam harmonicamente com o dito transtorno. É neste sentido que a sua não materialização em Buenos Aires, devido à orientação psicanalítica, deve ser entendida de modo contingente, fazendo sentido estritamente naquela rede de práticas. Em contraste, no nosso caso, estávamos em um circuito de práticas onde o sujeito psicanalítico era colocado lado a lado, sem controvérsias, com o sujeito “bipolar” ou o “maníaco”.

Além dos “transtornos”, algumas categorias não psiquiátricas também se estabilizavam bem. Uma delas era a de “sujeito”, comumente utilizada como conceito norteador da prática clínica desses profissionais. O sujeito coexistia e se relacionava pacificamente com outros termos do rol psi, de modo que era possível identificar um sujeito melancólico, um sujeito em surto psicótico, um sujeito depressivo, maníaco etc.

---

<sup>1082</sup> Lakoff (2005).

Frisamos, no entanto, que não era possível coexistirem num mesmo discurso sujeito e trauma, ou qualquer outro tipo de variação em torno deste último conceito.

Além disso, é importante apontar para o fato de que não havia, como um todo, uma variação dos diagnósticos conferidos aos pacientes nas fichas de acolhimento, de recepção e nos prontuários, sendo predominantes os diagnósticos de ansiedade e de depressão para os pacientes considerados neuróticos. Em relação a isso, os profissionais me disseram, em entrevista, que para eles o diagnóstico não era central. Desta maneira, como era obrigatório o preenchimento do quesito hipótese diagnóstica em diferentes tipos de registro (fichas de acolhimento, de recepção e prontuários, por exemplo), era comum que preenchessem com a categoria do CID mais genérica possível. Foi neste sentido que ouvimos de Fernando que o fato do TEPT “não aparecer” não produzia tantas implicações, uma vez que o tratamento seria o mesmo, “independentemente de ser TEPT ou não”. Como um exemplo empírico bastante concreto, verificamos que a categoria de TEPT não havia sido indicada seja no início ou na evolução de nenhum prontuário do ano de 2020. Na verdade, ao longo da revisão que fizemos de aproximadamente 2.000 entradas de pacientes do ambulatório, entre o ano de 2010 e 2020, a hipótese diagnóstica de TEPT apareceu apenas 13 vezes. Assim, mesmo que se conjecturasse a possibilidade de TEPT em algum caso, na visão do psiquiatra, nada se alteraria, de modo que a ficha era normalmente preenchida com outra categoria, como a F32 ou a F41 do CID-10<sup>1083</sup>.

### *Algumas versões da psiquiatria*

É importante observar, tal como veremos mais à frente no caso da paciente Andréa<sup>1084</sup>, que a presença ou não do TEPT não tinha relação somente com a sintomatologia da paciente, mas com uma série de outros motivos. Por exemplo, neste caso conduzido pelo próprio Dr. Fernando, o diagnóstico do TEPT estava presente de maneira plenamente estabilizada. Mas é importante notar que, se o trauma foi estabilizado

---

<sup>1083</sup> Na décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a categoria F32 corresponde a “Episódios depressivos”, sendo subdividida em seis subcategorias relacionadas a tais episódios. A categoria F41 corresponde a “Outros transtornos ansiosos”, sendo subdividida em outras categorias, como, por exemplo, a F41.0 “Transtorno do pânico (ansiedade paroxística episódica) e a F41.1 “Ansiedade generalizada”. A categoria Transtorno de Estresse pós-traumático, neste manual, é a F43.1, pertencendo ao grupo F43 – “Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação.” Cf. World Health Organization. **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research**. Geneva: World Health Organization, 1993.

<sup>1084</sup> Cf. o caso Andréa, no subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

aqui, isto se deu devido ao grave processo de investigação judicial e policial envolvido. Os efeitos psíquicos desastrosos na paciente evidentemente estavam associados, na visão dos profissionais envolvidos, aos incidentes pelos quais a paciente passou. Mas tal relação precisava ser materializada judicialmente e respaldada pelo diagnóstico. Não eram cabíveis quaisquer questionamentos. Por outro lado, em tantos outros casos, uma sintomatologia semelhante não redundava, necessariamente, em tal classificação.

Sobre este tópico, o psiquiatra Fernando nos disse: “Se a gente for parar para pensar, de fato, o quadro de TEPT não muda muita coisa. A medicação é a mesma coisa de sempre. O que vai mudar, lógico, vai ser o manejo com o paciente, pensar o que vai ser importante além da medicação.” Por outro lado, vale acrescentar que haviam argumentos diferentes aos do psiquiatra Fernando. Por exemplo, em uma direção diametralmente oposta deste psiquiatra, encontramos a do psiquiatra Glauco<sup>1085</sup>, segundo o qual, uma vez que se identifica “um quadro de TEPT, tudo muda. Não em termos de medicação, mas tudo no tratamento, no manejo, na conversa com a família, com outros profissionais, “tudo muda”, ele enfatiza. Também contrastando com a visão do Dr. Fernando, encontramos a da residente em psiquiatria Emilia, cujos detalhes abordarei a partir deste trecho. Embora afirme que o diagnóstico de TEPT “não aparece muito na prática”, em relação específica à medicação, ela nota que os benzodiazepínicos não são recomendados em casos de estresse pós-traumático, uma vez que a literatura aponta para a interferência deste fármaco no processamento de memórias. Ela acrescenta que, antes de vir para o ambulatório, sua expectativa era de que encontraria mais o diagnóstico de estresse pós-traumático. E diz: “Eu pensava que as pessoas iam usar mais esse conceito, mas não têm usado muito. Pensei que ia ser mais. Não tem aparecido muito”. Ela comenta a respeito de sua experiência enquanto psiquiatra residente:

Porque na residência, no primeiro ano, é só no hospital. Aí temos pacientes psicóticos somente. E a clínica é bem diferente. E aí, antes de vir para o ambulatório eu tinha um monte de ideias sobre como iria ser e algumas destas coisas foram mudando. Essa é uma das coisas que eu achei que fosse aparecer mais.

Uma outra dimensão da questão tem relação com o entendimento dos próprios pacientes sobre suas condições. Ela diz: “É como se a gente tivesse que guiar para eles entenderem o que aconteceu. Muito pouco paciente chega falando *estou com trauma*,

---

<sup>1085</sup> Cf. *O trauma na visão de psiquiatras*, nas Conclusões deste trabalho.

*aconteceu isso e depois começaram alguns sintomas, comecei a passar mal. Poucos são os que chegam assim”.*

Fernando, de forma análoga, ilustra com o caso de uma paciente. Ele nos fala um pouco sobre a sua sintomatologia: “Se percebe as dissociações que ela faz, ela se perde na rua, não consegue fazer um monte de coisas. Quando começa a ser questionada demais, ela começa a não conseguir mais falar até que para, para totalmente. Dissocia mesmo”.

E, em algum momento do tratamento,

de repente, surgiu isso, de que ela tinha sofrido um estupro na infância. Uma questão que nunca foi trabalhada. Ela levou a vida assim, a família também não se importou. Muito pelo contrário, foi até muito ríspida com ela. Quando ela contou, falaram que ela era uma piranha e coisas do tipo. Trataram ela assim a vida inteira por causa disso. E ela não consegue realizar direito, ainda, a dimensão desse evento na vida dela. Ela fala sobre isso que aconteceu, ela fala sobre, mas não vê as coisas que acontecem hoje na vida dela muito ligadas a isso.

Poderíamos apontar, sem a pretensão de esgotar as tantas possibilidades de entendimento, para algumas hipóteses relativas à questão da paciente não ter feito, por si mesma, a ligação entre suas dificuldades atuais e os eventos traumáticos da infância. Uma primeira possibilidade seria própria do dito transtorno, da condição pós-traumática, isto é, derivada do fato de que o acesso às memórias originadas pelos eventos traumáticos está impedido por um mecanismo específico da memória. Por exemplo, algo foi rompido e tal ligação, entre o “afeto” (na forma do sintoma perturbador, seja corporal, seja psíquico) e a “ideia” precisaria ainda ser ligada, construída, refeita, “elaborada”. Uma segunda ideia, não necessariamente excludente da primeira, seria a de que questões de violência, em especial a de violência contra a mulher, seriam tão comuns neste contexto a ponto de serem naturalizadas, como já foi aventado antes. Ou, ainda, que o contexto de atendimento psiquiátrico, em especial de um psiquiatra homem atendendo uma mulher violentada sexualmente, não facilitaria tal relato, como vimos ocorrer em algumas situações<sup>1086</sup>.

Quando pergunto a Fernando se a relação entre sintomas e eventos progressos não seria feita pelo próprio paciente, mas sim por ele, responde: “Sim, é totalmente por mim.” Na esteira de Emília, ele diz também que, diante de tais pacientes, todo um processo por

---

<sup>1086</sup> Como de fato ocorreu no caso da paciente Lorena, acompanhado em detalhes mais à frente neste trabalho. Cf. o caso Lorena, no subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática. Independentemente do gênero masculino, isto pareceu ocorrer também com a paciente Bruna, uma vez que tais relatos de violência só apareceram num momento posterior do tratamento, e não no início, diante das primeiras profissionais que a atenderam. Cf. 3.13.2 Abuso sexual de uma adolescente: histérica ou traumatizada?



parte dele (uma espécie de construção) seria necessário, de maneira que o paciente se desse conta das possibilidades de relação entre sua própria condição atual e os eventos traumatogênicos anteriores. De alguma forma, portanto, era necessário ensiná-los em relação ao que tinham e que a origem de seus sofrimentos teria sido originada em um ou mais eventos traumáticos anteriores. Para complexificar ainda mais a questão, vale acrescentar que alguns profissionais depois me disseram que este exercício de relação causal era mais comum no tratamento de pacientes psicóticos, quando comparados aos neuróticos, uma vez que os neuróticos faziam mais facilmente tais associações<sup>1087</sup>.

Assim, é neste sentido que Emília explica como chegam, em geral, os pacientes traumatizados. Ela diz: “*Ah, eu não estou conseguindo dormir. E aí a gente tem que perguntar e ver se aconteceu alguma coisa. E aí aos poucos, eles vão falando. Eu pensei que fosse ser muito mais presente. (...) Tem pacientes com uma vida muito difícil, com abuso sexual, uma coisa muito mais cronificada, mas que não é evidenciada como trauma.*” Para Emília, um dos motivos desses eventos difíceis da vida não serem nomeados como trauma reside no fato de não serem pontuais, isto é, não são agudos na vida do indivíduo. Seriam traumas acumulados, e não seria próprio da classificação diagnóstica conferir esse nome a uma situação crônica e repetitiva da vida do paciente. Uma vida de trauma não poderia ser traumática neste sentido. Para a psiquiatra um caso traumático não poderia ser assim considerado justamente porque a vida é cheia de situações muito difíceis, isto é, de possíveis eventos “traumáticos”.

Daí o imbróglio, semelhante ao apontado por Erica James<sup>1088</sup> sobre sua pesquisa etnográfica no Haiti, quando se perguntou: “Quando as rupturas na fábrica da vida social são rotineiras e se originam dentro de um clima geral de instabilidade política e econômica, como essa *nervosidade* social influencia a experiência de subjetividade e de *corporificação* nos níveis individual e coletivo?”<sup>1089</sup>. Ou ainda, seguindo ainda as questões desta autora: “Qual seria o uso de um conceito como o de estresse pós-traumático? Quando as rupturas se tornam rotina, qual a possibilidade existe para um senso de esperança ou de segurança?”<sup>1090</sup>. É neste sentido que a autora sugere a expressão

---

<sup>1087</sup> Cf. *O trauma na neurose e na psicose*, Conclusões.

<sup>1088</sup> Erica James. Haunting ghosts: madness, gender, and Ensekirite in Haiti in the democratic era. In: Mary-Jo DelVecchio Good; Sandra Teresa Hyde; Sarah Pinto; Byron J. Good (eds.). **Postcolonial disorders**. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press, 2008, p. 132-156.

<sup>1089</sup> James, 2008, p. 139.

<sup>1090</sup> *Ibidem*.

*rotinas de ruptura* para designar – no caso dela – as influências sobre a experiência intersubjetiva de sofrimento no Haiti “democrático”.

Ao que tudo indica, a psiquiatra apontava para questões semelhantes, já que, conforme afirmou, nosologicamente, não existia uma categoria diagnóstica para tais quadros. Foi neste sentido que ela concluiu: “Quando é mais cronicada a vivência, é difícil avaliar o que foi trauma e o que não foi.” E, por fim, quando questiono se haveria alguma classificação específica para isso, para esse trauma “de uma vida”, um trauma mais cronicado, ela responde: “Aí eu não sei, não tenho pesquisado isso. Aí seria algo como: *Apresenta um quadro depressivo ou ansioso*”.

É importante destacar o que ela nos conta sobre uma experiência anterior, em seu país de origem, o Chile. Ela diz:

Eu trabalhei muito na saúde do trabalho no Chile e tinha muito acidente de trabalho que acontecia com pacientes que trabalhavam em pedágio. Assaltavam, roubavam e eles iam para tratamento psiquiátrico porque foi um acidente de trabalho. Nesse momento, era sempre de estresse agudo<sup>1091</sup>, havia pouco estresse pós-traumático.

Quando questiono se havia algum tipo de auxílio, responde:

Sim. Lá no Chile, você tem a saúde do trabalho separado. Você tem o plano de saúde como o SUS ou o privado, para a saúde em geral, e existe outro plano para a saúde do trabalho. Eu trabalhava nesse plano. E aí chegava muito disso. Por exemplo, motorista de caminhão que era roubado e ficava com estresse pós-traumático. E nesse caso do Chile, a questão diagnóstica ficava mais específica porque o diagnóstico no final era importante.

Assim, se por um lado tínhamos, até então, dúvidas de que o trauma não aparecia no ambulatório, agora passaríamos a ter – ousamos dizer – certeza. Não tanto no sentido apontado pela psiquiatra Emilia (já que a vida estava tão “repleta”, por assim dizer, de traumas, que não faria sentido algum nomear desta forma), mas no sentido de que, diferentemente de sua experiência no Chile, no Brasil (como no Haiti), não havia consequências.

### *Algumas versões da psicologia*

Como vimos anteriormente, quando os casos eram discutidos pormenorizadamente nas reuniões, não se utilizava o termo trauma. Assim, ficou claro

---

<sup>1091</sup> Na CID-10, esta categoria é a F43.0 “Reação aguda ao estresse”. Cf. WHO (1993).

que se houvésemos decidido realizar a pesquisa somente a partir da presença nas reuniões de equipe ou somente consultando os prontuários, teríamos concluído que a palavra trauma – e tudo o que ela implica - não circularia de modo algum naquela instituição. Por outro lado, o trauma aparecia nas entrevistas e nas inúmeras conversas de corredor. Por exemplo, numa conversa dessas, quando uma psicóloga da equipe me perguntou o que eu achava de uma paciente, que começou a ter ataques de pânico depois que uma chuva provocou um desastre onde morava.<sup>1092</sup> Para esta paciente, após o episódio catastrófico, bastava ela ouvir o som de uma chuva mais forte, que começavam tais ataques. Assim, a psicóloga estava intrigada com o caso e conversamos sobre isso em algum momento. Ela colocou a questão justamente porque, diante de uma dificuldade técnica, terapêutica, de como lidar com a paciente, pensou em mim, já que eu estava ali estudando o trauma, confiando em que chegaria a uma solução. No final das contas, à época, ela não imaginava outro manejo que não passasse pela “investigação dos elementos mais antigos de sua história de vida familiar”.

Vale acrescentar aqui que a questão do “barulho” reapareceu em outros casos, ligada a outros termos, mas com um desfecho interpretativo se não igual, bastante semelhante, como o caso da Dona Eunice (contexto de recepção), exemplificada anteriormente. Somado a estes exemplos (o da chuva e o de Dona Eunice) podemos apontar para um outro, trazido logo no início de uma reunião de equipe, onde a psicóloga destacou que “precisava de ajuda” num caso recebido por ela naquela última semana. Referia-se ao acolhimento da “mãe de uma criança”. Ela diz: “Não é um sintoma muito grave, algo que fale de um sofrimento de ordem maior”. A mãe da criança lhe disse que a filha estava “com muito medo”. A menina fala de uma cena que assustou muito todo mundo e a criança também; e que “a criança tem medo de fogos e de barulho.”

A psicóloga usa o termo “cena”, embora não tenha detalhado o que de fato ocorreu. Em algum momento, diz: “Ocorreu uma *cena* em que, a partir dali, a criança ficou com medo, medo de escuro, medo de tudo”, deixando claro que o quadro de medo da menina surgiu a partir deste momento específico. A discussão que se inicia ao redor do caso vai na direção de que a questão não era a criança, mas a mãe, o problema. De fato, discute-se que o manejo clínico seria com a mãe e que “talvez nem precisasse ver a criança”. Assim, na discussão do caso, não há detalhes sobre os fogos e nem sobre a natureza do barulho, e relembra o que disse à mãe acolhida: “Você disse à menina que

---

<sup>1092</sup> Trata-se da paciente Roberta, cujo tratamento é discutido mais à frente. Cf. 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

tinha ficado tudo bem? Você conversa com sua filha? Já notou se faz alguma coisa que a acalme? É uma criança de 4 anos. Para ela tudo é muito novo. Você chegou a dizer para ela que ficou tudo bem?”.

Uma colega aponta que, “às vezes, até para poder dizer isso para a mãe ou o pai, a gente precisa receber a criança algumas vezes”. À semelhança do barulho insuportável para Dona Eunice e do susto da paciente devido à chuva forte em sua casa, estávamos diante de mais uma situação que poderíamos encaixar numa série, não por envolver um determinado som mas, ao contrário, pelos respectivos históricos familiares. O que estava em questão não era o manejo clínico do fenômeno natural, do possível tiro ouvido por Dona Eunice, tampouco, o “estouro” ouvido pela menina. Tratava-se de pensar tais questões de maneira associada a possíveis problemas familiares.

Vejamos um segundo caso, ainda ilustrativo do que dissemos antes, de que não era tão evidente encontrar o “trauma” na reunião de equipe, seja por não ser assim nomeado, seja por não serem caracterizados de forma explícita os possíveis *eventos externos*. Eliza era uma paciente encaminhada de um CAPS e que fizera algumas tentativas recentes de suicídio. A psicóloga trouxe este caso à reunião, pois gostaria de “deixar a equipe avisada de que, se ela chegar, a paciente já foi avisada de que a equipe a acolheria”. Ela destaca: “O caso é muito grave. Não é pouco grave. Tem um bom suporte familiar, mora com o marido”. Estes termos, naquele momento, chamaram a minha atenção, de modo que passei a prestar atenção nos detalhes descritivos. Foi possível perceber que, da mesma forma que não fora narrada a “cena” (no caso da menina), também não pudemos conhecer detalhes e quaisquer informações adicionais do contexto de vida da paciente, o que de alguma forma reforçava a ideia de que *o evento* não seria, de fato, algo *materializável* no contexto da equipe, ainda que pudesse ser em outros âmbitos daquele mesmo ambulatório.

Se colocarmos em série dois outros casos escutados durante a recepção, talvez fique mais claro o que estamos querendo delinear. Diferentemente do caso exemplificado acima, agora estávamos no contexto de uma recepção, onde pudemos ouvir diretamente das pacientes o que elas próprias falavam de seus sofrimentos.

### *Paciente Suzana*

O primeiro caso refere-se à paciente Suzana, de 52 anos, que começa seu relato desta forma: “Saí de casa este ano, por conta do meu pai alcóolatra. (...) Estou muito

abalada, tomando Donaren e cloridrato de hidroxizina”. Coloca que não está mais aguentando lidar com a “pressão emocional” e chora quando fala “foi a gota d’água”. A “pressão” que sofre vem da escola onde trabalha, onde “tem onze crianças, uma inclusive com ‘transtorno autista’, bate em todo mundo”. Havia recebido, naqueles últimos dias, uma notificação da direção do colégio. O choro aumenta mais quando diz, reproduzindo o que lhe disseram no ambiente de trabalho: “*A gente não sabe se você vai trabalhar, você pode ser desligada*. Para mim, não sei se o meu problema é ser criticada. Talvez seja”. Suzana finaliza:

A fibromialgia está controlada. (...) Fui diagnosticada em 2010. (...) Desde pequena, eu tenho dor. (...) Aí, os médicos diziam que era crescimento. (...) Fiz uma histerectomia em 2017. (...) Foi um ano muito difícil pra mim, perdi meu marido, minha cunhada e minha sogra. (...) Foi o ano em que eu fiz o concurso, ainda tiro força pra estudar.

Abundam os problemas aqui. Um cenário repleto de causas externas. Reparemos que, sendo nomeadas ou não como traumas, existe um repertório de eventos, de maneira que se torna bem demarcado em que momento foi agudizado o sofrimento psíquico da paciente, além dos motivos concretos que a levaram ao seu estado atual.

#### *Paciente Janice*

Isto também fica evidente no depoimento trazido pela paciente Janice, que começa dizendo justamente que o “marido foi atropelado” e que “teve um tumor na cabeça”. A mãe seria “uma grossa”, e o pai, “um potencial matador”. Janice, mãe de quatro filhos, criada na zona sul da cidade e que estudou somente até a sexta série, nos contou que “cresceu sob medo”. Foi morar em favela depois do primeiro marido e lá sempre foi acompanhada pelo médico do módulo do médico de família de sua região. Acrescenta, concluindo, os seguintes detalhes: “Comecei a beber e acordei em pânico um dia. Tive um surto”.

Reparemos nos eventos e nas causas que, nos casos de Suzana e de Janice, se multiplicam. A paciente Janice, em especial, nos diz: “Há mais ou menos dois meses, misturei remédio com bebida.” Entrando no rol dos problemas externos, acrescenta que “a boca de fumo é em frente à minha casa” e, para lidar com isso, está tomando remédio de controle da pressão arterial, Losartana 50 mg. Ela diz, aumentando mais a lista das questões que estão além de seu controle: “O desemprego e o local é o que está me fazendo

mal”. Questiona: “Eu quero saber por que eu tinha medo, medo dos vizinhos, das pessoas”. Lembrou à equipe no momento em que a recebíamos na recepção: “Eu tenho ido à Igreja. (...) Eu gosto da macumba, já frequentei centro espírita, mas não gosto de lugar de gente que não quer o meu bem”. E finaliza: “Eu tenho síndrome do pânico e tenho certeza de que foi da mistura da bebida com o remédio”.

Estes casos, embora bem curtos, indicam que, na fala dos pacientes, os fatos externos eram mais comuns, estavam mais presentes, quando a comparamos com a abordagem mais presente na fala dos profissionais, em particular das psicólogas que falavam mais frequentemente nas reuniões. Os pacientes, por outro lado, falam sem problema algum sobre estas causas, que, em geral, raramente eram referidas como algo relacionado a um mecanismo interno. No primeiro caso recebido, as questões eram a “pressão do colégio”, a “histerectomia”, a “perda” de pessoas queridas, o “concurso” onde se viu forçada a estudar. No segundo, era a “mãe grossa”, um “pai potencial matador”, o “desemprego”, o local de moradia, a “boca de fumo”, a “bebida misturada com remédio”, a “inveja das pessoas do centro espírita”, a “macumba”.

Num evidente contraste, nos casos extraídos da reunião de equipe, se não fosse por uma psicóloga, que, ao final do comunicado, pediu mais detalhes, não teríamos sabido que as tentativas de suicídio da “paciente grave” ocorreram após o AVC do pai, a partir do que “precisou ser forte”. Se a pergunta não tivesse sido feita, não teríamos sabido também que a paciente precisou viajar para a região do Nordeste (onde o mesmo morava) para cuidar dele e, posteriormente, trazê-lo para morar com ela. Não conseguiu mais lidar com o pai a partir daí, já que, para ela, era como se estivesse morto. Foi a partir de então que desenvolveu uma série de sintomas. Na verdade, foi só por esta pergunta que soubemos de uma “cena” em que o filho desta paciente tomou uma vacina, apresentou uma reação e que, quando a avó dele ligou avisando, ela entendeu que o filho “estava sendo reanimado”. Por fim, fomos informados de que ela não pensa mais na possibilidade de cuidar de ninguém, além de apresentar “ideação suicida” continuamente.

Se eu mesmo não tivesse perguntado, ao final da apresentação do caso, sobre o caso da menina fóbica de quatro anos, do que tratava a “cena” mencionada pela mãe, não teríamos sabido que se referia a um morador vizinho que armou e estourou “algumas bombas”. Enfatizemos: não teríamos sabido do que se tratava a “cena” que disparou o medo na menina. Não eram tiros, como cheguei a imaginar. O susto foi produzido porque *acharam* que fossem tiros. Foi a partir deste estouro, por causa do som (no momento

imaginaram que se tratasse de um perigo real, um tiroteio dentro da comunidade onde moravam), que a menina desenvolveu o medo permanente, crônico.

*Ênfase no sujeito, e não no evento*

Diferentemente de seus colegas da psiquiatria, quando perguntei à Sandra se a ideia de trauma era útil ou se o “trauma” aparecia na sua prática clínica, ela me respondeu que “não, mesmo que, ao longo da vida, as pessoas passem por situações muito difíceis e muito singulares”. Esta fala de Sandra (como outras relatadas mais à frente, desta mesma profissional) me fez lembrar das observações de Favret-Saada<sup>1093</sup>, a respeito do que diziam seus interlocutores sobre o seu objeto de investigação, no campo etnográfico. Ora, quando ela os questionava sobre a existência ou não de feitiços, naquela região do interior da França, era muito comum que eles lhe dissessem que tais práticas não existiam ali. Nestes casos, a existência ou não da feitiçaria era relativa a quem o informante pensava que estava se dirigindo. Assim, caso o seu interlocutor entendesse que o etnógrafo fosse alguém “de fora”, ele respondia que “feitiços não existiam”, “não existem mais” ou que isso “é coisa de antigamente”, “era verdade para nossos mais antigos”, “existem, mas não aqui”, “vá e olhe em Saint-Mars (...), lá, eles realmente estão atrasados”, “ah, feitiços!”, “Eu não lido com essa podridão”<sup>1094</sup>. Por outro lado, ela complementa, em outros casos, para alguém que era *afetado*, falava-se “de uma outra maneira, dependendo se à pessoa era conferida a posição de enfeitiçado ou desenfeitiçador”<sup>1095</sup>. Em muitas ocasiões, então, me vi em situação semelhante, principalmente nas vezes em que, quando eu os perguntava se existiam ou não casos de trauma, ou como eu poderia investiga-los (caso existissem), me respondiam que não era “desta maneira” que aparecia ali ou mesmo que seriam mais comuns em outras instituições, como alguma “ONG” ou “entidade dedicada à população negra”, exemplos dados por esta mesma profissional<sup>1096</sup>.

Neste momento, o ponto destacado pela psicóloga era o de que, embora fosse “muito difícil pra todo mundo, cada um lida com as dificuldades que encontra no caminho de uma maneira muito própria”. Era por isto, segundo ela, que tal termo não aparecia nas reuniões de equipe. E finaliza: “Então, eu não sei se a palavra trauma, por exemplo,

<sup>1093</sup> Jeanne Favret-Saada. **Deadly words:** witchcraft in the Bocage. Nova York: Cambridge University Press, 1981.

<sup>1094</sup> Favret-Saada, 1981, p. 16.

<sup>1095</sup> Ibidem.

<sup>1096</sup> Cf. mais à frente 3.13 Violência racial e de gênero: *trauma* racial e de gênero?

aparece nas nossas reuniões de equipe. Isso não aparece na história das pessoas.” Assim, para esta psicóloga, em particular, a palavra trauma deveria ser reservada somente a situações consideradas “excepcionais” e “coletivas”, de maneira que para grande parte dos casos (provavelmente, a maior parte deles) o termo não seria tão adequado. Além disso, ela afirma: “A gente não localiza um evento em si. A gente localiza um sujeito que tem uma certa característica, um modo de funcionamento e como ele vai lidando com as coisas que acontecem na sua vida. Sem esse peso do evento. Porque eu acho que o trauma coloca o peso no evento, bota o peso no fato.” E, por fim, ela compara com a questão do abuso de substância: “Tem uma abordagem que coloca o peso na substância, na droga. A gente trabalha mais na direção de como cada um se encontra com aquela droga. O problema não é a Cracolândia, o problema é como cada um se vincula àquilo, vive aquilo”. E termina o raciocínio: “Acaba sendo mais o funcionamento do sujeito diante daquilo do que o evento em si.” Assim, ao invés de dar “peso” ao trauma, equivalente, em seu exemplo, equivalentes à droga e à Cracolândia, o peso penderia mais para o lado do sujeito.

Patrícia, psicóloga, também se destaca no rol dos psicólogos que vão dar peso, digamos assim, ao sujeito em detrimento do evento. Ela explica: “Um paciente fixado num trauma, no sentido de um acontecimento, de ficar ali numa narrativa do fato<sup>1097</sup>, é a mesma dureza quando o paciente está aprisionado num diagnóstico. É a mesma coisa.” Afirma que o trauma comumente seria vivenciado pelos pacientes como sendo algo vindo de fora, não tendo necessariamente relação com suas questões de ordem mais subjetiva. Nestes casos, conta, tem “um negócio ali que não avança, que não elabora, que a gente faz uma intervenção e o paciente recusa completamente, o paciente não quer dizer da sua história”. Para ela, tais pacientes normalmente dizem: “nada tenho com isso”, “me aconteceu”, “minha genética”, “bateu um vento”, “peguei um vírus”, “alguma coisa”, “eu sou deprimido” – termos que ela utiliza para exemplificar. A terapêutica, em sua prática, seria a de “fazer o paciente falar muito daquilo, que possa repetir, repetir, até que alguma coisa desloque”. Embora não negue a importância do evento, observa que não fica “explorando o fenômeno enquanto fato, como uma descrição factual”.

---

<sup>1097</sup> Vimos que a dificuldade encontrada por esta psicóloga era compartilhada por outras colegas. Por exemplo, na condução do caso Roberta, acompanhado pela psicóloga Mônica. Vale lembrar, no entanto, que vários profissionais não viam tais “narrativas” necessariamente como um obstáculo ao tratamento. Isto ficou bastante evidente no caso Andréa, conduzido pela psicóloga Talíria. Ambos os casos são detalhados no subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.



Trazendo à tona a questão dos abusos sexuais, ela diz: “Se a gente está falando de acontecimentos, uma vez que sabemos que os abusos estão aí, acontecendo surrealmente, o que que é da ordem de uma fantasia?” E continua: “E quando digo fantasia não é que o outro não possa ter colocado algo da ordem do sexual, mas no sentido de uma interpretação do que alguma coisa que tenha sido manipulado ou com um investimento maior”. Ela traz dois casos que, segundo ela, exemplificam o imbróglio. O primeiro é de uma paciente que esteve internada: “Quando o suposto – só posso dizer suposto – abusador morre, a menina desorganiza de um jeito que ela vai em direção à morte também. E fala de um pai falido, de um pai que não investiu nela, que não se ocupou dela.” Vale observar aqui o termo “suposto”, porque supor, aqui, não implica apenas em elaborar uma hipótese, mas indica algo sobre o qual poderia se lançar uma desconfiança.

Talvez isto diga respeito ao que Ruth Leys<sup>1098</sup> se refere, quando escreve que, desde o fim do século XIX ao fim do XX, o espectro da desconfiança sempre rondou as categorias do trauma. Leys enquadra esta questão em termos da sempre presente oscilação entre teorias que, ora tentaram explicar o trauma em termos de processos *subjetivos* (através de um processo de identificação do sujeito com o evento traumático) ora em termos de processos onde ocorreria um abalo produzido *diretamente* por tal evento. Tal diferenciação aparece neste caso de Patrícia, quando ela diz:

Se é da ordem da fantasia ou não (quando isso vem com um teor sexual) a gente não tem como saber. E não dá para colocar dessa forma para a paciente. Mas que esse cara foi um vínculo importante eu não tenho a menor dúvida. Quando ela se livra, é que o negócio ali se desorganiza de forma importante.

Para a psicóloga, não havia dúvidas de que se tratava de uma figura importante para a paciente. Por outro lado, não era possível saber o que da paciente havia se encontrado com o abusador, do quanto seu sofrimento derivava deste encontro. No final das contas, de sua própria “fantasia”.

Ainda com Leys, é lembrado que casos como este trazem à tona dificuldades teóricas e práticas que perpetuamente ressurgem na história do trauma e que aparecem ligadas a diferentes vertentes interpretativas, as quais “parecem rondar o problema da imitação”. Numa primeira destas vertentes, no modelo chamado *mimético*, o trauma seria “definido como uma situação de dissociação ou ausência do *self*”, onde a vítima

---

<sup>1098</sup> Ruth Leys. **Trauma: a genealogy**. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

inconscientemente imita e se identifica com o agressor. Onde há, enfim, uma condição em que a vítima fica em um autoestado de sugestionabilidade ou hipnótico. É neste sentido que o trauma seria entendido enquanto uma espécie de imitação ou identificação hipnótica.

No caso dessa paciente exemplificada por Patrícia, haveria, aproximando a discussão de Leys, uma espécie de “identificação” com o a figura do agressor. Talvez seu quadro tenha sido gerado por tal identificação. Nunca saberemos. O ponto, no entanto, a ser destacado, a partir da leitura que Leys faz de como este problema aparece ao longo da história do conceito de trauma, é que seria a partir deste processo de identificação do sujeito com “o evento”, a partir disso que ela chama de “um processo de imitação”, poder-se-ia cogitar que tal memória seria uma espécie de fabricação sugestionada ou simulação. A partir deste ponto, estamos a um passo da desconfiança. Por outro lado, no modelo chamado anti-mimético, claramente haveria uma separação entre o sujeito e o evento causador do trauma externo. O trauma, aqui, seria considerado enquanto um evento puramente externo ocorrido, nos termos de Leys, a uma “vítima passiva”. A partir deste modelo, a possibilidade de “desconfiança” ou da consideração de quaisquer possibilidades de “participação”, de “implicação” ou de responsabilidade da vítima em relação ao seu ocorrido é descartada.<sup>1099</sup>

Um segundo caso apontado por Patrícia também diz respeito a este tipo de situação. Novamente, trata-se de uma jovem que fora abusada pelo próprio pai. Ela conta:

Um pai sozinho, a mãe falecida, muitos filhos, e que há fortes indícios de que a filha de doze anos, a mais velha, teria sofrido abuso por esse pai. E tem crianças mais novas na mesma casa. O cara pobre, trabalhador braçal, se vira, vai lá no Conselho e diz *olha só, mas eu faço o que posso pelos meus filhos*.

Mais à frente, complementa: “Eu não sei se a menina confirma, se foi um vizinho que contou, enfim, não sei os detalhes da coisa, mas tinha realmente indícios de que tinha alguma coisa esquisita, mas a menina não queria sair da relação com esse pai.”

---

<sup>1099</sup> Exemplos deste último modelo, segundo Leys, são estudos neurobiológicos onde se argumenta em favor da ideia de que memórias traumáticas seriam réplicas literais, repetições do trauma, as quais estariam fora do campo da representação linguística, sendo, portanto, impossíveis de serem acessadas verbalmente. Cf. Leys (p. 229), para o debate que a historiadora das ciências Ruth Leys denomina como sendo travado entre teorias “miméticas” e “antimiméticas”. Por outro lado, pode-se dizer que tais oposições são tão antigas quanto o surgimento do conceito de trauma, desde o último quartel do século XIX aos dias atuais. Para uma excelente historiografia deste conceito, para além do trabalho de Leys, remeto o leitor às seguintes obras: Mark Micale e Paul Lerner. **Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001; Paul Lerner. **Hysterical men: war, psychiatry and the politics of trauma in Germany, 1890-1930**. Londres: Cornell University Press, 2003.

O termo “indícios” aparece. Tanto o termo “suposto” notado antes como o “indícios” colocam em suspenso a verdade do caso. Na época, Patrícia conta que a reação da equipe colou o “peso” nos eventos. Ela diz: “A equipe, a todo custo, quis abrigar a menina e a menina dizendo *essa aqui é a minha família*”. Patrícia diz que, quando se depara com estes casos, “não tem como esquecer Charcot e Freud”. Ela diz: “É batata, algumas pacientes dizem alguma coisa da ordem do sexual que foi fora do tempo de maturidade. É isso: é impossível escutar uma histérica e em algum momento ela não diga de uma cena de sedução da qual ela foi vítima, onde ela não pôde ser ativa.” Enfim, coloca a questão: “Isso é um incesto necessariamente? É só isso? Ela já perdeu uma mãe, vai perder o pai também. É uma encrenca.”

E, reforçando a ideia de que existiria algo mais para o lado do sujeito – e menos para a factualidade do caso – e argumentando que dar conta da clínica do sujeito implicaria em apartá-la do social, não cedendo ao viés interpretativo em que se coloca o contexto, no caso o abusador, enquanto real causador de seu sofrimento psíquico, ela afirma:

A única chance que a gente tem de fazer uma leitura que não é social ou causal do trauma é essa, que é a grande sacada da clínica: tem uma coisa dela que se encontrou com aquilo, ou seja, que outros sujeitos não fariam questão com aquilo. E as vezes eu acho que a única chance é a que a psicanálise nos dá, seja através do conceito de gozo, de várias coisas, que é, esse cara pode ter feito a função de pai para essa menina. E ela perdeu uma figura importante, que não necessariamente é uma figura de horror, porque esse cara pode ter se ocupado dela, ele pode ter sido a pessoa que se ocupou dela.

E finaliza:

Como hoje podemos falar muito mais das situações reais de abuso, a gente, psicólogo, tem tomado a fala dos pacientes muito factuais. E é um negócio muito delicado. A gente, enquanto agente público, diante de escutar certas coisas, tem que notificar compulsoriamente órgãos, tem que tomar providências etc, tem proteção de idoso, adolescente etc, e ao mesmo tempo, às vezes, é tão importante suspender um pouquinho e ficar ali na ordem do discurso e não das ações. Eu acho que esse é o grande nó que eu tenho visto hoje na equipe. A gente está tomando muito as coisas como fato (...) que precisamos tomar providências enquanto agente público. Isso aparece pelo discurso, pois não estamos lá verificando, confirmando nada, mas que a gente tem uma responsabilidade e nós somos também os profissionais que trabalham com a palavra. E a gente tem um saber suficiente sobre que nem tudo de que o sujeito se queixa se trata de um relato de um fato. É a experiência dele com aquilo.

Reparemos que estamos diante de um conceito central, que norteava a prática clínica de parcela importante dos psicólogos do ambulatório. Diferentemente das perspectivas de outros profissionais que compunham a equipe, e também da perspectiva

dos próprios pacientes (a qual acompanharemos, com detalhes, mais à frente<sup>1100</sup>), para uma parte das psicólogas havia uma distinção clara sobre o que seria da ordem dos fatos externos e o que seria do sujeito. Em termos clínicos, tratava-se de diferenciar ambas as dimensões, preferindo-se, de antemão, o olhar em direção ao modo em que o sujeito lidava com as diferentes situações da vida. É neste sentido que a dimensão da *responsabilidade* surge aqui, uma vez que, independentemente se o sofrimento derivava de um acontecimento literal e concreto, a pergunta que se fazia ao usuário, em tratamento, era *o que fazer?*, *como seguir em frente?*. Foi neste sentido que a dimensão da implicação do sujeito apareceu em grande parte dos casos.

Assim, ao menos dois aspectos relacionados a esta ideia precisam ser sublinhados. O primeiro deles dizia respeito à polaridade passividade vs. responsabilidade, isto é, ao próprio modo em que os pacientes se posicionavam diante dos eventos difíceis da vida. Por um lado, os usuários poderiam ser vítimas, no sentido de se colocarem de modo “passivo” e “objetificado” diante de um determinado evento. Por outro lado, de maneira mais ativa, implicada e responsável, diante destas situações, sendo consideradas como traumáticas ou não pelos psicólogos. O outro ponto relacionado à questão da implicação dizia respeito à própria dinâmica psíquica envolvida nestas situações, ao *gozo*, conceito que me chamara atenção, em diferentes momentos da pesquisa, pois era associado como princípio explicativo de muitos destes casos. Ora, a questão que se colocava não dizia respeito, necessariamente, à ocorrência de um determinado evento, mas, uma vez que este redundou em uma situação de sofrimento posterior, o que da parte do sujeito *se encontrou* com ele, a despeito do nível de atrocidade concreta pela qual tenha passado? Aliás, por que se repetiam, muitas vezes, as mesmas situações onde o paciente (em geral, a paciente) se colocava numa mesma situação vitimizada? Podemos dizer, então, que nesta abordagem ocorria uma interiorização sistemática das causas, em contraponto a uma abordagem que pudesse identificar, de modo claro, causalidades externas dirigidas ao sujeito, entendido em seu sentido literal como vitimizado, bem como uma deslegitimação ou minimização das reais possibilidades de relação direta e concreta entre os diferentes tipos de evento sofridos e os quadros sintomatológicos posteriormente desenvolvidos.

---

<sup>1100</sup> As narrativas em primeira pessoa estão presentes ao longo de toda nossa discussão etnográfica. Para um foco especial nesta perspectiva, remeto o leitor ao item 3.15.3 O ponto de vista da vítima: narrativas em primeira pessoa em acolhimentos e recepções.

Tal como apontaram Fleischer<sup>1101</sup>, Castro<sup>1102</sup>, Nascimento e Melo<sup>1103</sup>, Toniol<sup>1104</sup> e Fonseca<sup>1105</sup>, sem deixar de mencionar a discussão clínica da Reforma Psiquiátrica desenvolvida neste trabalho<sup>1106</sup>, flagrada também por Silva<sup>1107</sup>, tratava-se de um importante pilar, comum, aliás, entre vários contextos da saúde coletiva. Foi assim que a questão da responsabilidade foi observada no estudo de Toniol, que, por exemplo, identificou que os profissionais de um serviço de terapias alternativas do SUS comumente imputavam a responsabilidade pela saúde aos usuários, responsabilizando-os e simplificando uma questão mais ampla e complexa. Isto se destacou na investigação do autor, tendo em vista se tratar de uma equipe não somente orientada pelas diretrizes em saúde coletiva do SUS, mas que poderia considerar uma dimensão da saúde de modo mais holístico, portanto, menos individualista, comumente associado ao campo das terapias alternativas em saúde. No caso de Fonseca, ainda como exemplo, identificou-se que parte das profissionais do serviço distinguiam as mulheres “bem preparadas” das “não preparadas” ao parto, imputando-as neste contexto a responsabilidade do sucesso de seus respectivos partos, de maneira simplista.

Podemos entender esta questão a partir da perspectiva de Latour<sup>1108</sup>, que identifica neste sujeito da interioridade justamente a “contrapartida para os objetos da exterioridade”<sup>1109</sup>. Por um lado, então, identificamos o campo das representações e das chamadas crenças, objetos eminentemente abordados pelas ciências psicológicas, que realizariam uma espécie de “serviço sujo”<sup>1110</sup> destes aspectos do mundo “interior”. Aqui, concebe-se que o sujeito *projeta* “sobre a *realidade exterior* seus próprios códigos – os quais lhe seriam dados de fora, por um encadeamento causal dos mais impressionantes,

---

<sup>1101</sup> Fleischer (2018).

<sup>1102</sup> Rosana Castro. Regulamentação sanitária de medicamentos: a controvérsia dos emgracedores. In: Jaqueline Ferreira; Soraya Fleischer (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 299-322.

<sup>1103</sup> Pedro Nascimento e Ariana Cavalcante de Melo. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: Jaqueline Ferreira; Soraya Fleischer (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 267-297.

<sup>1104</sup> Toniol (2014).

<sup>1105</sup> Fonseca (2010).

<sup>1106</sup> Cf. 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma, neste trabalho.

<sup>1107</sup> Silva (2005).

<sup>1108</sup> Bruno Latour. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

<sup>1109</sup> Latour, 2002, p. 77.

<sup>1110</sup> Distinguindo-a, por exemplo, de campos como a epistemologia, que se destinaria a descortinar e explicar estes fatos do mundo objetivo. Cf. Arthur Arruda L. Ferreira. A psicologia como saber mestiço: o cruzamento múltiplo entre práticas sociais e conceitos científicos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 13, n. 2, abr./jun., p. 227-238, 2006.

das estruturas da língua, do inconsciente, do cérebro, da história, da sociedade”<sup>1111</sup>. Levando-se em conta nossa discussão sobre o trauma, se existem mecanismos de causalidade, trata-se de apontar para os aspectos de identificação, para aquilo que se projeta, ou ao que se mescla e que já estava *antes*, no contato do sujeito com o mundo exterior. Por outro lado, Latour identifica no trabalho de Tobie Nathan um modelo alternativo ao do “sujeito-da-psicologia”, como denomina, onde se teria a vantagem de não precisar “supor nem essência, nem pessoa”<sup>1112</sup>, enfim, onde seria possível incluir no próprio *setting* terapêutico outros atores ou o que ele chama de “pavores”, que não necessitariam mais de “sujeito pessoal do que a frase *il pleut* (chove)”<sup>1113</sup>. Tais pavores, neste modelo, nunca se “detêm no sujeito”, mas, simplesmente, passam, atravessam, “saltam sobre o sujeito” e, caso “se prendam a este último, será por engano, quase por inadvertência”<sup>1114</sup>. É neste sentido que Latour sugere o termo “transferência de pavores” (ou transpavores, *transfrayeurs*, em francês), na medida em que remeteria ao movimento, à ideia de que, por exemplo, fazer curar seria equivalente a “fazer passar o pavor”, de modo que ele não se detenha, “não se fixe no paciente”, levando-o, “substituindo-o por outros, em sua louca série de substituições, sempre diferentes”<sup>1115</sup>. Para isto, ele escreve, seria “preciso *valer-se de artimanhas*”<sup>1116</sup>, seria “preciso enganar o pavor às custas de uma complicada negociação”, ser astucioso com ele, de maneira que com ele próprio, isto é, com este “quase-sujeito”, o próprio pavor, “que substituiria o sujeito-da-psicologia”<sup>1117</sup>, pudesse se negociar. Vale acrescentar que isto se aproxima da própria compreensão de Tobie Nathan, que identifica na raiz etimológica da palavra pavor, duas noções, a primeira delas referida a um medo “intenso, que agarra, petrifica” e, em segundo (o que é bastante pertinente à ideia apontada acima por Latour), à noção de que a “perturbação do universo da paz poderia ser reparada por um custeio”<sup>1118</sup>, ou seja, por uma negociação.

A esta altura, é importante observar que o presente debate não pode ser reduzido à uma mera dicotomia, onde se visualiza, geralmente, o modelo clínico da “psicanálise” de um lado e o neurobiológico-psiquiátrico, do outro. A própria referência à psicanálise

---

<sup>1111</sup> Ibidem.

<sup>1112</sup> Latour, op. cit., p. 96.

<sup>1113</sup> Ibidem.

<sup>1114</sup> Ibidem.

<sup>1115</sup> Ibid., p. 97.

<sup>1116</sup> Ibidem, grifos no original.

<sup>1117</sup> Ibidem.

<sup>1118</sup> Cf. Nathan, 1994, p. 198.

como um modelo teórico único, homogêneo ou coerente<sup>1119</sup> não se sustenta aqui, além de não permitir vislumbrar a problemática complexa existente no interior do próprio campo psicanalítico, isto é, presente nos embates entre as diferentes orientações teórico-clínicas acerca da noção de trauma. Esta visão simplificada da questão também dificulta o entendimento do alcance, não só do conceito, mas também de suas múltiplas ações implementadas atualmente. Para além do que já foi apresentado nas partes anteriores deste trabalho, temos como exemplo o mundo das práticas denominadas “*trauma-informed*”, onde, para citar apenas um, destacamos o projeto clínico desenvolvido por pesquisadores britânicos intitulado *Power Threat Meaning Framework*. Entre outros detalhes, busca-se aqui deslocar o olhar clássico da psicologia sobre a questão “O que você é?” (incluindo, aqui, a dimensão “interior”, do sujeito) em direção à pergunta “O que você vivenciou?”, deixando claro uma mudança de ênfase em prol das questões ambientais, dos “eventos”, bem como dos diferentes tipos de violações e assimetrias nas relações de poder sofridas pelos pacientes.

Na esteira dos exemplos, podem ser citadas contribuições que somente recentemente têm sido discutidas, como as obras do psiquiatra Franz Fanon [1925-1961]. Entre outras questões ligadas à opressão colonial e à violência do racismo, destacamos, em particular, sua ideia de *sociogenia* das doenças psíquicas (em contraponto, novamente, à ideia de uma psicogenia, interna), contribuições estas que, recentemente, têm sido colocadas no rol de debates atualizado da agenda da assistência em saúde mental pública brasileira<sup>1120</sup>. Além destes trabalhos, propostas como a desenvolvida por Gama<sup>1121</sup>, onde o autor se dedicou à discussão da introdução de novos termos à pauta da Reforma Psiquiátrica, em particular, o desenvolvimento de modelos clínicos alternativos (transmatriciais, como ele chama) aos tradicionais, no âmbito da assistência em saúde mental coletiva<sup>1122</sup>. Neste trabalho, vale mencionar, trata-se de apresentar a teoria winnicottiana como “mais uma possibilidade de entendimento teórico-clínico a ser utilizada pelo

---

<sup>1119</sup> Como, por exemplo, ouvimos dizer muitas vezes: “Minha visão do trauma é orientada pela psicanálise”.

<sup>1120</sup> Rachel Gouveia Passos. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez., 2019; Pedro Henrique A. Costa e Kíssila T. Mendes. Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 27, n.1, p. 66-82, jan./abr., 2019.

<sup>1121</sup> Jairo Roberto de A. Gama. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica brasileira**. 240f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

<sup>1122</sup> O autor se refere às duas concepções predominantes de clínica no campo da saúde mental, quais seja, a concepção oriunda dos “cidadanistas” e a da clínica laciana. Para uma discussão deste assunto, remeto o leitor ao tópico 2.2.3 Modelos de clínica na Reforma Psiquiátrica brasileira, neste presente trabalho.

movimento reformista”<sup>1123</sup>. Cabe sublinhar o interesse da introdução de Winnicott no âmbito destes atendimentos, um autor que, sendo pouco lido no Brasil, desenvolve uma perspectiva clínica cujo acento é dado “à ação do organismo de fala (o sujeito) nas manifestações externalistas de sua interação com o ambiente.”<sup>1124</sup> Ou seja, onde se “exige, por sua vez, que o ambiente seja valorizado em sua função de *provisão* de objetos apropriados à expressão subjetiva de caráter normativo ou criativo”<sup>1125</sup>. Ora, não é casual o fato do conceito de trauma emergir aqui, enquanto um problema legítimo nesta clínica, uma vez que as condições ambientais e externas ao paciente são colocadas em xeque e incluídas no próprio manejo clínico, ao longo do tratamento.

Por fim, não poderíamos deixar de nos aproximar das questões desenvolvidas por Catherine Malabou<sup>1126</sup>. Debruçada sobre este debate, em particular sobre as questões relacionadas à controvérsia entre o externo e o interno, ela tece importantes críticas às noções freudianas e lacanianas sobre o trauma. A partir de uma crítica ao trabalho do filósofo Slavoj Žižek, ela observa que, na concepção lacianiana, a ideia de trauma está baseada, fundamentalmente, no que ela chama de “trauma que já sempre ocorreu”<sup>1127</sup>. Ou seja, nesta concepção, qualquer que seja o trauma, um “choque empírico”<sup>1128</sup>, como ela chama, só poderia ocorrer “porque um trauma originário e mais profundo, entendido como o Real ou o trauma *transcendental* sempre já ocorreu”<sup>1129</sup>. Ela repete, brincando um pouco com os termos: “O trauma sempre já ocorreu. Já sempre já. Lacan já havia dito sempre já”<sup>1130</sup>. Assim, ela explica, ao se afirmar que o trauma “já ocorreu” significa que “ele não pode acontecer ao acaso e que todo acidente ou choque empírico danifica um sujeito que já havia sido previamente ferido”<sup>1131</sup>. É neste sentido, aponta Malabou, que fica evidente a “óbvia rejeição do acaso, tanto em Freud como em Lacan”<sup>1132</sup>.

Na compreensão da autora, os eventos externos claramente assumem importância e são considerados como reais produtores de danos *diretos* naqueles atingidos pelo trauma. Sendo assim, torna-se difícil encaixar sua concepção, nos “três termos que formam a tríade lacianiana”, quais sejam, a dimensão do Imaginário, do Simbólico e do

---

<sup>1123</sup> Gama, op. 14.

<sup>1124</sup> Ibidem.

<sup>1125</sup> Ibidem.

<sup>1126</sup> Catherine Malabou. Post-trauma: towards a new definition. In: Tom Cohen (ed.). **Telemorphosis: theory in the era of climate change**. Vol 1. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2012, p. 226-238.

<sup>1127</sup> No original, em inglês, “*trauma has always already occurred*”. Cf. Malabou, op. cit.

<sup>1128</sup> Malabou, op. cit., p. 226.

<sup>1129</sup> Ibidem.

<sup>1130</sup> Ibidem.

<sup>1131</sup> Ibid., p. 227.

<sup>1132</sup> Ibidem.



Real, “na medida em que essa tríade está enraizada no princípio transcendental do sempre já.”<sup>1133</sup> É neste sentido que ela propõe uma quarta dimensão, “uma dimensão que possa ser chamada de material”<sup>1134</sup>. Ela detalha: “De um ponto de vista neurobiológico, o trauma seria considerado como sendo material, empírico, biológico e como uma interrupção sem sentido do transcendental em si”<sup>1135</sup>. É por isto, ela afirma, que os “sujeitos pós-traumáticos são *exemplos vivos da pulsão de morte* e da dimensão do *além do princípio do prazer*, que ambos, tanto Freud, como Lacan, falham em localizar ou expor.”<sup>1136</sup> A rigor, ela conclui, o “além do princípio sempre já é o verdadeiro além do princípio do prazer.”<sup>1137</sup> Ela reflete: “Se a destruição sempre já ocorreu, se existe algo como uma destruição transcendental, logo a destruição é indestrutível.”<sup>1138</sup> Para a autora, isto seria o mais problemático na obra de Freud e de Lacan, uma vez que, a destruição permanece para eles como uma estrutura”, isto é, traumas vindouros somente seriam repetições de um trauma originário.

Nesta leitura, questões como azar ou sorte somente são uma aparência, um *como se*. Assim, isto que acontece, sendo um como se, na verdade, seria sempre o automatismo da repetição, o trauma originário, de maneira que o que é repetido, a rigor, sempre é algo que ocorre como se fosse por um acaso. É neste sentido que ela analisa que, para Lacan, a realidade contingente é sempre *um meio* para o Real vir à luz, sendo então, a realidade distinguida do mesmo e considerada secundária. É neste sentido que ela diz que, quando Lacan “pergunta qual é a realidade nesse acidente, ele está se referindo a algo outro, no acidente, do que o próprio acidente.”<sup>1139</sup> A respeito do famoso exemplo incluído por Freud em *A interpretação dos sonhos*, quando um pai velava seu filho e, durante um certo momento em que dormira, uma vela caía queimando o pequeno corpo, Malabou comenta: no caso da interpretação tradicional lacaniana, o “encontro externo contingente da realidade” apenas dispararia o verdadeiro Real, isto é, a própria “insuportável fantasia-aparição da criança repreendendo o seu pai”<sup>1140</sup>. Aqui, novamente, o significado está oculto, velado, e a verdadeira realidade é uma outra cena, a cena primária. Existe um corte entre a realidade (do fogo) e o Real, a fantasia do pai sobre a criança.

---

<sup>1133</sup> Ibid., p. 228.

<sup>1134</sup> Ibidem.

<sup>1135</sup> Ibidem.

<sup>1136</sup> Ibidem.

<sup>1137</sup> Ibidem.

<sup>1138</sup> Ibid., p. 229.

<sup>1139</sup> Ibid., p. 231.

<sup>1140</sup> Ibidem.

Malabou questiona: “Não poderíamos pensar que o acidente da vela caindo sobre o braço da criança poderia ser traumatizante *per se* [para o pai], isto é, que ele não necessariamente disparou um mecanismo de repetição de um trauma anterior?”<sup>1141</sup> E, por fim, ainda se valendo da metáfora (muito real, vale dizer) do fogo, ela continua o raciocínio: “Quando as vítimas de traumas estão *queimando*, nós certamente não temos o direito de perguntar: onde está a realidade nesses acidentes?”<sup>1142</sup> Além disso, ela complementa: “Certamente, não temos o direito de suspeitar da contingência, como se ela estivesse escondendo um tipo mais profundo de evento, por ser a face velada da compulsão à repetição.”<sup>1143</sup> A autora é enfática ao afirmar que o “acidente nunca esconde nada, nunca revela qualquer coisa a não ser ele mesmo.”<sup>1144</sup> E que “precisamos conceber uma plasticidade destrutiva, que é a capacidade de explodir, que não pode, por qualquer outro meio, ser assimilada pela psiquê, mesmo nos sonhos”<sup>1145</sup>. E finaliza, ainda se valendo do exemplo do acidente: “Ao ler a interpretação lacaniana, não podemos deixar de imaginar o psicanalista como um bombeiro olhando para a catástrofe, dizendo: *Deve haver algo mais urgente, devo dar conta de uma emergência mais original.*”<sup>1146</sup>

Antes de finalizarmos este tópico, ilustremos com mais um breve caso, colocado aqui não para responder ou resolver as questões apontadas, mas talvez para tornar mais patentes as dificuldades. Novamente, trata-se de um paciente do gênero feminino, pobre e negra. Distingue-se, agora, por se tratar não de algo derivado de violência sexual, mas da morte de um filho. O caso, novamente, é mencionado por Sandra, recebido por ela no ambulatório:

Uma senhora, o filho foi assassinado agora porque parece que ele trabalhava num supermercado, trabalhava numa lanchonete. Foi demitido por conta da pandemia, ficou desempregado e começou a trabalhar de motoboy. Fez um crediário, um empréstimo, comprou uma moto e foi trabalhar de mototáxi, fazer transporte. E nessa que ele foi trabalhar de mototáxi, ele deu carona pra um cara do tráfico. Isso apareceu até no jornal. Aí, tava tendo uma blitz da polícia. O traficante tava na garupa com ele, a polícia mandou parar. Ele botou a arma no garoto e falou *não para*. Ele não parou, atravessou e foi morto junto com o traficante. E essa mãe chega, assim, desesperada. O menino tinha vinte e poucos anos. Uma situação muito triste, muito lamentável. Uma desgraça.

---

<sup>1141</sup> Ibid., p. 233.

<sup>1142</sup> Ibidem.

<sup>1143</sup> Ibidem.

<sup>1144</sup> Ibidem.

<sup>1145</sup> Ibidem.

<sup>1146</sup> Ibidem.

Ao perguntarmos se tal situação poderia ser considerada traumática, responde, ainda que paradoxalmente: “E ainda assim essa expressão, essa designação não aparece pra mim. É claro que é um evento traumático.” Ela diz:

É uma situação surreal, não tem nomeação, é uma situação de radicalidade da realidade, do real, segundo a psicanálise. O que fazer com essa mãe? Não tem nada o que se possa fazer com essa mãe se não escutar todo o sofrimento, todo o desespero, toda a desgraça que é essa vida, essa experiência. Não tem outro nome. Isso não. Mas assim, isso vai ser muito difícil e nunca vai passar. Não tem como passar a morte de um filho. Não vai passar. Isso vai ser alguma coisa que vai fazer parte da história dessa mulher, como é que ela vai seguir a vida com isso. Porque ninguém vai poder fazer outra coisa de diferente.

E complementa:

É claro que isso é um trauma, um evento traumático. Mas se a gente for olhar, a vida é cheia disso o tempo todo. De sofrimentos muito duros. Não sei se vai dar pra dizer que tudo é trauma, porque vai depender de como cada um vive. Claro que essa situação é uma situação mais radical, é uma mulher que perdeu um filho assassinado. Se ela não tivesse muito mal, seria muito estranho.

Sandra comenta que o tratamento deveria ser “acolher essa senhora e suportar o que ela vai poder dizer e qual é o caminho que ela vai conseguir fazer na vida sem esse filho”. A partir daí, seu desafio seria provar que o filho não era traficante, provar, mesmo morto

que ele era uma pessoa inocente, que foi morto nessa circunstância lamentavelmente porque a preocupação dela era também com a imagem do filho depois de morto, como se ele fosse um traficante, como se ele fosse como aquele outro rapaz que estava com ele. É uma situação muito dura e que não tem um tratamento.

Retomando rapidamente o exemplo mencionado pela psiquiatra chilena, onde os trabalhadores puderam ser recompensados justamente por terem sido diagnosticados por categorias como a de TEPT: em que implicaria diagnosticar tal mãe com uma categoria como essa?

Uma possível resposta foi aventada por uma psicóloga da própria equipe. Em entrevista, ela lembrou de sua experiência de consultório particular, quando em um determinado período recebeu uma quantidade relativamente grande de funcionários dos Correios. Isto lhe surpreendeu na época. Ela lembra: “Eu atendia pessoas que trabalhavam ou eram parentes de funcionários dos Correios. E, de repente, teve um ano que em que eu só atendia carteiro.” Segundo a psicóloga, “todos eles vinham com um encaminhamento do psiquiatra dizendo *estresse pós-traumático*, e eram sempre assaltos vivenciados na atividade laborativa”. Ela lembra que se tratavam de assaltos aos carteiros, “para pegar os cartões de crédito”, e que achou aquilo muito esquisito. Por outro lado, reparou que foi

justamente esse “número de profissionais, que ali eram afastados, encaminhados para o tratamento, e que depois retornavam, foi esse número alto de carteiros afastados por estresse pós-traumático que fez com que os Correios mudassem toda a forma de entrega de cartões de crédito e de objetos de valor”. Ela acrescenta ao relato: “Houve alguma coisa. Teve um resultado prático”. Isso foi diminuindo com o tempo, de maneira que “essas pessoas já não vinham em massa, porque algumas providências haviam sido tomadas com esses números”. Ressalta que todos esses casos entravam como acidente de trabalho, e que de algum modo abriam “alguma brecha de poderem, por exemplo, entrar com uma ação contra a própria empresa caso não conseguissem retornar, ou mesmo se aposentar por algum motivo de invalidez”. Ela conclui: “Tinha uma série de questões que envolviam dinheiro, o que fez com que a empresa tomasse alguma atitude. Essa coisa que tem que doer no bolso para que seja tomada alguma atitude.”

Além da visão desta profissional, uma outra resposta possível nos vem. Não através de palavras, mas esboçada em forma de imagem, mais uma vez utilizando a imagem do fogo, mas desta vez tal como ela foi trabalhada por John Law e Annemarie Mol<sup>1147</sup>. Para os autores, o fogo, por sua temporalidade e por sua materialidade de presença e ausência simultânea, confere uma característica paradoxal ao fenômeno e, desta maneira, tal como o fogo, podemos pensar no trauma, já que é algo que surge de forma abrupta, rápida, inesperada por aquele que dele padece e, não raro, como vimos aqui, colocam-se questões sobre sua origem. Além disso, não nos é permitido vê-lo, senão tocá-lo, muito embora com efeitos perigosos, devido à sua substância. Ora se faz presente nos discursos ou na clínica, mas não é materializado, isto é, não pode ser “tocado” no diagnóstico, estando, nesse sentido, ausente.

A materialidade do papel traria, como possível consequência, uma certa realidade da experiência do próprio paciente, tornando possível que tal diagnóstico produzisse efeitos, inclusive legais. Assim, podemos pensar que o TEPT ou o trauma estaria ausente não por ele “não existir” na clínica, mas pelo fato de não ser produzido já que não “produz consequências”. Ou seja, sua ausência se daria não por ser menos “visto”, mas por ser menos “escrito”, uma vez que não faria sentido fazer circulá-lo. Mas, e se pensássemos sobre suas consequências, tal como ilustramos com o caso do Chile? Elas poderiam

---

<sup>1147</sup> John Law e Annemarie Mol. Situating technoscience: an inquiry into spatialities. **Environment and planning D: Society and Space**, v. 19, p. 609-621, 2001.

sacudir o sistema? Se fosse mais diagnosticado, seria equivalente, na metáfora do fogo, a fazer com que ele fosse propagado?

### **3.11 O interesse (e um posterior desinteresse) na questão da violência no território**

**“O que estamos vivenciando se trata de uma crise ou de um projeto?”**

**[Dr. Fernando, *psiquiatra da equipe*]**

Não é exagerado dizer a partir da metáfora de Malabou, Mol e Law, que o fogo (no caso agora abordado, a violência) vinha sendo propagado desde fins de 2019. Aliás, a propagação do fogo nunca foi interrompida no território onde morava a população atendida pela rede de saúde mental municipal. Entretanto, proponho substituir o termo “propagação” por outro mais preciso, o termo “explosão”, que tem início, meio e fim bem demarcados. Pois bem, uma explosão de *discursos sobre a violência* ocorreu naquele momento. A partir de uma série deles, dos quais participamos, foi possível verificar que se tratava realmente de uma explosão de falas e confissões da violência sofrida pelos usuários no território.

Ouvimos de um dos psicólogos participantes da mesa de abertura de um *seminário territorial* que “a violência estava começando a chegar”, não no sentido de que isso fosse um fenômeno novo, pois sempre esteve presente, mas no de que uma particularidade estava emergindo, talvez, com uma gramática nova e personagens específicos. Este seminário foi um dos primeiros eventos de que participamos para além dos acompanhamentos da equipe no ambulatório, realizado, aliás, anualmente. A participação neste e em outros, como veremos, ocorridos em sequência, nos ajudou a rastreamos a maneira como a questão da violência era discutida, a partir de quais termos, e se o termo trauma estava envolvido ou se tratava de uma questão relevante para os técnicos, etc, enfim, de que maneira o trauma poderia ser entendido em articulação com a questão da violência na saúde mental.

Neste ano de 2019, o seminário ocorreu na própria policlínica, num auditório relativamente grande, no andar superior da instituição. Estive presente apenas na parte da manhã, embora ele tenha durado o dia inteiro, mas pude encontrar a maior parte dos

profissionais da equipe. Na reunião seguinte de equipe, naquela mesma semana, os presentes destacaram alguns aspectos positivos do encontro, por exemplo, o fato dos “trabalhos em grupo terem sido bem interessantes”, lembrado pela psicóloga Lúcia. A enfermeira Raquel também destacou que foi um evento “rico e um momento de troca com outros profissionais”, principalmente com aqueles dos módulos do médico de família. Por ter assistido apenas aos trabalhos do período da manhã, não pude acompanhar a intervenção – e este é o ponto mais importante que gostaria de destacar aqui - da supervisora do médico de família daquela região, que tratou especificamente do tema da violência sofrida pelos pacientes da rede no período recente. De acordo com os relatos feitos na reunião da equipe, foi unânime a percepção da contundência da supervisora, que destacou – emocionada - a gravidade da questão da violência que os usuários, fossem os dos módulos deste serviço da atenção básica, os atendidos pelos ambulatórios ou pelos CAPS, vinham sofrendo ao longo daquele ano.

Foi neste clima, ainda sob o impacto do que se discutiu no evento, que o psiquiatra Fernando trouxe para a reunião o seguinte questionamento: “O momento que estamos vivenciando, se trata de uma crise ou de um projeto?” Usa-se aqui o termo *momento* no sentido de um tempo próprio pelo qual estaríamos passando, em ressonância com outras falas que ouviríamos nos eventos de que participamos naquelas semanas. Para Patrícia, não era uma crise, mas “um projeto de país onde há uma lógica, onde inclusive pessoas com quem a gente convive ratificam essa política”. Na opinião da psicóloga, tratando-se de projeto, “nós não poderíamos ter a ingenuidade de achar que vamos contar com alguém”, embora tenha lembrado de um caso em que um conhecido do restaurante que frequentava ofereceu apoio a um transexual. Sobre este episódio, afirmou: “Vou dar um exemplo. Uma pessoa que frequenta um restaurante chegou para um transexual e disse: “Se você, um dia, precisar ir na minha casa, tem aqui o meu telefone”.

Neste dia, o clima em que ocorriam os debates na equipe não era o rotineiro. Embora houvesse uma visível tensão, nos diálogos havia maior conexão entre todos os presentes, diferentemente do que ocorria na maior parte das reuniões que presenciara até então. Então, a psicóloga Carolina trouxe para a equipe uma situação vivenciada por ela no ambulatório, naquela mesma semana. Nesta manhã de sexta-feira, sua fala na reunião remontava à discussão que ocorrera na segunda-feira, no seminário, cujo ponto alto, como já dissemos, tratava justamente das violências sofridas pelos usuários do território. Naquela mesma semana, Carolina havia recebido “mais um desses casos que chega na emergência”. Ela relata:

Nesse dia ele fez decanoato. (...) A gente maneja de forma bacana. É psicótico, perseguido, mas funcional. Está com abertura de quadro, (...) está em surto. Me parece bipolar. Se meteu com uma galera, com transa. (...) É um rapaz negro, com uma *bike* rosa. Ele nunca tratou, porque nunca surtou antes. Daqui a pouco ele veio com capacete debaixo do braço. (...) Esse é o contexto. Corta a cena.

Neste dia, Luana, a acompanhante domiciliar da equipe, veio correndo do lado de fora do ambulatório e falou para Carolina: “Aquele paciente tá tomando uma dura ali fora. Ele tá às voltas com a demissão por justa causa e também com a macumba que fizeram para ele”. E ainda citando Luana, Carolina finaliza: “Esse paciente transita entre a [nome da comunidade] e a [nome da comunidade]. Não é muito agressivo, mas é exaltado”. A estagiária de psicologia Bruna também estava presente nesse dia. Assim que tomou conhecimento do que ocorria do lado de fora do ambulatório, correu até lá. Bem firme, ela colocou diante da equipe: “Vou começar com a tua fala [se refere à Carolina], que ele é um homem negro. Entendo que o racismo é um agravante do sofrimento psíquico”. Ressalta o que ouviu do agente policial: “É vagabundo”. Segundo ela, este mesmo agente levou a moto do Juan em seguida. E continua: “Eu vejo pouco a gente falar sobre isso. Eu preciso falar sobre isso. Eu preciso. A gente lamenta não ter um psicólogo homem. E eu lamento a ausência de um psicólogo negro aqui. A gente é uma equipe majoritariamente branca. Eu tinha *n* textos que falam sobre isso”. Carolina intervém:

Neste dia, a gente teve uma situação de 14 policiais em volta do posto. Chegaram aos poucos os policiais. E eu conto 14 policiais. Eles querem levá-lo para a delegacia. E para mim é muito claro, e está claro para todo mundo, que é uma questão racial. E ele falou, esse policial fala absurdos. E eu falo que ele é paciente de saúde mental.

E num diálogo com as colegas (a psicóloga e a estagiária de psicologia), Luana continua: “Esse policial falou várias bobagens. (...): *É bandido mesmo, é vagabundo*. Aí eu vim e chamei Carolina”. A psicóloga Carolina dá seguimento à conversa:

O que que eu quero trazer para essa conversa? O que eu posso fazer para não ser conivente com essa violência? Eu entrei em contato com algumas pessoas. Uma amiga minha da polícia civil e um juiz de direitos humanos. Eles estão pensando. Os pacientes, as pessoas estão ficando nervosas com isso. Traumatizados com isso. Vocês podem apresentar um projeto. Mas o que eu estou pensando? Dicas: Como você pode lidar quando levar uma dura? Eu, por exemplo, sei que não vou ser parada.

Tânia, supervisora, coloca em algum momento da discussão: “Eu sempre entendi que profissional de saúde mental tem um mandato social para além do consultório. Poder se colocar ali no lugar do usuário. E isso vai para antes do Bolsonaro”. A ideia da

psicóloga Carolina era escrever uma espécie de manual<sup>1148</sup> de como lidar com este tipo de abordagem policial, dirigido aos próprios usuários de saúde mental alvos deste tipo de operação policial. Em seguida, Carla, sua colega de equipe, pergunta qual foi a consequência para Juan (o usuário). Carolina lembra o que disse ao paciente: “Vai agora e colabora!” E, falando sobre sua própria aflição do momento, confessa: “Porque eu mesma tive medo dele ser preso”. E lembra o que o policial dissera: “*Doutora, eu estou levando ele porque ele tem que colaborar ou aprender a falar com os policiais*”. Em seguida, Carolina se coloca no lugar do paciente: “*Eu cheguei lá e falei que sou trabalhador. Eu não sou obrigado a mostrar meu endereço*”. Em tom de desabafo, a psicóloga conclui: “O cara subiu e levou a moto dele”. Destaquemos a frase “Eu, por exemplo, sei que não vou ser parada”, em que, claramente, Carolina fazia menção ao fato de ser branca. Aliás, a esta altura, a única profissional negra da equipe era Luana, acompanhante domiciliar. Vale notar também, ainda no âmbito das ênfases, que este é um dos poucos momentos ao longo de dois anos acompanhando as reuniões de equipe do ambulatório, em que o termo trauma é mencionado.

O relato angustiado das três (psicóloga, estagiária e acompanhante domiciliar) repercute na equipe gerando discussão entre os profissionais. De certo modo, talvez pelo tom, mas certamente pelo tipo de argumento, as falas das três contrastam com a de outro trio feminino da equipe (Carla, Patrícia e Luciana), que parecem estar de acordo com um mesmo tipo de lógica. Carla, por exemplo, lembrou: “Isso já apareceu em outro momento, mas para pensarmos sobre isso, precisamos incluir essas pessoas. (...) Vamos chamar esses pacientes negros e pensar”. Patrícia, em sintonia com o seu argumento, emenda: “Senão é deixá-los no lugar de objeto. A gente supõe que a gente sabe alguma coisa sobre eles”. Por fim, Luciana, disparou: “Eu acho - não minimizando o sofrimento dele -, mas ele está mais calejado<sup>1149</sup> do que a gente. Isto impactou mais a equipe do que ele”.

---

<sup>1148</sup> Talvez nem tanto como as inúmeras publicações dirigidas especificamente à temática da violência, de como lidar em situações como essa descrita. A título de exemplo, Laurez Ferreira Vilela (coordenadora). **Manual para atendimento às vítimas de violência da Rede de Saúde Pública do DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008, cujo conteúdo é mais dirigido aos profissionais da rede. Mas certamente, mais em sintonia com a seguinte publicação, de Leonardo Brasil Bueno et al. *Cartilha de Prevenção à violência armada em Manguinhos: material para uso de moradores, moradoras e profissionais do território*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

<sup>1149</sup> Aliás, difícil não associar estas experiências com alguns trechos descritos por Franz Fanon, por exemplo, quando o autor diz que sobre o negro seria comum a projeção da ideia de que seriam mais resistentes, uma espécie à parte capaz de suportar cargas e sofrimentos pesados, quando comparado aos brancos. Ou, ainda, que o negro diante teria uma psicopatologia até então não bem descrita pelas leituras tradicionais da psicopatologia (incluindo aqui a psicanálise de Freud à Lacan), uma vez que para o negro seria difícil se portar como um ser *reacional*, e não *acional*, dada a cotidianidade da violência sofrida. Cf.



Carla complementa: “Ele teve muito mais jogo de cintura que vocês. E isso talvez desagrade”. Em relação à ideia do manual, ela pergunta: “Qual seria a função de um manual de como agir? Isso seria a partir da perspectiva de quem?” Carolina responde que, para ela, muitas vezes o que esses pacientes trazem diz respeito diretamente à operação da polícia. Repete: “Eles próprios trazem”. Enfatiza que não seria uma preocupação dela, e num tom mais contido, coloca: “Eu não sei se o manual é para o Juan. O Juan me ensinou que nesse momento temos que saber o que fazer”. Fernando levanta um problema. Diz que não sabe se “todo mundo tem condições de fazer o que esse manual diz. Eu perderia o controle nessa hora”. Carolina ainda lembra: “Eu acho que a Bruna se expôs, na medida em que respondeu ao policial truculento”. Em tom de revolta, lembrando o sofrimento do paciente Juan, a própria Bruna coloca: “Ele chorou ao lado dessa moto! Mas o que está mais angustiando é que precisamos trazer mais esse tema da negritude”.

A psiquiatra Marta ainda fala de sua experiência: “Eu tenho um paciente negro que tem disartria. A gente tem medo que ele venha sozinho. Até ele se explicar...” E quase que cortando a fala de sua colega, uma pediatra da policlínica, que estava presente para discutir um caso compartilhado com ela, fala de sua recente vivência pessoal:

Essa questão da violência estruturante. Eu sempre pergunto na anamnese e tenho encontrado dados impressionantes e assustadores. Eu trabalho no INES, que vai desde as prostitutas até a Vieira Souto. A questão da violência piorou tanto que até o ano passado não precisava de uniforme e este passou a ser obrigatório. Acho então a sua colocação super importante. Eu não estou falando só de saúde mental, mas não tem medo que se compare com a violência (...). E isto tem aparecido muito na anamnese. E eu tenho encontrado déficit de aprendizado com a questão da violência. Sofrem violência da própria PM. [Chora em seguida]

Por fim, em sintonia com a discussão, Patrícia informa que, provavelmente em fevereiro, “ocorrerá um evento sobre *as violências*”. Ela afirmou: “Eu não vou divulgar nomes, mas vai ser de encher os olhos. Será um espaço aberto para as equipes discutirem isso”. Patrícia ainda aponta para a questão problemática das fichas, sempre presente, uma vez que dados como raça não estão sendo preenchidos pelos profissionais no ato do acolhimento e recepção. Ela diz: “E isso volta para a questão das fichas, da cor, que não pode ser dada. A gente foi questionado porque não tínhamos esse dado!”

### 3.12 Um desinteresse sobre a questão: repercussões da fala de abertura e discussão de um caso clínico

Além do seminário territorial, participamos, poucas semanas depois, de dois eventos extraordinários organizados pela rede de saúde mental: o *seminário de formação dos residentes*, e outro, menor, para discutir as questões ligadas à autolesão e ao suicídio. Ficou bastante evidente, em ambos os eventos, que a violência foi o assunto em destaque. O *seminário de formação dos residentes* foi dividido em duas partes: uma mesa principal de abertura e outra em que os próprios residentes apresentaram seus trabalhos divididos em seções temáticas.

Destacaremos aqui a fala do psiquiatra Francisco, que, inclusive, era supervisor clínico da equipe que eu acompanhava. O leitor contemporâneo deste trabalho não se surpreenderá com o fato de que estava em questão para Francisco, como dissemos, o tema da violência. Francisco fala do nosso “momento” atual, do impacto na saúde mental derivado das “transformações sociais” recentes no país. Sua fala ecoava no público e, claramente, tinha a pretensão de colocar a discussão da saúde mental num âmbito maior. Ele mesmo colocou assim: “Que *tempo* é esse que nós vivemos?” E respondeu: “Nós moramos aqui. Aqui, na América do Sul. E a América do Sul passa por um processo de convulsão social e reviravoltas políticas, e essas são bem próximas de nós”.

Se na reunião de equipe anterior, já poderíamos ter destacado a questão trazida pelo psiquiatra Fernando “crise ou projeto?”, bem como os termos ligados à violência sofrida por Juan, quais sejam, “polícia civil”, “juiz de direitos humanos”, “violência estruturante”, “trauma”, “racismo”, “Bolsonaro”, agora, com a intervenção de Francisco, acrescentaríamos a esta longa seriação discursiva sobre a crise atual: “convulsão social”, “reviravoltas políticas”, “golpes e revoltas recentes”. Tratam-se de termos que ilustravam bem a conjuntura política em que todos nós, brasileiros, latino-americanos, o mundo, vivíamos. Ainda que possamos dividir tais colocações por um ângulo mais geral ou por um particular, os apontamentos de Francisco ressoavam, perfeitamente, num *continuum*, com o que acabávamos de ouvir nas reuniões de equipe.

Francisco dá destaque ao que ocorria na América Latina em geral e com os vizinhos “Chile, Bolívia, Venezuela, Equador, Argentina, Colômbia”. Ele ironiza: “Menos no Brasil, onde a gente continua a navegar nesse mar tranquilo, que conhecemos”. Para ilustrar o que estaríamos vivenciando no presente momento conturbado, ele faz menção ao verso da canção “Almanaque”, de Chico Buarque de

Hollanda: “Me diz por favor, quem estava no volante do planeta quando meu continente capotou?” Para o psiquiatra, nenhuma discussão que pretendesse entender este momento poderia passar ao largo da questão da desigualdade econômica, já que, atualmente, “trezentos habitantes deste planeta possuem o equivalente ao que outros três bilhões de terráqueos possuem”. Acrescentando que a questão econômica era o que estava na base das questões de saúde mental vivenciadas pelas populações, destaca que, no caso brasileiro, as elites econômicas estariam propondo “uma reforma hiperliberal”, diminuindo o controle do Estado sobre o Capital e reduzindo drasticamente os direitos dos trabalhadores. Ele diz: “Ao olharmos o mundo, no entanto, verificamos que o resultado desse esquema é o aumento da desigualdade, da pobreza e da crise social, como verificamos no Brasil”.

Em relação aos trabalhadores de saúde mental, destaca que estes veem e sofrem duplamente com a questão econômica, e que não sofreriam somente “na própria pele”, já que também “sofrem com o sofrimento do outro”. Alguns dos termos que utiliza são “precarização dos vínculos”, “instabilidade dos vínculos”, sejam os da saúde mental, do campo da saúde em geral ou do “espaço público”. Tudo isto, em conjunto, estaria afetando profundamente o trabalhador, como, por exemplo, sua disponibilidade para o trabalho que enfrenta no dia-a-dia. Prossegue: “O corte de direitos dos trabalhadores brasileiros se tornara uma espécie de mantra do alto escalão político e econômico do Brasil”. Acrescenta ainda o momento em que, “por associação”, “enquanto preparava sua fala”, lembrou-se da expressão “baixo calão”. Ou seja, alto escalão lembrou-lhe “baixo calão”, no sentido de linguajar baixo, vulgar, obsceno, e que se tornou comum entre os titulares dos altos cargos do executivo. Articula o que Lacan já apontara sobre a dicotomia entre culpa e vergonha, para o fato de que “em relação ao desejo, estamos no terreno da culpa” e que, “no que diz respeito ao gozo, estamos no reino da vergonha”. Ora: “Quando a impulsão ao gozo ganha terreno, temos a suspensão da vergonha” e seria justamente este tipo de processo presente em nossas “elites governantes”, onde, em toda a literalidade possível, “reinem os sem-vergonhas”. Ilustra, por fim, alguns dos inúmeros exemplos da “sem-vergonhice” das elites brasileiras, proferindo cada frase – as quais indico abaixo - com calma pausada, como se esperasse repercutir, com tal retórica, entre uma frase e outra, um efeito mais ou menos calculado na audiência presente:

*Ela não merece ser estuprada, porque ela é muito ruim, ela é muito feia... Não faz o meu gênero. Jamais a estupraria.... Eu não sou estuprador, mas se fosse, não ia estuprar, porque não merece.*  
 Outra frase: *Fui num quilombola em Eldorado paulista, o afrodescendente mais leve pesava sete*

*arrobas... Não fazem nada... Acho que nem para procriadores servem mais’ Outra: É só você deixar de comer um pouquinho... Você fala pra mim poluição ambiental, é só você fazer cocô dia sim, dia não.*

Destacamos esta parte da fala de Francisco, porque é *disso* que se tratava naquele momento, em fins de 2019. Quando escrevemos “disso”, é porque se tratam de definições ambíguas, ou na esteira de Lewkowicz, de situações onde se atualizam as dificuldades de conceituação, como se pudéssemos comparar as diversas situações de crise a partir de um catálogo e de um “*crisômetro* preciso destinado a compará-las”.<sup>1150</sup> Ainda não havia ocorrido a pandemia do Coronavírus, iniciada velozmente em meados de fevereiro do ano seguinte, mas, conforme escrevo em meu caderno de campo, no início de 2019, já era possível entrever o já presente (de modo crescente, como uma onda) mar de lama em que estávamos, bem como a atmosfera irrespirável.<sup>1151</sup> Cenário este, vale dizer, que pode ser remontado ao próprio golpe da presidente Dilma Rousseff, em 2016, quando foi permitida a “adoração” a um torturador da Ditadura Militar sem que fosse severamente punida. Além disso, o leitor contemporâneo deste trabalho certamente lembrará do período das eleições de 2018, potencializado pela pandemia que se alastrou em seguida. Curiosamente, havia escrito no meu caderno de campo, em fevereiro de 2019, algo sobre esse cenário pré-apocalíptico:

Caso ‘João de Deus’, desastre em Brumadinho, enchentes no Rio e o incêndio que matou 10 adolescentes no alojamento do Flamengo. O ano 2019, com a posse de Bolsonaro, já nos seus primeiros 30 dias de governo, torna o ar irrespirável, tóxico mesmo para os que contribuíram para a subida ao poder desta turma. Medidas antipovo são tomadas em todos os planos, desde o incentivo ao aprofundamento da chacina popular à entrega de nossos recursos naturais para o capital estrangeiro.

Prestei muita atenção às possíveis repercussões da fala de Francisco. Surpreendeu-me não ter sido feito qualquer tipo de questionamento ou de fala que repercutisse as questões levantadas pelo psiquiatra naquele início de evento. Após este período de silêncio, logo após, nos andares acima do auditório principal onde ocorreu a mesa de abertura, sessões temáticas foram organizadas para que os residentes em saúde mental apresentassem seus trabalhos. Tais sessões foram separadas por eixos temáticos. Em cada

<sup>1150</sup> Lewkowicz, op. cit., p. 149, grifo no original.

<sup>1151</sup> Francisco Berardi que, além de ter escrito sobre a conexão entre a pandemia e o trauma, escreveu, no ano de 2019, quase que profeticamente o texto “Respiração”, incluído em seu livro **Asfixia**: capitalismo financeiro e a insurreição da linguagem. São Paulo: Ubu Editora, 2020. Entre outros aspectos, o autor articula a crise do capitalismo – como o título sugere – com alguns eventos que poderiam ser associados à ideia de uma “falta de ar”.

sala foram apresentadas sessões divididas em três trabalhos, no máximo. Sendo assim, após a palestra, me dirigi a uma das sessões, onde um trabalho nos chamara a atenção por tocar – como aparentava pelo título - na questão da violência.

Tentarei fazer um resumo do caso de Mário, que iniciara tratamento na rede em 2003 (há 16 anos), conforme relato da sua própria psicóloga, e que, então, recebia cuidados num CAPS. Morava sozinho num quartinho, no Centro da cidade, expressava-se com muita dificuldade, falava frases soltas e desconexas, e apresentava dificuldades para cuidar da higiene pessoal e tomar a medicação. Foram “necessários poucos atendimentos para ouvir sua principal queixa”, destaca a psicóloga. Sua queixa principal referia-se a “uma voz que ele escutava”. Falava muito de um tal Sérgio, conhecido dele, que sempre aparecia como alguém “perseguidor” e que “abusava sexualmente dele”. Relata a psicóloga que essa relação com o tal Sérgio vinha de muitos anos, e que o abuso começara em 2012, prolongando-se até os dias atuais. A psicóloga acrescenta que a última psicóloga já fizera uma denúncia antes, sem que tivesse havido qualquer *consequência*.

Alguns meses antes deste evento, em julho de 2019, no próprio CAPS, o usuário apareceu na rua, do lado de fora da instituição, “xingando” e “dando soco no capô de um carro”, chamando a atenção da equipe de plantão, uma vez que ele era tido como “muito calmo”. Rapidamente abordado por duas pessoas da equipe, Mário contou que havia ficado preso na casa do tal Sérgio por dois dias, período no qual o abusador teria apanhado suas roupas e abusado sexualmente dele. Relata a psicóloga que, a partir daí, o usuário começou a falar da vontade de matar o abusador. Poucos dias depois, apareceu com um papel onde estava escrito o nome de um matador que poderia ser contratado, indicado por conhecidos numa favela conhecida por Mário. A psicóloga explicou-lhe que matar ou mandar matar o abusador seria um crime e que arrumaria para si problemas ainda piores. Feito isso, perguntou a ele qual seria a melhor maneira de solucionar o problema. O próprio Mario, então, sugeriu que gostaria de dar queixa na delegacia.

O ponto mais importante trazido pela psicóloga era o que comumente ocorre nos casos de violência: a questão da legitimidade do informante ou da vítima. Aqui, o fator complicador era a psicose do paciente, a vítima, que compõe a trama ao lado do perpetrador e da lei, representada aqui claramente pela figura da delegada policial, e, de certo modo, também da própria psicóloga que tratava Mario, uma vez que ela, como destacou, se via diante do desafio de separar o falso do verdadeiro. Tratava-se da terceira tentativa de fazer o registro na polícia. Segundo a psicóloga, “o curioso” é que as duas anteriores também haviam sido feitas por Mário, acompanhado por trabalhadoras da

saúde. Conta ela que, “para a polícia, no entanto, o caso de Mario não era como qualquer outro”, já que o “fato dele ser identificado rapidamente como maluco diminuía a importância e a veracidade de suas palavras”. Já para ele, a ida das trabalhadoras da saúde aumentava a possibilidade de que o boletim fosse feito. A psicóloga ressalta: “Elas não eram 100% de garantia”, pois, “a impressão que tínhamos era que, dependendo do policial que estava atendendo, a denúncia poderia não ser levada adiante”.

Chegando à delegacia, elas anunciaram que gostariam de noticiar um crime, se apresentaram como “trabalhadoras do serviço de saúde mental” e estavam acompanhando o usuário. A psicóloga acrescentou que elas explicaram que o paciente “tinha alguns limites”. Quando a inspetora começou a inquirir diretamente Mário sobre os fatos, ele cumprimentou um policial que passava perto da mesa. A inspetora perguntou ao policial: “Ah, vocês se conhecem?” Este respondeu de pronto que o conhecia de vista, pois participara de um projeto social onde Mario seria facilmente encontrado. A inspetora explicou-lhe que Mario estava ali para prestar queixa contra uma pessoa que abusava dele. Rapidamente, o policial disse: “Não sei de nada, não”. Em seguida, fez uma careta e um gesto com a mão. Depois disso, a inspetora olhou para as duas e disse: “Ainda bem que sou eu que estou atendendo vocês. Se fosse um de meus colegas, acho que seria muito difícil que isso fosse levado à frente”. E questionou: “Ele tem problemas psiquiátricos, mas é lúcido, né? Ele consegue responder de forma lúcida?” Elas responderam que sim. Segundo a psicóloga, “a inspetora queria uma garantia nossa” de que poderiam confiar nas informações dadas por ele. Na verdade, ambas também estavam ali para ver se era verdade o que Mario relatava. A psicóloga confessa: “Queríamos saber se Sérgio existia de fato, se não era uma voz, né?”

A psicóloga de Mario prossegue: “Não sabia como era essa relação. Até para a gente, não era garantido. Ele traz pra gente inúmeros episódios de violência. Ele era submetido, há muitos anos, a situações como essa. Então, também não tínhamos como saber se o que ele estava falando, de fato, acontecia. Não se sabia se o que ele trazia era verídico”. Foram necessárias três tentativas de denúncia para que fosse iniciado algum tipo de processo investigativo. Ainda assim, conforme ela relata, a policial, diante das duas profissionais, pergunta: “Em nome de quem a denúncia será efetuada?” A psicóloga lembra: “Se no meu nome ou do da AD, porque no nome de Mário não seria possível, por seus problemas psiquiátricos”. E finaliza: “Prontamente acatamos o pedido da policial.” A psicóloga explica que não questionou, no momento, o impedimento de Mario não poder prestar queixa à polícia por apresentar problemas psiquiátricos, mesmo não sendo

curatelado. A rigor, ela só se deu conta na hora de escrever seu trabalho, e questionava que lugar marginal é destinado aos psicóticos, inclusive quando sofrem algum dano. Ela afirma que “o conteúdo de suas falas é rapidamente considerado delirante em sua totalidade, e parece que é uma regra geral que, em nenhum momento, possam falar sobre coisas que condizem com a realidade compartilhada”, isto é, que “a doença mental está acima de qualquer outra condição, seja clínica, seja social, que o sujeito psicótico possa vir a apresentar”.

Um fato importante destacado por ela na conclusão do trabalho foi que, um mês após o boletim de ocorrência (BO), ambas as psicólogas e o paciente foram intimados para comparecer à delegacia, para prestar depoimento. Supostamente, haviam constatado algumas contradições no relato, de modo que a inspetora “ficava testando toda hora o que ele falava”. Entretanto, o tal Sérgio também foi intimado para depor e, após o seu depoimento, evadiu-se. Finaliza a psicóloga: “De fato, ele tinha um comércio e fugiu”. Dois repórteres de um jornal procuraram a psicóloga no CAPS, pediram informações do paciente, mas elas não deram. Ela diz que, curiosamente, “na semana passada”, saiu a denúncia no jornal de que o tal Sérgio está foragido, ou seja, não se conseguiu provar o crime, “mas isso já diz alguma coisa, e estamos aguardando novos desdobramentos”.

O mais interessante não são as idiosincrasias do caso, os detalhes da deslegitimação da fala de Mario, como isso ocorrera ou se, em algum momento, eu poderia contactar a psicóloga para pedir mais detalhes, mas como foi a recepção do próprio trabalho *após* a apresentação. Nos trinta minutos seguintes, os participantes da sessão temática se dedicaram à discussão de pontos relevantes dos trabalhos. Notamos que, analogamente ao que ocorrera com a palestra de Francisco, mais cedo, não houve *qualquer* discussão sobre o trabalho da psicóloga. Nenhum comentário.

Nunca saberemos o que *estava em questão* ou o que explica tal ausência de interesse. Realmente, isso me causou espanto, realçado porque pude colocar, em perspectiva, quais trabalhos haviam sido valorizados naquela sessão temática. A ênfase dos presentes foi dada a um trabalho cujo tema abordado pelas autoras (psicólogas) tratava de seus respectivos estágios na Clínica *La Borde*, no interior da França. Toda uma discussão sobre as nuances da clínica, os arredores do bairro, a cidade, a autonomia do paciente francês em relação à medicação, as diferenças em relação ao nosso contexto, ocorreu na maior parte do tempo dedicado à discussão. Estaríamos aqui diante de uma clínica de primeiro mundo e de suas particularidades. E frisamos: não houve qualquer comentário sobre o caso do paciente Mário.

Quando as sessões temáticas terminaram, os participantes se reuniram novamente no auditório principal (onde ocorrera a abertura), a fim de discutirem os principais pontos dos trabalhos. Um porta-voz de cada grupo resumiu os principais pontos discutidos nas respectivas salas temáticas. A temática da violência apareceu diversas vezes reforçando minha impressão de que o tema atravessava de modo particular os discursos dos profissionais da rede de saúde mental naquele período, a despeito do pouco impacto do caso de Mário na sessão de que acabara de participar. Não sabia que, nas sessões paralelas, o tema da violência também estava sendo discutido. Prova disso é que uma psicóloga destacou um dos trabalhos apresentados em sua sessão, a “violência e os efeitos<sup>1152</sup> que isso tem na saúde mental das pessoas”. Nestes casos, “se identificou um aumento no número de mulheres chegando no ambulatório, com ansiedade, insônia, choro, mulheres pedindo por medicação, que acabam chegando na emergência, nos postos do médico de família, com esse pedido”. Segundo ela, em nossos tempos, a violência “passou a ser um bem comum”. Por fim, discutiu-se a questão da “guerra às drogas, que afeta os pobres, os pretos e a comunidade”. Acrescentou um segundo trabalho de sua sessão, que constatou que a dificuldade das equipes de saúde mental era lidar “com essa violência que a gente tem tido, de todos os lados, de todas as formas na sociedade”. Em particular, a proposta que a própria psicóloga fez na discussão foi a de “poder conversar, se alinhar com o território para identificar as demandas e intensificar a dimensão política da violência. Criar espaços de fala na comunidade e não apenas na saúde”.

Vale lembrar que muitos profissionais da equipe do ambulatório estavam presentes neste seminário. Para a psicóloga Tais e outros colegas seus, houve pouca repercussão da fala de Francisco. Ela afirmou: “Conversei com colegas e houve um uníssono entre todos. Achei que teve pouca repercussão. Achei que pudesse aprofundar mais”. Em particular, Tais havia apresentado um trabalho ligado à questão da vulnerabilidade e do sofrimento psíquico atendido no ambulatório, sentindo que o seu próprio trabalho repercutira pouco. Relatou à equipe o incômodo pela falta de discussão após sua apresentação. A partir da sua intervenção, compartilhei minha experiência particular na sessão temática. As duas estagiárias de psicologia da equipe, que estavam

---

<sup>1152</sup> Destaquemos aqui “efeitos”. Este é um dos termos alternativos ao termo trauma que escutei de uma das técnicas do ambulatório, uma psicóloga residente. Para ela, o termo “efeitos” vinha mais ao seu pensamento em relação aos mais variados casos de violência com os quais já havia se deparado em seu período de formação na rede, seja no contexto da emergência hospitalar psiquiátrica, no ambulatório ou no CAPS. Cf. mais à frente o subcapítulo 3.10.1 Dificuldades em torno de um caso: racismo, psicose ou efeito pós-cirúrgico?



presentes na mesma sessão, relataram terem percebido o mesmo e sentido algo parecido com o que eu havia sentido, um certo incômodo pelo destaque dado a uma experiência tão distante de nossa realidade brasileira.

Para mim, estava claro que o tema da violência era o tema em questão daquele fim de ano. Porém, por alguma razão obscura, algo que até poderia ser uma percepção puramente pessoal, como já tratei anteriormente, era cada vez mais frequente a percepção de que existia uma espécie de entrave ao aprofundamento da discussão do tema. Ao menos, foi possível constatar que algo controverso estava em questão, pelo fato dos profissionais da equipe terem também, após o evento, compartilhado um sentimento semelhante ao que eu mesmo havia tido.

Aproximadamente um mês após o seminário de formação em saúde mental, já no início de 2020, uma das estagiárias, finalizando seu período na equipe, apresentou seu trabalho de conclusão, dedicado à discussão de alguns casos acompanhados em que, novamente, a questão da “violência sobre a população negra” aparece. Os profissionais receberam de uma forma bem positiva o trabalho. Por exemplo, Teresa, psicóloga, comentou: “Eu acho, assim, uma saída é escrever. E você falar sobre isso me faz querer ler sobre o assunto”. Patrícia comenta: “Como as experiências são muito diversas, e a diversidade de violências é grande aqui, imagina o que acontece no médico de família, entre os técnicos?” Sandra também comenta: “Embora existam trabalhos interessantes, é comum que fiquem no nível geral. Tem pouca inter-relação com a clínica. Mas fica aí o desafio”. Carla, por sua vez, compartilha sua experiência, apontando para algo muito importante, que diz respeito à dificuldade que temos de nos colocarmos no lugar do outro. Neste caso, está em entender a vivência de seus próprios pacientes. Ela diz: “A própria experiência de ouvir o tiroteio aqui dentro é algo surpreendente, não é algo que acontecia há dez anos atrás! E o quanto, de alguma forma, somos mesquinhos! Precisou chegar no nosso lado para pensarmos nisso”. Ainda sobre o assunto, Lúcia pondera: “Precisamos explicar nossa noção de violência, porque senão fazemos uma espécie de racismo ou de setorialidade do que seja a violência”. Ela aponta para a possibilidade de que não há violência somente com negros, mas vários tipos delas. Em seguida, Patrícia dá o exemplo da violência perpetrada pelo próprio sistema de saúde, aquela promovida pelas instituições e os agentes de saúde mental. Ela diz: “O que é importante para gente é pensarmos o quanto nós, agentes de saúde mental, não somos também agentes de violência, o quanto a gente violenta”.

Resta dizer que, a esta altura, a metáfora do fogo ainda poderá ser evocada. Fomos percebendo, aos poucos, que, embora o tema da violência tenha aparecido neste período, no prosseguimento do ano seguinte, ainda que tenha sido despertado o interesse pelo debate, o fogo apagou por completo<sup>1153</sup>. O evento, por exemplo, anunciado por Patrícia, ao fim de 2019, não ocorreu e, quando indaguei, meses depois, sobre ele, nem mesmo havia restado a lembrança de sua suposta possibilidade<sup>1154</sup>. Com o passar das semanas, gradualmente, os casos de violência trazidos para discussão nas reuniões de equipe foram também ficando mais dispersos.

Pareceu-me que os eventos da rede foram os principais deflagradores do debate, o que significa que não foram os casos por si mesmos. Tais discussões só passaram a ganhar destaque a partir de tais eventos fora do ambulatório. Poderíamos nos perguntar se a ausência de ênfase na questão, no período seguinte, derivava de uma possível melhora da questão. Infelizmente não, como ouvimos casualmente no fim de fevereiro: “Toda semana, recebo alerta vermelho pelo WhatsApp. Eu não comento na reunião, mas é o que acontece”. Ou seja, constata-se que, sim, a violência estava acontecendo, mas o assunto não era colocado enquanto pauta nas reuniões de equipe. Em particular, a psicóloga Carla colocava em questão a aparência de tranquilidade no território, já que os casos oriundos dos módulos do médico de família, localizados em territórios extremamente violentos, não estavam chegando. Por fim, Carolina lembra: “Os pacientes da região [nome da região] estão muito complicados, porque é uma região muito violenta, muito vulnerável. Estas pessoas estão precisando da gente, porque o Caveirão sobe o tempo todo, além de todas as questões com o tráfico. Então, essas pessoas estão precisando da gente”. Enfim, Carla se coloca: “Temos que pensar, mesmo que tenhamos que redefinir, repensar etc., não dá para recuar desse trabalho.”

---

<sup>1153</sup> Em conversa posterior com uma das psicólogas, descobrimos que ela também via a situação desta forma.

<sup>1154</sup> Não sabemos ao certo os motivos. Ao perguntarmos à coordenadora que veio substituir Patrícia após sua saída, no início de 2020, sobre a possibilidade deste evento ainda ocorrer, ela própria não lembrava que este evento tinha sido cogitado de ser realizado.

### 3.13 Violência racial e de gênero: *trauma* racial e de gênero?

**“Olhe, um preto! Era um *stimulus* externo, me futucando quando eu passava. Eu esboçava um sorriso. Olhe, um preto! É verdade, eu me divertia. Olhe, um preto! O círculo fechava-se pouco a pouco. Eu me divertia abertamente. Mamãe, olhe o preto, estou com medo! Medo! Medo! E começavam a me temer. Quis gargalhar até sufocar, mas isso tornou-se impossível.**

**[Frantz Fanon, *A experiência vivida do negro*, In: *Pele negra, máscaras brancas*]**

O fato dos profissionais lidarem com *violências* não implicava necessariamente em falarem, nomearem ou entenderem tais situações como possivelmente traumáticas. Pelo menos, não era desta maneira que víamos as questões serem colocadas nas reuniões de equipe ou entre os profissionais da rede durante os seminários que presenciamos. Duas situações curtas exemplificam isso. Uma, quando Carolina trouxe o caso do paciente Juan para a reunião de equipe; outra, o evento sobre suicídio e autolesão do qual participamos. Na primeira, Carolina se referia ao fato de os usuários estarem *traumatizados* pela onda de violência das operações policiais. A segunda situação ocorreu em um evento, onde uma das palestrantes utilizou o termo, quase no final, ao se referir ao fato de a população atendida na rede estar apresentando, nos últimos tempos, quadros de “trauma”. Assim, destacamos que a menção ao termo, em geral, sempre se apresentou de forma tímida. Ou seja, trazer à tona uma questão de violência ou pautar algum caso claramente ligado a uma situação dramática de violência, por um motivo ou por outro, não implicava, na quase totalidade das situações, na nomeação do trauma.

Um caso trazido à reunião de equipe pela própria psicóloga Carolina também pode ser incluído no rol de exemplo úteis. Ao relatar brevemente que a paciente viu o próprio filho morto em casa por suicídio causado por enforcamento (aliás, a paciente achava que o enforcamento fora “incentivado” pela milícia), a profissional pensava num possível diagnóstico de “histeria grave”, de “transtorno de personalidade” ou “psicose”. Ou seja, por mais que se considerasse estes casos ligados, de algum modo, a uma “situação de

trauma”<sup>1155</sup>, os termos mais frequentes eram outros. Foram raras as vezes, então, que vimos o trauma ser utilizado seja como um conceito norteador da prática clínica ou mesmo como um diagnóstico legítimo. Daí porque fosse afastada a relação entre a violência (por mais grave, assustadora, e “traumática” que pudesse parecer, a partir das descrições) e o trauma, entendendo-se por *trauma* o evento propriamente dito ou o quadro sintomático posterior. Vale adiantar que o entendimento mais acurado desta questão só se tornou possível a partir do acompanhamento mais prolongado junto a equipe, como veremos mais à frente<sup>1156</sup>.

Além disso, dispensava-se a relação entre o fato de o paciente pertencer a algum grupo social, classe ou gênero específico e apresentar um sofrimento derivado da violência sobre tal grupo. Consideremos, por exemplo, as questões apontadas pela psicóloga Sandra, em relação ao caso de uma mulher negra, que

traz ao tratamento o fato dela se sentir inferior a toda e qualquer pessoa. Ela é vítima de muito preconceito racial no próprio trabalho. (...) Ela verbaliza isso desse modo, cuja origem vem da relação dela com o pai. Ela fala de um pai muito machista, ela é a única filha mulher, e o pai dizia para ela que ela nunca ia ser ninguém, que ia ser mulata, que só ia ser alguém na vida se ela se prostituísse; pra isso que a mulher serve.

Sandra levanta a questão: “Tem o racismo que tá aí, como tem o machismo que tá aí, mas eu não sei se isso é uma generalização da ordem do sofrimento”. Segundo a crítica da psicóloga, “quando a gente vai pra clínica, deveria se pensar: *Como é que isso conversa com cada um que chega pra mim?*”. Ela prossegue: “Porque a questão do racismo, ela não pode ser minha, de quem atende”. Finaliza, então, o caso específico que relatava: “É a primeira vez que eu escuto uma paciente que tem isso como temática. E a população negra faz parte do meu cotidiano de trabalho.”

Havia um imbróglio neste ponto, que dizia respeito a uma espécie de cuidado com os termos, para que a palavra trauma e a ideia de racismo não fossem entendidas como condições *dadas*, generalizáveis, ou como resposta explicativa muito rápida para problemas singulares, que deveriam ser analisados caso a caso. A psicóloga, ainda para exemplificar tais dificuldades, nos dá informações sobre um paciente seu, negro, “muito grave”, esquizofrênico, HIV-positivo, que também tinha uma esposa HIV-positivo.

---

<sup>1155</sup> E é possível afirmar isto porque, curiosamente, a psicóloga queria referir o acompanhamento do caso a mim, já que eu estava ali “estudando o trauma”.

<sup>1156</sup> É válido adiantar que a minha observação de que a utilização do termo trauma era problemática se mostrou pertinente. Diversas razões foram apontadas no que diz respeito à ausência de utilização deste termo. No item *Por que o trauma não aparece?*, nas Conclusões deste trabalho, sistematizamos tais hipóteses.

Segundo conta, ele estava muito deprimido e abandonara o tratamento para o HIV. A equipe médica do HIV preocupava-se muito com ele, porque estava de fato em risco, devido à sua situação clínica. Sandra relata que ouvia o paciente delirar, falar em morrer, e de uma maneira muito desorganizada. Após alguns atendimentos, o paciente lhe disse: “*Não, eu quero morrer. Eu vou entrar no mar e vou embora.*” Ela perguntou: “*Mas por quê? O que que tá tão difícil pra você?*” Ela relembra: “E aí ele aponta pra pele, aponta pro braço, ele faz assim [Sandra faz um gesto apontando para o próprio braço].” Concluindo o exemplo: “Aí, eu sei do racismo, da vida, do mundo. Mas o que que isso quer dizer?” E ela mesma responde: “E aí ele aponta aqui [apontando para o braço]. *É o HIV, é o HIV que tá aqui*”. Para a psicóloga, caso tivesse com esta espécie de pano-de-fundo na escuta (uma escuta, digamos, específica do racismo), não teria perguntado e ouvido do paciente esquizofrênico que se tratava não de sua “pele negra”, mas de sua relação com o HIV e com o seu tratamento. Desta maneira, ela deixa claro que a questão do racismo não aparecia para ela, no ambulatório. E detalha:

Eu não tenho essa experiência. Talvez, se eu atendesse, especificamente, se eu fosse vinculada a alguma ONG, a alguma entidade de população negra, aí, talvez, isso tivesse uma incidência no geral. Na minha experiência, não. Não sei se outros psicólogos têm tido essa experiência no ambulatório.

De maneira análoga ao racismo, no entendimento de Sandra, uma situação de violência como um abuso sexual também não deveria ser entendida necessariamente como traumática, no sentido de que, considerar desta forma, seria *diagnosticar* tal situação. O problema residiria neste ponto, o da consideração do trauma enquanto diagnóstico. Para ela, o abuso sexual era “um evento duro”. Não diagnosticaria enquanto *trauma*, pois, se assim fizesse, estaria fazendo o diagnóstico “da situação em si”, e não “do sujeito na sua vida, do modo como ele lida com os eventos da vida”. Assim, em relação à questão do abuso sexual, ela diz: “É um evento muito difícil, uma situação de violência, mas não deveria ser nomeada enquanto traumática.”

Esta distinção entre violência e trauma parece ter importância em algumas discussões teóricas. Por exemplo, Michael Rothberg<sup>1157</sup> escreve que nem “toda violência e sofrimento são melhor descritos pelo trauma – mesmo quando algo que reconhecemos

---

<sup>1157</sup> Michael Rothberg. Beyond Tancred and Clorinda: trauma studies for implicated subjects. In: Gert Buelens, Sam Durrant e Robert Eaglestone (eds.). **The future of trauma theory**: contemporary literary and cultural criticism. Ambingdon: Routledge, 2014, p. xi-xviii.

como trauma acompanha certas formas de violência e de sofrimento.”<sup>1158</sup> Para o autor, casos como exploração e devastação ecológica podem ser traumáticos, podendo “certamente conduzir de maneira indireta a diversos tipos de trauma”, mas a questão principal está em outro lugar. Nestas situações, são necessárias melhores ferramentas de entendimento sobre como “diferentes formas de sofrimento e de violência podem habitar os mesmos espaços sociais e de que modos tal sobreposição implica nas possibilidades de resistência, de cura e de mudanças sociais”<sup>1159</sup>.

Wieviorka<sup>1160</sup> é outro autor que aponta para importantes diferenças entre as duas noções. Observa que, em diferentes “sociedades tradicionais, em fases da modernidade anteriores à nossa”<sup>1161</sup>, embora pudesse existir familiaridade com diferentes “imagens de azar” – como ele as denomina -, em geral, as vítimas (como as de violência) eram objeto de pouco interesse. Sendo assim, embora pudessem ser consideradas enquanto tais, elas “existiam somente em relação ao que poderiam contribuir à uma ordem social ou a um balanço que foi ameaçado pela guerra ou por desastres naturais, que refletiam, por sua vez, a vontade dos deuses”<sup>1162</sup>. É neste sentido que ele observa que a “dor das vítimas sacrificiais não era notada e os seus gritos eram abafados”, de maneira que a “natureza terrível do que ocorreu não era percebida enquanto tal e (...) sua morte era vista como uma contribuição ao bem comum, tanto que seu martírio era negado ou abafado”<sup>1163</sup>. Ele nota que a importância da violência não se dava pelo evento em si, mas pela sua ação no funcionamento social, isto é, como parte dos requisitos fundamentais ao funcionamento do “sistema, da comunidade e da vida coletiva que ela torna possível”<sup>1164</sup>. Baseado em diferentes discussões, como a de René Girard [1923-2015], o autor articula violência e atos sacrificiais (como o do *bode expiatório*), a partir dos quais um determinado grupo, tribo ou sociedade primitiva expulsa “juntamente com a vítima, problemas que, segundo ela, poderiam ser atribuídos aos deuses”.<sup>1165</sup> Por outro lado, aponta que, no nosso período contemporâneo, em que as vítimas passaram a ter voz, “ou quando simplesmente se reconhece que a negação de sua integridade física ou moral está implícita na violência que elas sofreram, a tese de que a violência é funcional perde sua validade”<sup>1166</sup>. Isto é,

---

<sup>1158</sup> Rothberg, 2014, p. xvi.

<sup>1159</sup> Ibidem.

<sup>1160</sup> Wieviorka (2009).

<sup>1161</sup> Ibid., p. 49.

<sup>1162</sup> Ibidem.

<sup>1163</sup> Ibidem.

<sup>1164</sup> Ibid., p. 159.

<sup>1165</sup> Ibidem.

<sup>1166</sup> Ibid., p. 160.

diferentemente de antes, a partir de agora, tanto o poder dos governantes como os gritos de suas vítimas tornam-se categorias analíticas. Ambos são passíveis de análise, de modo que as “relações de poder se tornam aparentes e devem ser teorizadas”.<sup>1167</sup> E, por fim, comenta um aspecto interessante da obra de Bernard Lempert<sup>1168</sup>, segundo o qual aqueles que organizam e praticam rituais sacrificiais humanos nunca conseguem impedir totalmente que suas vítimas “protestem ou, ao menos, gemam.”<sup>1169</sup>

Não é tarefa simples identificar se a análise do antigo quadro das sociedades tradicionais seria aplicável ao nosso quadro atual brasileiro. Por outro lado, é certo afirmar que, embora o tema da *violência* tenha sido incluído como tópico importante da agenda da saúde mental da rede que acompanhamos, este não foi o caso do trauma ou de qualquer termo que tivesse relação direta com a experiência em primeira pessoa das vítimas. É neste sentido que apontamos para a diferenciação e para a não equivalência entre violência e trauma. O evento é uma violência, e não um trauma. Quanto aos pacientes, não se trata de diagnosticá-los como traumatizados, já que, por exemplo, nas palavras da psicóloga, “para essa mulher que foi vítima de abuso e desenvolve um quadro depressivo ou um sofrimento maior (essa minha paciente que é vítima de racismo e tem a história com o pai), o diagnóstico não seria de estresse pós-traumático.” Sandra finaliza: “Eu não daria esse diagnóstico. Isso que eu acho que é importante. Eu falaria de uma neurose, de um quadro neurótico.”

Aqui, aparece a distinção central entre as categorias estruturais de neurose e psicose, e que guiaria o olhar dos psicólogos no ambulatório. A psicóloga comenta: “Porque a gente trabalha muito com essa diferença, neurose e psicose. Isso é uma coisa que no campo da saúde mental é orientador.” Sua visão é que o “grau de sofrimento está mais relacionado se o sujeito está no campo da neurose ou no da psicose.” E ela explica:

A neurose ou a psicose é o modo como o sujeito se coloca no mundo. Você deve ter ouvido na reunião: *Ah, fulano é psicótico, fulano é um neurótico*. A gente nem fala muito de transtorno depressivo, hebefrenia, uma paranoia. A categoria diagnóstica da CID-10 ou DSM-IV quase não aparece. Aparece mais onde é que a gente situa o sujeito.

“É como se tivessem dois modos do sujeito se organizar. Um modo neurótico e um modo psicótico.” É deste modo que a “vida se apresenta. Como eu falei, a vida é dura. A gente veio ao mundo para isso. Não existe vida descolada de sofrimento, não existe

---

<sup>1167</sup> Ibidem.

<sup>1168</sup> Ele se refere à seguinte obra: Bernard Lempert. **Critique de la raison sacrificielle**. Paris: Seuil, 2000.

<sup>1169</sup> Ibidem.

mundo ideal, não existe perfeição.” Ela reforça sua visão: “Nada é lindo, as coisas são difíceis com um pouco de beleza entre as dificuldades. É o modo como a vida é.” E prossegue: “Alguns sujeitos lidam com os eventos que a vida vai apresentando de uma maneira mais compartilhada.” Outros, segundo ela, lidam como uma ruptura, tratando-se, às vezes, de “até mesmo um evento corriqueiro”. Exemplifica com o famoso caso Schreber, de Freud, que seria lembrado, aliás, por outra psicóloga (também numa entrevista): “Era um juiz que foi promovido. E aquilo foi da ordem do insuportável.” O fato de que “todo dia milhares de pessoas são promovidas” reforçaria o argumento, então, de que, embora tal promoção se tratasse, sim, no famoso caso, de um *evento externo*, deveria ser entendido que se tratava de “um evento externo que convoca o sujeito de um lugar que não é possível responder”. Trata-se da psicose:

O sujeito passa a não se reconhecer ou a ter uma compreensão do mundo e de si mesmo que é muito diferente do que acontecia até ali. Então, tem uma ruptura e, às vezes, este evento deflagrador de uma psicose, um disparador de um surto, às vezes, nem é muito localizável. Não é necessariamente um fato.

Ela conclui demarcando que não há possibilidade de fazer uma seriação entre trauma e psicose, ou melhor, de apontar como causa do quadro psicótico um evento externo: “Eu acho que o TEPT consegue identificar que *foi um fato*. Mas às vezes, na experiência da ruptura da psicose, nem sempre é alguma coisa localizável ou propriamente dita.” Assim, tanto a ideia de que ser negro não necessariamente implicava em sofrer por causa do racismo (na esteira do argumento de que o racismo não deveria ser considerado como algo dado, como no caso do paciente com HIV), o fato de ter sofrido um abuso sexual também não implicaria necessariamente em trauma. Sandra conclui exemplificando com mais outro caso de uma paciente psicótica: “Uma paciente muito jovem, desorganizada, que não entendia as mensagens sociais, os códigos sociais (...). As pessoas olhavam para ela, os caras olhavam para ela e ela não entendia. Os caras diziam *vem aqui que eu vou te dar um negócio*, e ela ia, ela tinha relação sexual. Era um abuso.”

Sandra prossegue: “Eu perguntava *o que ele queria fazer com você?* e ela dizia: *Ah, ele só estava querendo fazer uma safadeza*”. Sandra ressalta que, neste caso, enfim, por ser psicótica, a paciente não experimentara aquilo como abuso, enfatizando que, “até na dimensão do abuso é preciso que o sujeito esteja num certo registro mais compartilhado.”



### 3.13.1 Dificuldades em torno de um caso: racismo, psicose ou efeito pós-cirúrgico?

Raquel traz para a reunião de equipe um caso recentemente acolhido por ela. Gustavo era um rapaz de 22 anos, negro, que, há um ano, se submetera a “uma cirurgia na boca”. A psicóloga estava muito angustiada, pois o paciente considerava sua boca “grande demais” e, após a cirurgia, achou que ficou uma “pele a mais na região”. Chegou ao ambulatório em sofrimento intenso, num estado em que falava muito do assunto e de forma extremamente dolorosa: “Ele vai em vários médicos, porque está com várias dores. Vai ao neurologista, vai ao dentista e cada um diz uma coisa.” Tratava-se de um atendimento muito difícil: “Parece que depois que ele tirou essa pele, não tem mais controle sobre o seu corpo. Agora que tirou a pele, depois que fez a cirurgia, traz muita preocupação sobre como a vida dele vai ficar a partir de agora.”

Segundo o relato de Raquel, o paciente diz: *“Eu não estou conseguindo acompanhar as matérias na faculdade. Eu sempre fui estudioso. Acho que destruí minha vida. Acho que essa pele era vital.”* Ela continua: “Agora, ele quer ir no cardiologista, porque quer ver se tem alguma coisa no coração. E aí, ele fica tentando fazer coisas para tentar recuperar a memória dessa boca. Ele bebe Coca-Cola, mastiga chiclete e diz *Por que eu não procurei antes? Por que eu não te perguntei antes?*” Estaria especulando que uma psicóloga poderia lhe ter dito: *“Será que você precisa fazer essa cirurgia?”* O paciente tem pensamentos de culpa e arrependimento. Fica cansado e as pessoas ficam frustradas por ele não estar melhorando. Gustavo diz que precisa de respostas: *“Eu entendo que as coisas que estão acontecendo têm a ver com o que aconteceu, mas o meu corpo parece não entender. Como que eu faço para o meu corpo entender?”*

Raquel relata que o paciente chegou a lhe mostrar sua boca. Várias vezes, enquanto o fazia, dizia não saber os movimentos que a própria boca estava fazendo. Também pensava muito na boca e observava as das outras pessoas. Não conseguia se desvincular do assunto. Embora conseguisse se acalmar durante os atendimentos, suas perturbações retornavam ao chegar à sua residência. Raquel completa: “É um atendimento que me angustia muito. Eu fico pensando em que ferramentas posso usar, como lidar com a minha angústia, porque isso me toca de um jeito muito sofrido”. E por fim, coloca o ponto mais importante para ela: “Acho que é uma história racializada. É um menino negro. É um *bullying* isso que diziam da boca dele. Eu queria pensar com vocês sobre esse momento. Enfim...”.

Após sua fala, se faz um longo silêncio na equipe. Não registramos quanto tempo durou, mas tratava-se de um silêncio ímpar. O primeiro a rompê-lo foi o psiquiatra Alexandre, o que estava tratando o paciente: “Ele chega para mim com a questão da distorção da imagem. Ele associa com o procedimento cirúrgico.” Acrescenta que o paciente “tem dismorfismos”. E continua: “Tá num episódio depressivo bem grave e fala bastante em planejar suicídio.” Segundo Alexandre, na primeira consulta, Gustavo apresentava agitação psicomotora e “estava tão hipercinético que foi muito difícil uma entrevista com ele. Ficava sentando e levantando. Na segunda vez, depois de ter pesado um pouco a mão no antipsicótico, foi um pouco mais fácil.” O psiquiatra menciona a mãe do paciente, diagnosticada com transtorno bipolar:

O que eu avalio dele é que está num episódio depressivo bem grave, tem uma dismorfia do corpo todo, fala do assédio que sofre, da questão dele ser negro, da opção sexual. Parece que, na história dele, o estopim foi essa cirurgia e essa questão do abuso anterior da história de vida dele. Está bastante grave.

Reparemos nos termos utilizados pelos profissionais ou (segundo o relato deles) pelo paciente. Trata-se de uma sintomatologia rica, de um rol de sintomas onde estão incluídos “episódio depressivo”, “dismorfia”, “movimentos hipercinéticos”. Por outro lado, possíveis causas, conforme relata o paciente, do que se passava com ele tinha relação com o fato de ser “negro”, com sua “opção sexual” e com o “*bullying*”. Estamos mais uma vez diante de uma situação em que se tem um antes e depois, a cirurgia, um “estopim” (palavras do psiquiatra). A despeito de se conjecturar se seria possível que algo sofrido por ele tenha contribuído para este quadro, como colocou a supervisora clínica, tratava-se de “abertura de um primeiro surto psicótico”, de maneira que “pouco ou quase nada poderia ser feito”<sup>1170</sup>. A sugestão da própria supervisora para aumentar a frequência dos atendimentos ao paciente não deveria indicar a Raquel que “alimente expectativas de que o paciente melhore ou diminua sua sintomatologia”, já que, concordando com Alexandre, considerava que havia uma psicose em franca abertura. Enfim, conforme coloca na reunião: “O paciente está grave e acho que vai continuar grave”. O aumento da frequência, indicado como uma direção possível, não estaria

dirigido a diminuir isso tudo que ele sente em relação ao corpo. Porque ele está abrindo um quadro psicótico. Porque nessa expectativa de que vai diminuir, você vai se frustrar. Aumentar a

<sup>1170</sup> A esta altura, vale adiantar que a questão do trauma na psicose foi um dos recortes que se destacou ao longo das entrevistas com os profissionais. Remeto o leitor ao item *O trauma na neurose e na psicose*, parte das Conclusões deste trabalho.

frequência para ele colocar a palavra, para ele tentar simbolizar aquilo que está sentindo no corpo, isso não quer dizer que ele vai deixar de ter as interpretações delirantes.

Bruno, médico psiquiatra da equipe, recoloca no debate a questão do racismo: “Eu queria fazer uma pergunta. Então, não ficou muito claro para mim com relação à cirurgia, se foi uma cirurgia estética corretiva ou se ele se sentia incomodado.” Reparemos que o intuito do psiquiatra é recolocar a questão, diferenciando-a de modo sutil. Raquel o responde: “Foi porque ele se sentia incomodado. Ele achava que era grande demais. Ele diz que as pessoas diziam que era grande e feio.” Bruno continua:

Então, essa questão que você falou. (...) Ele atribui essa atitude das pessoas diante dele como um *bullying* e com racismo. Então, será que ele não tem algum senso de realização disso, na verdade? De que, de fato, ele reconhece que é racismo e que, de certa forma, ele tenha cedido àquilo que as pessoas falam pra que ele sofresse menos racismo? E, a partir do momento em que isso não surtiu resultado, ele passa a se arrepender da atitude que teve?

Raquel responde: “Ele sabia que a sua questão era essa e que só fez a cirurgia para agradar os outros.” E completa, como se estivesse no lugar do paciente: “*Eu não aguentava mais, achava que isso ia resolver, mas não resolveu.*” Ela conclui: “E ele fala, assim, que era alguma coisa relacionada às outras pessoas. Uma resposta que ele dá às outras pessoas.” Bruno prossegue: “Eu entendo que o que está acontecendo, a raiz do sofrimento dele, é justamente ele estar sofrendo racismo e não conseguir lidar com isso, a ponto de fazer uma intervenção estética por não conseguir aceitar tudo isso.” Raquel complementa, nesta linha, concordando com ele: “Por isso, que eu falei que é uma história super atravessada pelo racismo.”

Aqui, diferenciando-se do paciente psicótico negro, HIV-positivo, que apontou para a própria pele, não se referindo a ela, mas ao *sangue infectado* (o que afastava a hipótese de racismo), Gustavo, claramente, não se referia à sua boca propriamente dita, mas como ela era vista pelos outros. Entretanto, não se tratava, aqui, novamente, de racismo. Carla, por exemplo, contesta que o racismo seria o x da questão: “O ponto que divide esta história é que, se ele fosse neurótico, talvez a resposta fosse uma. Mas tudo leva a crer que se trata de uma *estrutura* psicótica. Então, a desorganização aparece de uma forma muito mais evidente.” Para a psicóloga, tratando-se de um psicótico, é no corpo que a desorganização aparece, ou seja, se “fosse um neurótico que fez uma cirurgia, mesmo sem consciência disso, talvez ele fosse lidar com isso de uma outra maneira, com sofrimento, mas não nesse nível aí de *não reconheço mais meu corpo como sendo meu*”.

Ela finaliza: “Acho que tem uma coisa aí da ordem da sensopercepção que aponta mais para uma psicose.”

Alexandre mexe afirmativamente com a cabeça e com o polegar, dizendo: “Carla, a minha percepção é a mesma. É exatamente a mesma percepção que eu tive.” Para o psiquiatra, havia sinais de uma “coisa catatímica”, de maneira que a cirurgia foi somente o “estopim”. Ele explica:

Ele pegou essa imagem. Mas é claro que ele teve uma base para chegar nessa ideia deliróide quase sobrevalorada sobre si. Ele coloca uma intensidade afetiva no fato em si. Teoricamente, sendo bem racional: ele fez uma cirurgia corretiva, estética, que qualquer um de nós faria. Só que, para ele, isso teve uma carga afetiva brutal, tanto que está abrindo um quadro afetivo beirando a psicose.

O psiquiatra lembra que o paciente abriu o quadro “com um TOC, fazendo episódios mais graves”, e, só depois que se começou a “perceber que esse pensamento era tão obsessivo que não era tão relacionado a uma dismorfia do corpo dele.” Tratava-se de “uma psicose franca, primária”. E finaliza: “Porque a gente tratava com antidepressivo e ele não remitia. E quando a gente entrou com estabilizador de humor, ele melhorou.” Então, foi possível chegar ao diagnóstico: “Aí a gente já tava, então, ele é bipolar tipo I, quadro maniforme, psicótico. E a gente estava achando que era um TOC.”

Antes de discutir o caso de Gustavo na reunião, Raquel levava o caso para uma supervisão em outro local da rede, no hospital psiquiátrico. Vale dizer que o programa pedagógico da residência, o seu *staff* pedagógico, digamos assim, partia do hospital, de modo que sua apresentação final da residência sobre um caso ocorreu neste ambiente. Raquel, que era negra, nos contou que a situação era “muito difícil, porque as pessoas não entenderam isso que eu dizia de ter um recorte racial e tudo mais”.<sup>1171</sup> Por outro lado, quando levou o caso para a supervisão no ambulatório, sentiu “que as pessoas entenderam”. Ela diz: “No ambulatório, eu lembro da fala de algumas pessoas concordando com o que eu estava dizendo”. E acrescenta: “Ainda que algumas pessoas tivessem levantado algumas coisas sobre a estrutura psíquica, e que não fosse esse meu objetivo, acho que as pessoas conseguiram entender o que eu estava dizendo.” Achou positivo levar o caso para a reunião, embora ainda tenha ficado com a percepção de que “tinha alguma coisa que continuava ali meio incômoda, que é, assim, *não sei como fazer isso*, e as pessoas, eu acho, também não sabem muito”. Por fim, coloca: “Mas é isso: eu

---

<sup>1171</sup> Os pormenores desta experiência foram-me contados numa entrevista com a residente.

estava observando que podia ser um trauma de alguma coisa que ele viveu, os *efeitos* desse racismo, embora ele não tenha usado essa palavra.”

Destaquemos o termo. Embora considerasse um caso derivado de *efeitos*, termo que seria análogo ao trauma (no sentido de um sofrimento derivado do racismo), ela destaca que, para o paciente, se tratava de “um incômodo”, ou seja, ele não se referia ao sofrimento nem como trauma e nem como efeitos: “O que ele dizia era *bullying*.” Vale acrescentar que, caso fosse *bullying*, a despeito das controvérsias, e aceitando-se que se tratava de um quadro derivado de trauma (ou de efeitos, segundo ela), Gustavo se enquadraria no rol dos pacientes que não nomeavam daquela maneira. Vale observar que não estava claro para nós, a esta altura, o quão comum era o uso do termo “trauma” pelos próprios pacientes. Por mais que já tivéssemos tido contato, a partir de acolhimentos e recepções, parecia existir uma questão difícil com relação a este ponto. Aliás, esta era uma dúvida que surgia a partir da fala dos próprios profissionais, onde, por um lado, parte deles me dizia que esta terminologia era muito pouco utilizada pelos pacientes e outra parte, por outro lado, afirmava que sim, os pacientes faziam uso de tal termo. De todo modo, o ponto mais importante aqui, no que se refere a este caso, é o destacado por Raquel, segundo a qual este era um “ponto que, no geral, as pessoas não sabem responder”. Como ela diz: “Acaba que a discussão não entra muito nisso.” Ainda se referindo à experiência do ambulatório, ela coloca: “Mas eu achei que foi bom ter levado. Acho que senti que as pessoas entenderam, ainda que não tenham conseguido responder.” Em relação ao que ocorrera na supervisão no hospital, ela acrescenta:

É porque as pessoas dizem que isso é uma discussão política, social, e que isso não se mistura com a clínica. Então, as pessoas disseram claramente. *Isso não se mistura*. E é isso. Acho que é uma concepção de clínica diferente. Eu entendi desse jeito. Quando eu ouvi essas falas. E é isso, temos concepções de clínica diferentes. E nesses outros espaços, as pessoas não acham que é isso, que isso afeta, que isso constrói a subjetividade de cada um.

Para a psicóloga Tais, que também recebera o paciente Gustavo num momento em que Raquel estava de férias, tratava-se de algo na direção do que Raquel havia observado. Em entrevista concedida, ela afirmou: “Depois da redução, ele sentiu que tava com uma pelezinha na boca.” O paciente dizia: “*Eu ficava passando a língua, e aí senti que tinha uma pele aqui. E aí eu quis voltar lá. Me olhava no espelho e, assim, eu não via, mas sentia a pele. E aí eu fui lá pra ela, fazer a cirurgia de novo, pra arrancar essa pele.*” Foi quando a médica “falou que não”, que não era preciso arrancar a pele. Gustavo

contou: “*Dois dias depois, foi quando eu me olhei no espelho e não conseguia parar de me tremer.*”

Tais, assim como Alexandre e Raquel, também comenta algo que chamara a sua atenção no comportamento do paciente durante a consulta: “Levantava, fazia o movimento de levantar da cadeira e sentar. Muito angustiado”. Ele falava: “*Você tá vendo a pele? Tem uma pele aqui. Não tem? Tem uma pele*”. Taís conta: “E eu assim, olhando para ele. Não tinha pele nenhuma. E aí, enfim, muito angustiado, muito angustiado, muito sofrimento”. Na visão de Tais, essa “pele era o que sustentava ele, já que, embora a psicose já residisse enquanto estrutura ou em seu estado não-desencadeado, foi somente com a retirada dessa pele, que ele desencadeia. Foi a perda de uma pele que faz o cara desencadear.” Então, neste sentido, a psicóloga Tais explica: “A psicose já estava ali e a gente não sabia. É não desencadeada. Ele não tinha, a partir da teoria lacaniana, os registros não estavam amarrados. Não tinha o nó que dá suporte pro sujeito, digamos assim”. Ela detalha, destacando a questão específica de como entender histórias de vida e eventos potencialmente traumáticos em pacientes psicóticos:

Olha só, pra mim, a estrutura vem na frente. Tanto psicótico, quanto neurótico, quanto o perverso (se bem que perverso eu nunca recebi ninguém assim). Mas tanto o neurótico quanto o psicótico têm traumas. É então assim que vão lidar com as mesmas situações de formas diferentes, entende? É isso: um evento, o mesmo evento aconteceu pra um e pra outro, mas na psicose, o sujeito, ali, reagiu de forma diferente. O cara não tinha os registros amarrados, não conseguiu suportar, dar sentido, o que pra neurose o cara conseguiu.

Vale observar o detalhe de que, ainda que Raquel fale de efeitos, para ela, assim como para Tais, Tânia e Alexandre, não se trata de entender que isso tenha *gerado* a psicose dele. Em relação à questão de como entender a história de vida do paciente – o *bullying*, o racismo, etc – com a estrutura psíquica do paciente, ela afirma: “Acho que ele tem uma estrutura psicótica. Mas acho que foi uma situação que estava junto. Acho que não tem como descolar essa experiência psicótica dele com isso que ele vive.” Ou seja, para ela, “de algum modo, é isso: não é que o racismo gerou a psicose dele, mas a psicose dele inclui isso. Tem isso no que ele vive.” Curiosamente, vale notar que isso não significava que pudéssemos encontrar, claramente, explicitamente, a identificação de algum elemento marcante “da psicose” em sua vida *anterior*, embora a psicose “já estivesse ali”. Vejamos como a psicóloga Raquel narra a vida *anterior* do paciente: “O que ele conta é de uma vida funcional, de uma vida na escola, da relação com a família, da faculdade”. Gustavo havia falado do seu passado, que fora aprovado em algumas

universidades públicas, que morou em república, e também da sua relação com a mãe, de coisas comuns do dia a dia. Raquel conclui: “Não tem nenhuma coisa que ele traz que me faça pensar *ah, já tinha alguma coisa ali antes que dava pra reparar*”. Ela nos conta, pensando especificamente na possibilidade de identificação de uma estrutura psicótica:

Acho que é alguma coisa que vai desencadear a partir mesmo dessa cirurgia da boca. E isso da cirurgia da boca também não foi um negócio assim, que ele ouviu uma voz, alguma coisa que vinha da cabeça. Era alguma coisa que ele ficou durante um ano, indo na médica, tendo consultas pra decidir se de fato fazia essa cirurgia ou não.

Quanto ao trabalho terapêutico, Raquel queria permitir que o paciente falasse de sua condição, já que, “por exemplo em casa, com a mãe, ele não podia falar. Mas era isso”. Ela insiste neste ponto: “Era alguma coisa que tava ali: *eu não consigo parar de pensar nisso*.” Então, o tratamento consistia em permitir-lhe falar bastante, falar “bastante sobre a boca, sobre as situações que ele tinha vivido antes da cirurgia”, “construir outras saídas”, outras “saídas pela fala”, já que restava muitas vezes para ele o “corpo no próprio corpo”. De maneira geral, a terapia tinha uma função de “poder dar lugar a isso que ele diz, que é de fato isso que faz ele sofrer”, uma vez que, em diversas situações, seja com a mãe, seja com outras pessoas, diziam a ele “*ah, deixa disso, você já tá bem*”. Ela prossegue: “E é aí que entra isso que ele diz num atendimento: *Será que toda psicóloga vai entender que isso que eu sinto não é bobeira? Será que todo mundo vai entender? A próxima psicóloga?*” No final, Gustavo estava preocupado com quem iria escutá-lo, uma vez que Raquel estava concluindo sua residência e, portanto, seu trabalho como psicóloga no ambulatório. Neste sentido, Raquel coloca que “então, assim, eu acho que é dar lugar para o que ele sofre, independente da estrutura dele”. De fato, o racismo, a questão com a boca, era o “estava causando sofrimento a ele”, de maneira que o atendimento servia como uma possibilidade para ele, inclusive, dizer as coisas que “poderia fazer, como caminhar na praia, fazer alguma coisa que o ajudasse. Dar essas direções a ele era alguma coisa que ajudava”.

### **3.13.2 Abuso sexual de uma adolescente: histérica ou traumatizada?**

Letícia foi trazida ao ambulatório pela mãe. Segundo Cristina, psiquiatra da equipe, ela era uma “adolescente, com 15 anos de idade, muito bonita, retraída e que quis entrar sozinha no primeiro atendimento”. A psiquiatra trouxe o caso porque ficou

intrigada. Quando perguntou-lhe o que a trouxera ali, Letícia não respondeu: “A paciente não consegue se expressar. Ela não me falou nada”. Cristina fez nova pergunta: “Mas o que acontece? Você não consegue se expressar?” A psiquiatra continua a descrição: “Ficava quietinha, parecia uma colegial. Uma postura bem coerente. Não falava. Ela não me rejeitou, mas sem me aceitar. Eu não conseguia entender o porquê de ela estar aqui”. Cristina reproduz o diálogo da primeira entrevista: “Devo falar com sua mãe? *Não, tá tudo bem.* A psiquiatra finaliza a primeira parte do relato: “No final, saiu serelepe”. A esta altura, ainda era cedo para saber se era algo simples, uma inibição ou qualquer dificuldade diante da médica que a recebia para uma avaliação, depois que as psicólogas Talíria e Carolina, ambas responsáveis pelos casos infanto-juvenis da equipe, a recepcionaram, há poucas semanas. Reiteramos que, no primeiro momento, o caso não chamou a nossa atenção, assim como, acreditamos, não causou repercussão na equipe, como ilustra o comentário da supervisora Tânia: “Ela falou o principal. (...) deixou claro que possui uma dificuldade de se expressar.”

Mas como veremos, a despeito da pouca repercussão e do material escasso trazido pela paciente, sobre este caso a equipe como um todo teve de se debruçar em vários encontros, a fim de encontrar direções e estratégias resolutivas. Adiantamos, enfim, que a discursividade pobre e a escassez constatada pela psiquiatra Cristina tinha menos a ver com uma possível inibição e dificuldade de se colocar para o *staff* técnico e mais com a especificidade de sua história. Numa reunião da equipe, em março do ano seguinte, Talíria retomou o caso trazendo mais informações. Sob a supervisão do psiquiatra Francisco, presente neste dia, a psicóloga compartilhou com a equipe uma visão mais detalhada do objeto do tratamento e de alguns dilemas que vinha enfrentando desde os primeiros meses de tratamento no ambulatório. Eu já não lembrava de nada que fora dito no final do ano anterior. Talíria descreve o caso de “Letícia, uma paciente de 16 anos”, que chegou ao ambulatório, após um “acidente”, encaminhada por um técnico do Hospital [nome do hospital municipal]. Apesar de chamar de acidente, na verdade, foi uma tentativa de suicídio, em que se jogou à frente de um carro, numa avenida conhecida pelo intenso tráfego de automóveis em alta velocidade.

Talíria continua: “Em algum momento, ela mesma diz que foi tentativa de suicídio à psicóloga do Hospital”. Toda a crise, aliás, veio à tona, após o pai biológico de Letícia (que não a registrou) “aparecer”. Talíria dá detalhes: “O pai gostaria de ter tido um menino.” Por isso, não a registrou, de tal sorte que apenas a irmã mais velha havia sido registrada. Assim, aos sete anos, por “conta de uma lei que surgiu”, foi colocado o



sobrenome do pai adotivo, isto é, do companheiro de sua mãe e que, ao que tudo indica, exerceu a função de pai/padrasto durante seus primeiros anos de vida, e que, para Letícia, parece ter encarnado a “figura paterna”, embora tenha sido justamente ele a causa de seus maiores infortúnios recentes, os quais contribuíram para que chegasse a um estado grave de sofrimento. Talíria nos dá um exemplo do modo como a paciente traz suas questões: “Não consigo mais me concentrar como antigamente”. Letícia descreve episódios difíceis, conflitivos, do seu histórico, um deles ter sido enviada pela mãe à Paraíba, para morar durante um período.

A psicóloga continua o relato para a equipe: “Em dezembro do ano passado, ela se pergunta por que não se mata.” Esta ideia começou a vir à tona, devido ao abuso que sofreu de um tio na Paraíba. Talíria conta que a paciente dormia na sala e que, num certo dia, o tio lhe diz “o quanto ela está crescida”, entre outras coisas que não ficam claras, nem para mim nem para ela própria. Pelo menos, é a minha impressão, quando Talíria aborda especificamente a questão do abuso, isto é, que “dimensão” de abuso teria ocorrido. Enfim, a psicóloga complementa que, nessa época, a avó da paciente, a chama de vagabunda, protegendo o próprio filho, e, como se não bastasse, quando Letícia traz estas questões para sua mãe, a mesma, segundo o relato da paciente, “ficou sem reação”. Aparentemente, Letícia foi responsabilizada pela avó e pela tia, chegando a ouvir desta que sua mãe queria abortá-la. Talíria conclui: “Ela traz muita coisa.”

Além da “perda de um irmão”, assassinado há alguns anos por traficantes de drogas, assunto que eu ouvi somente nesta reunião (embora o caso tenha sido trazido para a reunião de equipe em várias outras vezes), a paciente se refere também aos conflitos da mãe com o padrasto, eventos que, somados, parecem ter contribuído para que a crise tenha eclodido. No que se refere à mãe e ao padrasto, Talíria detalha: “Essas coisas loucas começaram, após a mãe dizer que estava insatisfeita com o relacionamento dela. (...). Porém, a separação dos pais não lhe abalou muito, já que, no meio da noite, ele [o padrasto, companheiro da mãe] fazia muitas coisas erradas.” Talíria relata que 20 minutos antes de ter se jogado à frente dos carros, a fim de se matar, Letícia havia se encontrado com o pai biológico, num hotel, e que segundo ela, seu pai biológico foi “para cima dela”, mas que, felizmente, ela conseguiu reagir. Foi, então, logo após este incidente, que ela se jogou à frente do carro. A psicóloga conclui: “Ela diz que tem medo de homens, mas dessa vez conseguiu reagir.”

Ao ouvir o relato da psicóloga, não fica claro o que realmente ocorreu, seja o abuso cometido pelo tio, sejam os cometidos pelo padrasto ou pelo pai biológico. O termo

abuso, vale dizer, não nos permite saber exatamente de que tipo ocorreu. Em outros termos, quando se refere aos abusos, a “ir para cima”, a fazer “coisas erradas”, os termos e as descrições surgem de forma incerta e exigem de quem ouve o relato que “imagine” a história, mas também dão margem a interpretações que poderiam ser consideradas mais apaziguadoras, no sentido de relativizarem a dimensão do abuso e da violência que factualmente foram causados à paciente. A ausência de descrições materiais mais precisas foi, de certa forma, uma constante neste caso, aumentando a nossa dificuldade de entendermos o que, de fato, a paciente enfrentou. De todo modo, Talíria acrescenta que, “pela primeira vez, no episódio do tio, ela não conseguiu pensar nada, nunca tinha passado pela cabeça que poderia acontecer algo do tipo sexual. Mas com o padrasto e com o pai, passou a possibilidade por sua cabeça e ela mesmo se respondeu dizendo que não poderia acontecer”.

Talíria confessa: “Eu fiquei muito sem saber e decidi trazer o caso para a equipe.” Ela diz que não vai insistir para conversar com a mãe, pois isso talvez interfira no trabalho que está realizando. Enfim, levanta várias dúvidas na reunião, como se “há alguma obrigatoriedade legal de conversar com a mãe”, e se “seria uma paciente para a saúde mental ou para a policlínica”. A partir deste primeiro relato mais extenso, opina o psiquiatra supervisor, Francisco. Ele observa inicialmente:

Eu não vou dar soluções. Vou reformular perguntas. (...) Se tem uma questão legal, isso é mandatório. Ou seja, danem-se as questões da paciente. Se a opção for essa, *o importante é denunciar*, então deveríamos seguir isso. Mas temos que pesar as consequências e, ao que tudo indica, seriam desastrosas tais consequências (separá-la mais ainda dessa família, uma ruptura desse casal, etc.).

Ele continua: “Mas se você pensa na obrigatoriedade legal, sim. E a outra coisa que tem ligações com isso é a história da sedução para a psicanálise, que tem a ver com o abuso, o que há de verídico nisso... Isso está dentro da história da psicanálise.” Francisco se refere a Freud, que, segundo o supervisor, “descobre que isso tudo, o que produziu sintomas nas histéricas, era o abuso sexual. E ele pensa que, ao retornar a memória à consciência das histéricas, os sintomas se reverteriam. Mas dado o número de histéricas, todos os pais de Viena deveriam ser tarados”.

Francisco se dirige à psicóloga Talíria: “Eu sei que você já sabe. É apenas uma recapitulação. Nós vivemos no mundo real, mas também no mundo da fantasia. E a sexualidade não está só fora, mas também dentro. E todos nós temos que lidar com a fantasia”. Ele prossegue: “Todos nós somos abusados e seduzidos e todos nós temos que

lidar com ela, a fantasia. Mas é possível que exista o abuso sexual. Mas isto tudo é realidade pela posição que ela se coloca pelo Outro.” E finaliza: “O fato é que sendo objetivamente abusada ou não, isso ocupa um lugar importante na subjetividade dela.” Até este momento da discussão, não estava claro se a posição de Francisco apontava mais para a “factualidade”, isto é, a existência concreta do abuso sexual, “objetivo”, ou para o abuso como derivado de “julgamentos”, fantasias ou “posições subjetivas”. Ele trouxe a história de Freud, da psicanálise, para ilustrar que nem todo abuso é fruto do abuso sexual em si, de uma violação externa. Por outro lado, ele aponta para o fato de que o abuso sexual “pode ter existido”. Mas na realidade, sua posição não ficou clara quando disse que a “objetividade de ter sido abusada ou não” deriva de forma importante da forma pela qual se coloca subjetivamente perante o Outro, o abuso, os fatos, etc. De todo modo, Francisco observa que a paciente fez uma tentativa, se jogou à frente de um carro. Nas palavras dele, trata-se de “uma passagem ao ato, uma suspensão da possibilidade de pensar, de elaborar”. Ele comenta: “Ela fez uma seríssima tentativa de anulação do eu, tentando sumir. E isso não tem características de *acting-out*, ou seja, não foi para atingir ou provocar o outro. Foi um ‘eu não quero mais saber disso’”.

E continua:

O encontro com o pai parecer ter sido um segundo tempo, uma reativação de todos os abusos, e ela pensa em desaparecer. Assim, isso tem que ser relacionado com outros momentos difíceis, como quando ela vai para a Paraíba, com a mãe que pensa em abortá-la, etc. (...) E, no encontro com você, existe a possibilidade de fazer uma recostura, não deixar que isso só seja uma série de episódios de degradação.

Eis que o trauma aparece. Pela primeira vez, o termo é concretamente mencionado, Francisco prossegue: “Mas o que seria mais traumático? O fato dos homens tentarem abusar dela ou o fato de ninguém ter se interessado pelo seu relato? O evento ou uma recusa da possibilidade de existirem esses eventos traumáticos?” Ele conclui dizendo para a psicóloga: “Então, as mudanças que você vem observando nela<sup>1172</sup>, é possível que tenham relação com o fato de que você a escuta. E é interessante se desconectar do padrasto e da mãe. É a oportunidade dela ter o próprio caminho.” Então, como se estivesse interpretando o personagem da própria paciente, ele afirma: “*Eu posso desejar, eu posso ser eu, eu não sou aquilo só que os outros colocam.*” Um pouco depois disso, a psicóloga Carolina comenta: “Mas eu vejo que ele se preocupa com ela.” A psicóloga se refere ao

---

<sup>1172</sup> Neste encontro, Talíria havia relatado ter verificado uma ligeira melhora na paciente.

fato de que vê o padrasto sempre levando a paciente para a terapia. Talíria reage com um sorriso desconfiado, como se discordasse. Francisco retorna: “Nós vivemos na época do politicamente correto, mas abuso sexual é uma coisa que existe. Este padrasto gosta dela ou é um monstro? Depois que eu vi *Fale com ela*, do Almodóvar, eu nunca mais consegui definir o que é um tarado.”

Passaram três meses até o caso retornar às reuniões. Desta vez<sup>1173</sup>, a psicóloga diz à equipe que o padrasto colocou a mão na perna da enteada, no sofá de casa. De alguma forma, a informação sugere algo mais concreto em relação ao abuso denunciado por Letícia. Talíria também nos diz que a paciente só tem tomado banho em momentos em que o padrasto não está em casa. Talíria ainda tem dúvidas de como conciliar os aspectos clínicos com os éticos-legais. Francisco sustenta que as dimensões da lei, da moral e da ética precisariam ser consideradas em separado. Referindo-se a um possível desdobramento judicial do caso, na hipótese de ser feita uma notícia-crime, ele comenta: “O mais importante neste caso não é a prova que ela possa usar posteriormente”. Mas segundo ele, seguir a ética traria mais riscos, já que a mesma “pode não dar certo e, inclusive, poderia ir contra a lei e a moral vigentes”. Para o psiquiatra, o mais importante estaria no “fato de que tem alguém que a escute”, pois, “o testemunho do outro é o mais importante neste caso”. Fernando opina a favor de seguir o caminho proposto por Francisco, “mas nunca deixar de pensar no aspecto legal”. Como complemento à colocação do supervisor, ele diz que só acrescentaria o apoio à paciente, caso ela decidisse tomar medidas legais.

Na reunião seguinte, cerca de um mês depois, novamente com o supervisor presente, o caso foi retomado. A alta frequência do debate sobre o caso não é artificial, sem base. Ela é diretamente proporcional ao crescente grau de agudização do caso, ao risco a que, cada vez mais, fica exposta a paciente, de modo que não nos parece que o entendimento a que se chegou nas reuniões, até o presente momento, tenha surtido quaisquer efeitos importantes. Expliquemos melhor. Na semana anterior a esta reunião, portanto, ainda sem o supervisor, a psicóloga já trouxera de novo o caso, o que muito raramente acontecia na equipe, pois, casos infanto-juvenis somente são trazidos para discussão na presença do supervisor clínico dos mesmos. Mas devido à urgência e aos acontecimentos dos últimos dias, Talíria decidiu trazê-lo. Ela divide sua angústia: “Está

---

<sup>1173</sup> Vale notar que, apesar do intervalo grande, são raros os casos que retornam com tal frequência às reuniões. O caso foi trazido primeiramente no início de novembro de 2019. Em seguida, em março de 2020. Desta vez, é trazido em junho do mesmo ano.

difícil, pois mais uma vez estamos trazendo o caso da Letícia. Semana passada, também trouxemos o caso dela. Semana passada, na quarta-feira, eu a atendi e, desde o domingo, ela estava sem dormir.”

Ela conta o motivo da insônia: “Estavam os três dormindo juntos<sup>1174</sup> e, em algum momento, Letícia começou a sentir uma mão nos peitos. E ela ficou paralisada. Ela conseguiu se virar, foi para o quarto. A partir de então, ficou sem dormir.”

Talíria conta que, na sessão, disse à paciente que ia conversar com sua equipe e que voltaria posteriormente a falar com ela. Reproduzindo as palavras de Letícia, ela ressalta: “*Dra. Talíria, por favor, não fala para minha mãe, porque prometo que vou me cuidar. (...) Não vou usar as roupas, não vou deixar nenhuma parte de mim à mostra.*” Francisco indaga à psicóloga se ela perguntou porque não poderia falar com a mãe. Talíria respondeu afirmativamente e contou o que ouviu da paciente: “Porque ela já disse que ele é manipulador, perigoso, etc.”. Para o psiquiatra, a paciente não dormira nos últimos dias porque ela “não quer dormir”, “ela precisa manter uma vigilância para se proteger”, “uma reação defensiva”. Ao ser cogitada a possibilidade de uma medicação que a induzisse mais facilmente ao sono, a fim de regularizar o sono da paciente neste período, o psiquiatra comenta: “A experiência mostra que são necessárias doses muito altas (...) e ela diz que não quer dormir. (...) Então o lado médico é complicado”. Talíria corta num desabafo: “Eu fiz o que pude”. Francisco retoma a palavra: “Sim, sim. Não se trata de uma insônia derivada de uma questão mais internalizada. É uma insônia de uma pessoa preparada para a batalha.<sup>1175</sup> Uma insônia de uma pessoa que não quer dormir”. O psiquiatra Bruno chegou a atendê-la entre a última supervisão e a presente. Ressalta o que havia sido discutido na reunião de equipe anterior à esta, quando o caso foi trazido e, entre outros aspectos da discussão, cogitou-se se não se trataria de um caso de histeria, se toda a situação de abuso trazida estivesse mais para o lado “da fantasia” da paciente do que para os “fatos”. Neste momento, Bruno parece entrar na discussão, a fim de trazer “clareza” (termo que ele utiliza) à cronologia dos fatos ocorridos nos últimos dias:

Na última quinta-feira, ela vem e a queixa foi a dificuldade de dormir. Eu perguntei, disse que a Talíria passou alguns dados, ela começou a chorar. Contou que desde então não conseguiu dormir, que sente tremores o tempo todo, uma angústia muito grande. E ela já tem uma história de abuso sexual anterior por parte do tio. Então, é uma história sucessiva e reiterada de tentativa de abuso. E aí, na reunião da semana passada, vem a questão se seria uma realidade dela. E eu ponderei que

<sup>1174</sup> Ela se refere aqui à paciente, à sua mãe e ao padrasto.

<sup>1175</sup> Judith Herman (1992) coloca no mesmo plano de análise o soldado do campo de batalha e a mulher violentada sexualmente. Ambos estariam ligados pelo trauma produzido por um agente externo, o perpetrador, no caso da paciente.

não, pois ela não parece ter ganhos secundários com isso. Eu questionei se ela já contou para algum amigo, não me parece que é histeria.

Novamente surge o dilema da veracidade dos fatos. Francisco diz que “se trata de uma situação muito delicada. E, no caso dela, ainda tem a tentativa de se jogar no carro, que é um forte indício”. Aqui, como vemos, a tentativa de jogar-se contra o carro, na visão de Francisco, reforça que se trata realmente de um caso de abuso e não simplesmente de fantasia. Bruno, logo em seguida, finaliza: “Eu acabei iniciando a medicação. Pensei na possibilidade diagnóstica de ansiedade mista com depressão ou TEPT e acabei por iniciar a medicação.” Ele detalha a situação. Neste dia, conforme ficara combinado na supervisão antecipada do caso, a mãe de Letícia fora chamada ao ambulatório para uma conversa. Foi só então que Letícia, na companhia da mãe, pôde conversar com Carla<sup>1176</sup>, psicóloga. Depois, sozinha foi ouvida pelo psiquiatra Bruno. Ele conta o que perguntou à paciente: “Você gostaria que a gente reportasse à sua mãe tudo que você nos contou? E qual a atitude que você propõe, porque eu já havia te avisado que colocar as mãos nas mamas configura um estupro.”

Embora Bruno tenha deixado clara a sua decisão de compartilhar suas questões com a equipe, para dar uma direção única ao caso, Talíria parecia se preocupar com a possibilidade de que ele dirigisse o assunto mais diretamente para a mãe ou avançasse quaisquer proposições mais objetivas quanto a medidas judiciais. Ela mesma diz: “Eu estava temerosa de que o Bruno insistisse com a notificação e que isso acabasse por afastar a Letícia.” Durante essa semana mais tensa, recém-encerrada, a psicóloga fez contato com uma colega de um núcleo de atenção a casos de violência contra crianças e adolescentes. Ela diz: “Eu conversei com a Suzana e ela me indicou que seria importante fortalecê-la para que ela mesma tivesse a iniciativa de denunciar. O risco seria o de empurrá-la para o abismo”. Por fim, Bruno indica que sua saída foi dar “continuidade à medicação”. Francisco intervém:

É um pouco a continuação do que conversamos na última vez. Claro que com um agravante. Ela tem uma tentativa de suicídio muito séria. No que vocês estão fazendo, eu não teria muito a contribuir. (...) A literatura mostra que a mãe sabe; que, neste tipo de situação, a mãe sabe, e que é um saber não sabido, uma série de coisas contribui para isso. Eu posso jurar que, neste caso, é isto que está acontecendo. E o que a Letícia diz é preciso ser levado em consideração, ela tem perfeita consciência dos riscos envolvidos. Ela é uma menina com uma história de múltiplos abandonos, um deles com relação ao abuso. O que eu pensei da outra vez e continua valendo é:

---

<sup>1176</sup> Nesta época, os atendimentos da psicóloga Talíria estavam sendo dados através da modalidade *online*, pois alguns psicólogos pertenciam ao grupo de risco (de contaminação pelo coronavírus) e não podiam trabalhar no ambulatório. Por isso, foi a psicóloga Carla que recebeu a paciente junto à sua mãe.

ela é uma menina que vive num certo limbo. Existe uma contribuição para uma certa exposição. Ela vai de um lugar a outro, ela não tem pai, teve a questão na casa da avó. Esse é o desenho da situação. A não ser um estreitamento do vínculo com a mãe, eu não sei o que a gente faria de melhor. Essa é uma questão até que aparece em Antígona, que é a contraposição entre a Ética e a Lei. É um momento onde a lei está de um lado e a ética está de outro. Eu não posso tomar essa decisão por vocês.

De fato, a medida mais importante, naquela altura, foi ter chamado a mãe para conversar. Isso ficou claro na fala de Luciana: “A gente fica muito angustiado, mas precisa reconhecer que, ao invés de tentar achar uma solução mirabolante, precisamos chamar essa mãe.”

Afinal, três meses depois, o caso retorna à reunião, novamente na presença do supervisor clínico. Talíria se refere ao caso dizendo que a paciente esteve um mês em São Paulo, na casa da tia, irmã do padrasto, e tanto a tia como o seu marido trabalham no Exército e gostariam que a paciente seguisse este caminho. A tia a estimulou, inclusive, a fazer um exame para a Aeronáutica. Bruno complementa dizendo que chegou a ponderar com a paciente que, “embora São Paulo não venha a ser aquilo que você julga ser o mais adequado, pode ser o seu preparatório para você passar na Aeronáutica”. Bruno ressalta que a paciente ainda estava em dúvidas se ia ou não para São Paulo, uma vez que se responsabilizara pela mãe e, de certa forma, sentia culpa por ir morar longe dela, o que, para ela, significava deixá-la sozinha. Neste sentido, Bruno coloca que “ela não deveria ser responsável pela mãe, já que a mesma é adulta”.

Como últimas notícias, Talíria relata que a paciente havia conversado com o padrasto de forma diferente e que ele reconheceu que se comportara “muito mal” nos últimos tempos. Letícia lhe disse que chegou a fazer um boletim de ocorrência, mas não deu continuidade e que apenas sua psicóloga e seu psiquiatra tinham conhecimento desta iniciativa. Por fim, Letícia avisou o padrasto de que, caso voltasse a “errar”, ela retornaria à polícia para dar continuidade à notícia-crime. Talíria sugeriu à paciente que continuasse tomando precauções com o padrasto. Neste último diálogo com ele, Letícia teria perguntado: “*Mas então, você admite que, há dois anos atrás, você tentou vir em cima de mim?*” Segundo o relato da psicóloga, ele reconheceu que sim e pediu desculpas.

A percepção do psiquiatra Francisco, diante dos últimos fatos, é de que as coisas estão melhores. Acrescenta que a “psicanálise não é politicamente correta” e que este homem “não é suficientemente contido por si mesmo”. Se ele diz “me pare”, “sozinho eu não consigo”, então está ótimo que o caso tenha chegado a este ponto. Não se deve esperar, portanto, que ele pare por si mesmo e que, de fato, é uma conquista muito boa

ela ter conseguido “colocar um limite, *inventar da polícia* e dizer que sua psicóloga e o seu médico já sabem de tal iniciativa.”

### **3.14 Pandemia de coronavírus e a mudança brusca na pesquisa**

Em minhas notas de campo, registrei pela primeira vez uma reunião sem data. A ausência do registro não ocorreu por acaso. Revisitando o caderno para escrever esta parte da tese, me deparo com o primeiro indício de que algo concreto, por volta do início de março de 2020, abalara o rumo de minha incursão na pesquisa. Escrevi no caderno: “Desde o início das medidas de restrição de circulação de pessoas, tenho ficado em casa e não participei das reuniões de equipe do ambulatório”. Mais à frente, continuo:

Não registrei nenhum diário nestas últimas três semanas. O medo, a apreensão quanto à vida e os afazeres modificados de forma abrupta, além das decisões financeiras que tive de tomar de forma urgente, foram fatores que impactaram de forma decisiva minha pesquisa. Produziram de forma decisiva, em mim, uma certa dispersão. O meu eu pessoal estava por demais atravessado pela atmosfera emocional pesada e turbulenta destas últimas semanas.

Poucas semanas antes, fora convidado para substituir, em modalidade de contratação, uma psicóloga que estava saindo da equipe. Embora este contrato não tenha sido efetivado, eu estava, a esta altura, considerando positivamente a possibilidade de um novo trabalho. Certamente, ele alteraria o rumo de minha pesquisa, modificando profundamente minhas relações com o campo, e com os profissionais e pacientes, obviamente. A despeito disso, dadas as circunstâncias materiais agravadas pelo período de pandemia recém-iniciado, com a consequente impossibilidade de trabalhar presencialmente em meu consultório de psicologia (meu único rendimento financeiro), estava aberto para tal ideia, por necessidade.

Assim, as primeiras semanas do mês de março trouxeram mudanças repentinas. Logo com as primeiras medidas de restrição de circulação de pessoas, devido ao alastramento do novo coronavírus, percebemos que não se tratava de algo da ordem comum dos acontecimentos. Não se tratava de qualquer coisa a que estávamos acostumados a enfrentar. Rigorosamente, não sabíamos exatamente do que se tratava. Quanto mais assistíamos aos noticiários, andávamos nas ruas, ouvíamos familiares e colegas num alerta progressivo, e o crescente clima de agitação e medo tomar conta das ruas e dos supermercados (que, de uma hora para outra, ficaram superlotados devido à



eventual escassez de alimentos), mais crescia em nós a consciência de que algo muito grave estava por vir. E todos sabemos o que ocorreu.

A possibilidade de obter um novo emprego remunerado contrastava com o perigo que, de genérico, poderia se materializar, caso, de fato, eu decidisse passar a trabalhar não *apenas* como pesquisador (vale dizer, sem bolsa ou qualquer outro tipo de auxílio financeiro), mas, agora, também como psicólogo da equipe. Ora, na medida em que não sabia ao certo como minha vida ficaria, e pesando com muito realismo os riscos de trabalhar em meio à tal turbulência, de ser contaminado (de morrer), de contaminar minha família (de “matar”), recuei da minha aceitação. A vida em seu sentido mais literal era o que estava em jogo. Mas, por obra do acaso, o que veio facilitar minha decisão, coincidiu que a psicóloga demissionária arrependeu-se, uma vez que o trabalho para o qual iria tornou-se irrealizável, devido às novas circunstâncias. Foi assim que o novo rumo no meu trabalho, provável e prestes a se realizar, foi bruscamente freado. Isto não impediu que ocorressem outras tantas mudanças em todos os âmbitos da pesquisa, como veremos.

As reuniões passaram a ocorrer através de um meio digital, a plataforma *zoom*. Na primeira de que participei, chamou-me a atenção a demora para começar. Não assistira à anterior porque minha comunicação com a equipe fora prejudicada pela turbulência do momento e o acúmulo de preocupações, circunstância que redundou numa falha minha no tocante ao acompanhamento das coisas, particularmente, à forma combinada de fazer as reuniões seguintes. Superado o impacto na comunicação com a equipe, uma vez tratada a questão operativa com a coordenadora Carla, inteirei-me dos detalhes e, enfim, após esse “pulo” de uma semana, reintegrei-me ao coletivo.

Nesta segunda reunião (para mim, a primeira), reparei que muitos enfrentavam dificuldades técnicas. Cito o exemplo de uma colega que fala em seu microfone. Ela compartilha sua dúvida: “Aparece o nome de todo mundo, mas o rosto de ninguém aparece”. De fato, não sabíamos usar o aplicativo muito bem. Seja pelo computador, seja pelos *smartphones*, víamos na tela os componentes da equipe. Seus rostos passavam um após o outro. Sobre estes primeiros momentos, vale registrar que, embora a reunião tivesse começado oficialmente por volta das 09h, até às 09h11, o assunto não engatou: nenhum comentário fora feito relacionado aos pacientes e ao trabalho. A propósito, nem todos da equipe estiveram presentes desde o início. Por exemplo, somente às 09h30, o psiquiatra Paulo, mais velho, acima dos sessenta anos, consegue entrar na reunião. Não aconteceu somente com Paulo. Vimos, desde este encontro, acontecer também com

Cristina (igualmente psiquiatra e acima dos sessenta anos), prejudicada por dificuldades técnicas de acesso à sala virtual.

Algo remete à minha própria impressão passada aos colegas neste primeiro dia. Percebo que, enquanto escrevo as notas deste primeiro dia, não no computador, mas no caderno sobre a mesa, estou com a cabeça abaixada, com o olhar concentrado no caderno e não nos rostos enfileirados na tela. De modo geral, digamos que eu começava a me preparar para uma nova modalidade de registro de campo: se, até então, eu me valia de um caderno espiralado de folhas A4, preenchido, a cada reunião, com notas das observações feitas presencialmente nas reuniões ou no convívio dos corredores do ambulatório da policlínica, agora eu me colocava diante de um *notebook*, onde a janela aberta do *zoom* era ajustada de modo a adequar, no monitor, um arquivo do *Word* no qual passei a registrar o que se passava com os colegas.

Demorei alguns meses para decidir fazer as notas de campo diretamente no arquivo digital. Minha impressão, adquirida pela experiência de antes, era que o contato com o papel e a caneta ligava-me de alguma forma a uma dimensão mais viva da experiência, de alguma forma ligada ao que eu tinha antes enquanto acompanhava as reuniões de forma presencial. Por isso, mantive por um tempo este hábito, mas, com o passar do tempo, assumi de vez a decisão de não usar mais caneta e papel.

A partir daí, ficava cerca de três horas (o tempo da reunião) em minha residência, de frente para o computador e, literalmente, agora, “cara a cara” com meus interlocutores do campo. Não mais presenciando outras situações às quais, até então, tinha acesso frequente no ambulatório, como o convívio informal com profissionais diversos, os acolhimentos e as recepções das quais participei inúmeras vezes. Meu “acesso” ao que acontecia no ambulatório e nas reuniões de equipe praticamente ficou restrito a um espaço “virtual”.

Outras tantas mudanças aconteceram, mas não caberia citá-las para não me estender desnecessariamente nestas linhas introdutórias. Entretanto, vale a pena mencionar a economia de deslocamento, com antecedência, até o ambulatório, possibilitando “assistir” às reuniões com relativa comodidade, ainda que, para isso, tenha sido necessário um esforço adicional para lidar com outros estímulos de distração presentes na residência.

Outra mudança foi notada já nesta primeira reunião virtual, ou seja, a presença de novos integrantes: um psiquiatra, uma psiquiatra residente de psiquiatria e uma psicóloga, também residente, que haviam chegado na semana anterior. Além destes, percebo novos

estagiários em psicologia, que iniciam de modo *online* seu período de estágio em meio ao período turbulento.

Noto que meus registros deste primeiro encontro ficam mais esparsos, certamente por estar me acostumando com a nova dinâmica. As notas deste dia, por exemplo, são as seguintes: “Raquel, neste ano, é residente. Estará no ambulatório na quarta, na quinta e na sexta”. (...) “Vamos fazer um balanço da semana”. (...) “Apareceram pessoas na segunda para pegar remédios”. (...) “terça e quinta são os dias para entregar a receita”.

Já é possível reparar a emergência de um vocabulário que não era comum e temas novos: noções como a ideia de que existem os pertencentes ao grupo de risco e os que não pertencem, além de inéditas modalidades de trabalho (atendimento via telefone ou por WhatsApp).

Assim, gradualmente, vamos nos deparando com novas questões que se tornarão rotineiras nos meses seguintes. Cito um exemplo. Passei a reparar que alguns participantes se mostram através de suas câmeras enquanto outros permanecem a maior parte do tempo com as câmeras desligadas. Nesta primeira reunião, contabilizo: “dezenove pessoas estão presentes no aplicativo”. Logo em seguida, escrevo: “Neste momento, em especial (o que mudará radicalmente com o passar dos meses), todos aparecem em vídeo, com exceção apenas de uma profissional da equipe”.

A forma de acompanhamento das reuniões muda completamente, deixando de ser material. Todo o quadro acompanhado, agora, é virtual. A reunião interrompe. O tempo máximo de acompanhamento através do aplicativo *zoom*, de forma gratuita, é de 40 minutos, no máximo, o que obriga os profissionais, durante toda a manhã, de 40 em 40 minutos, a saírem da reunião e reingressarem pelo *link*. Neste dia em especial, me desconectei por algum motivo e, ao me reconectar, percebi que perdera, por exemplo, o que a coordenadora Carla havia dito, só podendo compreender, no final, que a “filha de uma funcionária estava passando por um episódio depressivo agudizado por toda a situação do momento”.

Sendo assim, até este momento, misturam-se questões surgidas especificamente no contexto do início da pandemia: integrantes que ingressam (e que irão embora!) na equipe, expressões emocionais diversas que vão do medo frio até a alegria e o contentamento mais acalentadores, silêncios, a dinâmica presencial (em especial, o dia da “quarta-feira”), questões difíceis de como manejar as receitas, dificuldades ligadas ao atendimento remoto (via telefone ou WhatsApp), doenças dos profissionais, os efeitos da pandemia na minha vida, morte de parentes ou pacientes do ambulatório, rearticulações

diversas com o território, dificuldades de acesso à reunião ligadas à tecnologia (conexão lenta, dificuldades de manejo do aplicativo pelos profissionais de idade mais avançada), dificuldades de atendimento presencial dentro do ambulatório, manejo de pacientes graves, agudização e agravamento manifestado de diversas formas dentro do contexto pandêmico, entre outros temas desenvolvidos nas partes seguintes deste trabalho.

### 3.14.1 Mudanças na pesquisa

Durante uma reunião, vejo na tela que uma psicóloga espirra diversas vezes. Em seguida, tampa o nariz contendo outros espirros. Neste momento, as intervenções viram pano de fundo, porque me desconcentro delas e o foco da minha atenção passa para o espirro da psicóloga. Surge em mim, considerada a pandemia em que estávamos, um sentimento de preocupação.

Não demorou para que a onda de coronavírus provocasse, concomitantemente, mudanças importantes em nossa pesquisa, algumas delas referentes ao próprio campo de observação e aos integrantes da equipe; outras diziam respeito às minhas possibilidades de acesso, “à minha vida”, ao ambiente do qual eu acessava a reunião. De modo geral, os objetos físicos - do nosso próprio ambiente e os observados “virtualmente” pelo computador – passaram a produzir novos e variados efeitos nas reuniões.

A própria interação entre todos estes atores (profissionais, pesquisador e diferentes objetos compondo tal cenário híbrido físico-virtual) foi afetada. Por exemplo, não raramente, nos deparamos com episódios em que, após a fala de um profissional, se fazia um longo silêncio.

Tornou-se também comum nos depararmos com cenas como a descrita mais acima, quando nosso foco afastou-se do conteúdo das falas, ou seja, do que era dito, e se concentrou em algo paralelo, como o espirro assustador da psicóloga, devido à nossa preocupação de que o espirro poderia ser o sinal de que fora contaminada pelo coronavírus. Não só o nosso olhar foi desviado neste momento, de modo a ser influenciado também para a dinâmica das emoções ou dos afetos em jogo durante esse período da pandemia. Todo o cenário no qual nos inseríamos sofria severas modificações.

Repetiram-se as ocasiões em que ocorreram quedas de conexão. Numa ocasião, uma psicóloga “estava passando uma informação e a reunião foi cortada”. Outro exemplo: uma psicóloga “fala da paciente (...) no meio da fala, e o *zoom* terminou a conexão (...) e logo depois, todos voltam aos poucos à reunião”. Também passei a reparar que alguns

rostos sumiam ao longo da reunião da equipe, se deslocavam, mudavam de ordem na disposição enfileirada dos presentes na modalidade virtual.

Descubro que os primeiros desta “fila” são os que falam com mais frequência ou que estão com suas câmeras ligadas. Numa média de vinte e poucos participantes da reunião, tenho sempre a impressão de estar acompanhando no máximo quatro ou cinco profissionais. Não que os outros não pudessem ser acessados, mas porque muitos conservavam frequentemente suas câmeras desligadas ou falavam muito pouco.

Reparo aos poucos que a dificuldade de acompanhar as diferentes reações dos colegas de equipe se fez presente. Era como se tivesse de fazer um esforço adicional para lembrar a importância de, além de acompanhar o que era falado pelo profissional, acompanhar como os outros o ouviam; se movimentavam ou não a cabeça em sinal de concordância; que tipo de expressões faciais exibiam.

Os ambientes passaram a ser compostos não só pelos rostos dos profissionais, mas também pelas “paredes” ao fundo da imagem de cada um. A própria imagem das paredes, algumas com quadros, outras com um tipo diverso de decoração, passou a compor o novo cenário etnográfico. Alguns ambientes se mostravam mais modernos, outros um tanto rústicos. Alguns, em meio à natureza, com visível presença de árvores ao redor, o que me fazia pensar, em meio à quarentena, o quanto tais profissionais estariam desfrutando de bons momentos a despeito do confinamento tão prolongado. Para alguns, o fundo não muda com a repetição das reuniões. Em outros casos, o fundo se altera. No que eu imagino ser um quarto de uma das profissionais, vi um gato passando em frente à câmera. Noutro caso, passei a ver a filha pequena de uma psicóloga, quase semanalmente. Quando isso ocorria, a mesma se apresentava de forma alegre diante da equipe, trazendo algum alento à equipe em diversas situações. Noutra tela, em miniatura, num ambiente de copa de cozinha, vejo passar uma moça, rapidamente, o que me faz supor que pudesse ser sua amiga. Em outro momento, vejo um dos médicos receber um beijo. E no ambiente de uma psiquiatra, passei a ver semanalmente sua empregada doméstica realizando diferentes trabalhos, enquanto ela participava da reunião.

Na maior parte das vezes, minha imagem aparecia para a equipe com meus livros atrás de mim, exceto quando tive que me mudar, temporariamente, durante a pandemia, devido à obra num apartamento vizinho, tornando impossível a realização de trabalhos em minha casa por cerca de três meses. Ainda que não tenha sentido, em qualquer momento da pesquisa, que a questão de aparecer ou não, isto é, de colocar a câmera no modo ligado ou desligado, não tivesse gerado quaisquer controvérsias na equipe,

raríssimas foram as ocasiões em que me dei o direito de acompanhar a reunião com a câmera desligada. Foi possível observar que estavam sempre com a câmera ligada um número fixo de participantes – por volta de cinco – enquanto os demais variavam mais. Lembro de alguns profissionais (um ou dois) não terem, algum dia sequer, aparecido com suas câmeras ligadas. De todo modo, friso, aparecer ou não no vídeo nunca pareceu ser uma questão para a equipe.

É importante observar que, mesmo com o longo tempo de convivência com eles, nunca me senti “autorizado” a participar daqueles encontros do mesmo modo de uma parte grande dos profissionais. Isto se refletia em mim como uma espécie de senso interno de responsabilidade perante a equipe (principalmente, frente às coordenadoras) e também como um certo sentimento de preocupação relativa à possibilidade de evitar, a todo custo, quaisquer mal-entendidos e possíveis efeitos negativos em minha pesquisa. Não foi casual, por exemplo, o fato de, em certo dia, somente eu e mais três pessoas – num grupo de aproximadamente vinte – terem deixado a câmera ligada durante a exposição de um caso por uma psicóloga. Ora, trata-se aqui de uma linha de divisão que passaria a demarcar melhor aquilo que seria o lugar de um integrante da equipe, por um lado, e, por outro, minha própria identidade enquanto pesquisador, que vinha adquirindo, até então, gradualmente, mais nuances de “membro da equipe”, mas que mudara mais uma vez agora, com o avançar da pandemia. Assim, é importante destacar essa distinção, entre o lugar ao qual gradualmente eu vinha “ascendendo” desde minha primeira incursão presencial no ambulatório e este período maior da pandemia. Por outro lado, como veremos mais à frente, à medida em que eu pude tomar a vacina contra o coronavírus, retornei à modalidade presencial ao campo, e mais uma mudança importante ocorreu nos laços com meus interlocutores. De maneira bem distinta do período anterior à pandemia, tais laços foram remodelados nesta retomada, uma vez que aprofundei o contato, a partir do convívio quase diário, com parcela importante daqueles profissionais.

Passei a constatar que não somente a dinâmica do que era visto ou ouvido se alterava, mas também a própria dimensão do meu corpo. Embora o acompanhamento pudesse ser realizado, na maior parte das vezes, com maior grau de conforto (exceto no período em que precisei me adaptar à obra do vizinho), passei a reparar que o trabalho *online* era frequentemente mais cansativo que o presencial. Talvez um somatório de fatores contribuisse para isso. Pelo fato de participar *online*, e, de alguma forma, me sentir *observado* pelos colegas do campo, eu deveria estar constantemente alerta para o que estava acontecendo. Em consequência deste cansaço, não poucas vezes, em algum

momento das reuniões, principalmente nos últimos 30 ou 50 minutos, minha atenção e capacidade de registro ficavam bastante afetadas, reduzindo temporariamente a minha participação à simples presença, como espectador, sem registro de quaisquer atividades. De uma forma ou de outra, é possível dizer que tal cansaço, por sua vez, contribuiu para que eu passasse a fazer pequenas pausas durante as reuniões, pausas, por exemplo, para ir à cozinha e preparar/pegar mais café.

Como disse antes, foi somente com o tempo que decidi efetivamente registrar minhas notas diretamente no computador. Tal escolha não foi casual, mas se impôs porque, em certo momento, percebi que a escrita focada no computador, além de interferir no componente experiencial da própria escrita (que remetia a algo mais vivo em relação ao que se desenrolava no campo), poderia interferir na “visão” geral dos participantes. Ora, é preciso dizer que embora tenha colocado em questão o modo de registro, em algum momento adotei o registro diretamente no arquivo, sem que notasse um prejuízo na observação do campo virtual. Ao contrário, senti que a escrita direta no arquivo do *Word* facilitava o processo não apenas na reunião, mas também depois, já que dispensava a transcrição das notas feitas manualmente para o documento digital.

No lado direito da plataforma digital onde as reuniões ocorriam, havia um espaço para conversas escritas através de um *chat*. Observo que a utilização dessa plataforma foi inconstante. Durante poucos momentos, em algumas reuniões específicas, verifiquei uma utilização significativa deste meio. Além dos eventuais “bom dia”, escritos no início da maior parte das reuniões, em alguns momentos, li frases como “eu também gostaria de falar sobre duas situações breves” ou algum comentário complementar feito durante a discussão de algum caso, de modo que a escrita não requisitasse, necessariamente, a intervenção “por voz” do integrante da equipe e nem interrompesse o fluxo de quem estava falando.

Por fim, verifiquei em todas as reuniões e, durante toda a sua extensão, que alguns profissionais, de repente, deixavam a reunião. Comumente, comentários eram lançados no grupo de WhatsApp da equipe, informando que o motivo fora a queda da conexão ou avisando que estariam “voltando” ou “tentando voltar” em dado momento.

### 3.14.2 Início das reuniões como termômetro e outros impactos da pandemia

**“Luciana: *É uma gripe, dor no corpo.*  
Sandra: *São sintomas de Covid.*”**

**[Risos entre os membros presentes na reunião]**

Com o passar dos meses, verificamos que frases semelhantes às da epígrafe foram repetidas a cada reunião, antes do início das discussões sobre os atendimentos propriamente ditos. Tais conversas iniciais frequentemente serviam para indicar se os profissionais tinham desenvolvido algum sintoma físico de contaminação pelo vírus, e como estavam lidando emocionalmente com o atual momento. Arriscaria dizer que a conversa entre as duas colegas de equipe poderia ser testemunhada em cada uma das reuniões que se seguiram desde o início da pandemia. Assim, diante de uma aparência “gripada” não se cogitava “alergia”, por exemplo, mas Covid. Então, estava claro que havia mais do que uma modulação emocional própria naquele momento (caracterizada pelo medo), mas em direção à possibilidade de contaminação pelo vírus. Ora, isto ficou evidente quando Carla perguntou à sua colega “Como você está, Teresa?” e esta lhe respondeu: “É minha rinite de sempre”. Neste momento, para mim, ficou clara a presença de um tipo de afeto que se tornou dado, não questionado, entre nós, como se estivéssemos sempre um pouco tensionados, mesmo que tais respostas em sua grande parte fossem acompanhadas por um misto de riso e brincadeira contida.

Foi neste início que pudemos nos deparar com as variadas formas como o vírus afetou concretamente a saúde emocional e física dos profissionais. Avisos como o da coordenadora, de que “Paulo vai se manter afastado. Estará de *home-office*, disponível para fazer algo de casa. Cristina também”, tornaram-se comuns. Neste dia, em particular também soubemos que “Sandra fez o teste”, que “ainda não saiu o resultado” e que “sofreu uma queimadura importante na mão com uma panela de pressão”. Quanto a Paulo e Cristina, ambos psiquiatras do chamado grupo de risco, trata-se de indicar que estarão trabalhando de longe. Um decreto municipal os autorizaria a não estarem presencialmente no ambulatório. No segundo caso, de Sandra, cabe notar que a profissional apresentara sintomas gripais e que realizara nesta última semana o teste de verificação de infecção ou não por Covid.



Assim, logo ficou claro que as reuniões passam a ser iniciadas sempre com uma discussão sobre a pandemia. Quando os chamados testes chegaram, o assunto passou a abordar “os locais onde se realizam testes para a nova doença”. Como no caso da profissional que diz: “Parece que na drogaria [nome da drogaria] estão fazendo o teste por um preço mais acessível”. Por outro lado, quando a vacinação se tornou uma realidade (ao menos para os profissionais da linha de frente ou para a faixa etária idosa do município), o assunto inicial claramente passou a abordar como estava se dando tal processo. Ou seja, tais momentos iniciais não eram “informes” propriamente ditos, tal como tradicionalmente na equipe são distinguidos “informes” de “discussão de casos”. Agora, materializa-se um novo momento, sempre presente, embora não fosse nomeado enquanto um momento “oficializado”, obrigatório de ser discutido a cada reunião de equipe. Um momento onde se passou a “informar” sobre os desafios com os quais os profissionais estavam lidando. Como o do psiquiatra Fernando, que “está se preparando para entrar na linha de frente em outro hospital” e que confirma, após os testes realizados, que nem ele nem sua esposa (também médica) estão com Covid. Assim, se o início dos encontros de equipe servia como um termômetro daquilo que se passava com os profissionais e respectivas famílias, depois, passou também a servir como um momento para se abordar o que se passava em âmbito mais geral no plano social. É o momento no qual os profissionais falam que “estão assustados”.

O psiquiatra Fernando, por exemplo, relata sua experiência em um hospital que, antes, era dedicado somente a casos cirúrgicos e que, a partir de certo momento, passaria a receber pacientes infectados por Covid vindo de outros hospitais. Ele afirma:

Se instalou um desespero quando falaram que ali será um hospital para clínicos. (...) A própria doença tem um perfil que atrapalha qualquer organização. O hospital, em termos de material, ainda não está pronto. (...) Todo o estresse, o clima está muito tenso no [nome do hospital]. Qualquer coisa estoura uma discussão entre os profissionais do hospital. Após alguns dias internado (...) e todos os que estão em volta acabaram pegando Covid também.

A intervenção de Fernando foi dita e registrada em 10 de abril de 2020. No entanto, tal como a resposta de Sandra a respeito de seu quadro de saúde, destacada anteriormente, as observações assustadas de Fernando se tornaram de alguma forma um padrão repetido, frases que, de uma maneira ou de outra, poderiam ser verificadas em quaisquer outros meses do longo quadro pandêmico no contexto nacional. Trata-se de frisar e constatar neste ponto o fato de que, desde o início da pandemia, contrastavam, por um lado, a materialidade do perigo em questão (sua letalidade, o número de contágios

e de mortes), e, do outro, a fragilidade e o descaso relativos ao combate da propagação do vírus.

É algo interminável. Como veremos em vários outros âmbitos emergentes no período da pandemia, é algo – sempre incluindo o medo - que não cessa. Ao longo de todo esse período, portanto, contrastam, de um lado, o perigo real e, do outro, o gradual “relaxamento” social com as normas de restrição e contenção da pandemia.

Trata-se de testemunhar na frase do psiquiatra algo relativo ao individual-social. O medo encarnado na vida do profissional, produzido de variadas maneiras, mas fundamentalmente por uma política de desinformação, de elogio da anti-ciência e da morte. E é neste clima de tensão na equipe, que Fernando prossegue com o seu desabafo. Carla, em diálogo com o psiquiatra, dispara: “A minha maior dificuldade é lidar com o individualismo”. E Fernando comenta: “A única coisa que me alivia um pouco é que essa ideologia da negação de muitas pessoas acaba por proteger essas mesmas pessoas de entrarem numa atitude de vivência mais paranoica”. E ele finaliza:

Vários pacientes foram a óbito. Muitos pacientes não estão sendo testados e morrendo sem ser testados. A gente está vivendo uma situação que a gente está precisando contar com a sorte. Não dá para ter certeza se eu, mesmo fazendo tudo, o pior não irá acontecer. A situação é muito crítica, não se pode notificar no noticiário. O que tem chegando para as pessoas não tem sido de fato o que está acontecendo. Confesso que ver o isolamento ser enfraquecido me dá um desespero porque a gente sabe que isso vai estourar mais ainda. A gente está chegando na margem que temos lotados todos os leitos.

Para Sara Ahmed<sup>1177</sup>, afetos ou emoções - como o medo - não deveriam ser entendidos como tendo origem ou localização dentro de indivíduos ou em coisas, mas de forma disseminada, não individual e coletiva. Tais emoções, portanto, circulariam e funcionariam como conectores, podendo relacionar pessoas, coisas, discursos, entre outros, produzindo diferentes associações numa determinada rede ou em um circuito de atores múltiplos. Em relação ao medo, ela destaca sua associação a um objeto, de modo que se distinguiria da ansiedade, por exemplo. O medo remeteria tanto a um aspecto de espacialidade, como de temporalidade, uma vez que, nestes casos, tem-se a impressão de que um determinado objeto amedrontador não chegou e que, gradativamente, em menor ou maior velocidade, se aproxima. Assim, ele seria caracterizado também pelo que ela chamou de *passing by*, isto é, como uma emoção de passagem. Ela mesma define: “Temer está relacionado ao que se aproxima, ao invés do que já está aqui. É a futuridade do medo

---

<sup>1177</sup> Sara Ahmed. Affective economies. **Social Text** 79, vol. 22, n. 2, p. 117-139, 2004.

que torna possível que o seu objeto, ao invés de chegar, possa passar por nós”<sup>1178</sup>. Ela complementa: “Mas a passagem do objeto do medo não significa a sua superação: na verdade, a possibilidade da perda do objeto que se aproxima faz com que algo amedrontador se torne ainda mais temeroso.” Isto é: “Se o medo possui um objeto, então ele pode ser contido pelo objeto.”<sup>1179</sup> Porém, quando “o objeto do medo ameaça passar, então o medo não pode mais ser contido por um objeto. O medo, em suas diferentes relações com um objeto, nas diferentes intensidades de sua direcionalidade em relação ao objeto, é intensificado pela perda do seu objeto.”<sup>1180</sup> Ela finaliza: “Poderíamos caracterizar essa ausência como não estando totalmente presente, mas, tal como ocorre com a ansiedade, como não estando em lugar nenhum.”<sup>1181</sup>

É evidente a pertinência das colocações de Ahmed sobre o medo, quando pensamos no que estava ocorrendo no ambulatório. Ora, não só o medo, mas o pavor, o susto e o pânico, que rotineiramente também estavam presentes e agiam como uma espécie de conector entre os diferentes profissionais e o mundo “lá fora”. Aliás, tais sentimentos condensavam em um quadro cada vez mais difícil de ser contrastado com o anterior, à medida em que internalizávamos, mês-após-mês, a crise global instalada. Também estamos de acordo com Ahmed quando ela se refere à dimensão espaço-temporal do medo, já que se tratava de um perigo sempre potencial e vindouro, e, na medida em que não tínhamos percepção do seu “objeto”, disparava-se em nós uma permanente sensação de risco de contágio e de perigo iminente. Assim, era comum notar, nas reuniões, períodos relativamente longos de silêncio. Não só por mim, mas também verbalizado pela supervisora, que, em diversas ocasiões, compartilhou sua “visão de fora” a respeito do clima muitas vezes mais parado e calado presente na equipe. O clima de medo, por exemplo, é flagrado no início de maio, quando Carla compartilhou: “Essa semana foi difícil para todo mundo. Uma semana como se estivesse apagando incêndio todos os dias. Eu sei que está todo mundo assustado. Tudo muito enlouquecedor.” A psicóloga se refere à questão, ainda em aberto na época, do quanto o serviço no ambulatório poderia continuar de um modo mínimo de funcionamento presencial. Ela afirma: “Enquanto a gente puder manter a redução (...) que a gente possa expor menos a nós mesmos e os nossos pacientes (...) é uma orientação essa redução”. Representando

---

<sup>1178</sup> Ibid., p. 125.

<sup>1179</sup> Ibidem.

<sup>1180</sup> Ibidem.

<sup>1181</sup> Ibidem.

este medo, ainda nos deparamos com a fala da psiquiatra Marta, que, posteriormente (dois meses depois), veio a se retirar da equipe, muito por conta dos perigos associados à atividade presencial no ambulatório. A psiquiatra se refere ao período social que ora se iniciara, quando começou a circular com mais evidência um discurso de relativização da quarentena e da ideia propagada de que seria possível abrirem alguns tipos de serviços, etc, e a conseqüente circulação maior de pessoas nas ruas da cidade. Ela afirma com preocupação: “Essa semana, a gente vai ver muita gente adoecendo, passando mal, falecendo. Inclusive entre conhecidos.” E de fato, não demorou, inclusive, para que a Covid infectasse definitivamente alguns membros da equipe. A coordenadora avisara o seguinte à equipe: “Essa semana foi muito difícil. Paulo foi internado ontem. A imagem, segundo a tomografia, é compatível com o Covid. A gente sabe que o Paulo é diabético, então precisamos trabalhar com a ideia de que ele não tem data certa de retorno”.

Talíria, psicóloga, confessa estar “muito angustiada com o Paulo”, numa fala carregada de emoção, segurando o choro. Além de Paulo, Carla se refere ao caso da psiquiatra Cristina, que estaria “afastada por motivos de saúde”. Também informa sobre a psiquiatra Marta para quem trabalha a moça “que fica com a filha dela, está com suspeita de Covid”, além da psicóloga Teresa, que “está afastada com sintomas há oito dias”.

Aparentemente, meu primeiro registro de campo fazendo menção a uma “melhora” no clima emocional da equipe data do início de junho, quando escrevo: “O clima é descontraído, apesar de estarem falando sobre o Covid”. Tratava-se de algo inicial, uma tímida mudança no padrão afetivo da equipe. É algo, porém, que só se consolidou mais ao fim do mesmo mês, aproximadamente quatro meses após o início da pandemia, quando finalmente noto: “Tânia comenta que o clima melhorou muito”. Reparo que Carla “diz sim” ao comentário de Tânia. Toda uma discussão em clima descontraído havia ocorrido, depois de tantas e tantas semanas, após uma das psicólogas abordar o tema do café da manhã e da possibilidade de fazerem um “arraiá” quando tudo puder voltar ao normal. Definitivamente, a chegada de uma nova psicóloga à equipe traz consigo novos ares e, no início de julho, data desta chegada, temos a sensação de um clima descontraído e de que os profissionais se apresentam mais animados.

### 3.14.3 Rotina de trabalho e aumento da demanda

Os profissionais que não estavam incluídos no grupo de risco continuaram a frequentar a policlínica, embora com a carga horária de trabalho reduzida. Questões de proteção pessoal, higiene, modo de lidar com as pessoas que se aglomeravam em frente à janela da secretaria, passaram a ser alguns dos desafios enfrentados nas primeiras semanas e meses da pandemia.

Demorou para os profissionais conseguirem ter uma noção clara de como se dariam as modificações necessárias no local, adequadas e suficientemente seguras para os que continuassem a trabalhar no modo presencial. Demorou também para terem uma ideia do quanto poderiam esperar da Prefeitura (através de suas diferentes instâncias administrativas) o suporte para a implementação das necessárias adaptações. Enfim, pode-se dizer que foi gradual o processo do entendimento a respeito do que seria possível esperar dos órgãos superiores do município em relação aos recursos necessários ao trabalho presencial seguro.

Ainda que tivesse sido cogitada a ideia de que o trabalho remoto com os pacientes poderia ser feito, teoricamente, *a partir* do próprio ambulatório, gradualmente se tornou claro que não seriam implementadas medidas necessárias tais como a instalação de uma conexão de *wi-fi* com uma internet apropriada, assim como celulares institucionais capazes de realizar teleconsultas com os pacientes.

Por outro lado, ainda que algumas medidas tivessem sido tomadas pela própria coordenação municipal de saúde mental ou pela direção da policlínica, como as máscaras do tipo *face-shield*, oferecidas aos profissionais, outras medidas de proteção foram implementadas pela própria coordenação da equipe, como, por exemplo, a colocação de uma barreira de proteção (feita de acetato) para proteção dos que estavam do lado de dentro da secretaria.

As recomendações de como se portar dentro do ambulatório e as medidas que deveriam ser adaptadas frente ao grave desafio foram sendo moldadas ao longo do tempo. Em algumas situações, medidas mais restritivas eram adotadas no contexto do trabalho, por mais difícil que fosse mantê-las o tempo todo. Por exemplo, a presença no ambulatório por vezes parecia desafiar (e até mesmo confundir!) o *hábito* do psicólogo construído ao longo de anos, como no caso da psicóloga que foi surpreendida por um abraço de uma paciente e que se viu permitindo-o, apesar do medo da contaminação pelo vírus. Ela diz: “Eu fui surpreendida. Eu estava conversando com ela e, de repente, ela me

deu um abraço. Aí eu pensei: deixa ela me dar um abraço. Ela está precisando de acolhimento”.

Aos poucos, no entanto, mudanças em relação à própria segurança foram sendo adaptadas, como ocorreu com as máscaras de *face-shield*, sobre as quais, em algum momento, vimos Carla alertar aos profissionais: “Cada profissional irá receber. E é responsabilidade de cada um cuidar de seu próprio equipamento.” Além disso, continua: “Quem pediu, estão lá (...) e não há indicação de que todos tenham avental. A recomendação é que, dentro da sala, há necessidade de se paramentar mais, mas não fora da sala. E as recomendações vão mudando com o passar do tempo.”

O assunto das máscaras reapareceu mais à frente, incluído no rol de assuntos que eram retomados com alguma frequência, com o fim de orientar melhor os profissionais. Carla, com alguns meses de pandemia, ainda lembra na reunião, por exemplo, que os “*face-shields* estão lá e é para serem retirados, pois estão ficando lá sendo contaminados. Ainda estão lá na sala, alguns que já estão sendo usados e alguns que ainda não foram pegos”. Por fim, mais à frente ainda, vimos Carla comentar que os *face-shields* que estavam recebendo não eram de “boa qualidade” e que, em algum momento, deixariam de ser adquiridos pela Prefeitura em prol dos produzidos pela Universidade Federal próxima.

Enfim, é fundamental salientar também a dimensão da coragem dos profissionais de saúde mental, que estiveram sempre presentes no ambulatório, mesmo diante do perigo e de tantos desafios. Com três meses de pandemia, foi Carla também que comunicou à equipe os elogios dados pela diretora da policlínica, que observou que vê a “equipe trabalhando muito (...) e que não recuou diante do trabalho”.

A impressão é que até abril e maio, o movimento geral na policlínica havia diminuído drasticamente. Em 17 de abril, registramos que “o movimento na Policlínica tem sido majoritariamente para a vacinação e pelo ambulatório de saúde mental”. A esta altura, os pacientes do município não estavam se consultando com seus médicos particulares, de modo que o movimento na policlínica poderia ser, ao menos em parte, oriundo desta parcela de usuários. De todo modo, pudemos constatar que em maio, o movimento ainda estava bastante reduzido, como observado em reunião por uma psicóloga: um médico da policlínica havia lhe informado isso, embora não soubesse “por quanto tempo esse movimento reduzido iria durar”.

Dois pontos de virada podem ser verificados no que diz respeito ao aumento do fluxo de pacientes em busca de atendimentos na saúde mental. Um primeiro movimento

ocorrido em maio e outro, um pouco depois, em junho, quando a demanda por atendimentos cresceu de uma forma geral. Curiosamente, o primeiro indício de maio começou a ser esboçado a partir dos atendimentos realizados em um dia específico da semana, a chamada “quarta-feira”, tal como ficou registrada como uma espécie de marca simbólica para os profissionais que trabalhavam neste dia da semana.

Foi no início de maio que registramos pela primeira vez algo que se repetiria a partir de então. Registramos: “Na quarta-feira, foi um dia muito difícil. Parecia que era um dia normal de atendimento”. De fato, como afirmou Luciana: “O ambulatório estava muito, muito cheio. E é isso: agora não é mais para só pedir receita. Eles querem ser atendidos na hora.” Luciana lembra que, não sabe se foi “na hora do almoço”, ela parou “todo mundo”. De fato, desabafa a psicóloga: “Houve um afrouxamento por parte da equipe”. Assim, em tom de alerta, ela avisa a equipe:

Esse mês vai ser um mês crítico. Tânia com sintomas, Paulo internado, Augusto da Heloísa [secretária] com sintomas (...). É por conta de termos Fernando como médico (...) e que ele não diz não (...). Sônia, (que faz parte da direção da policlínica) outro dia chegou para mim e falou que Fernando ia ser a referência de Covid. E eu disse que não ia dar, não. E eu vejo a policlínica toda vazia e o ambulatório cheio, muito cheio (...) A gente precisa rever. Precisa segurar. Não dá. Este mês vai ser crítico.

Carla comenta a respeito de quinta-feira, dia em que está presente no ambulatório:

Ontem, o dia também foi crítico. Marta [psiquiatra] já disse ontem que estava muito assustada. E eu sugeri que a gente falasse com a paciente. E deu certo. Se eu não me engano, ontem, a Marta só precisou atender duas ou três pessoas (...). E eu concordo com Luciana, chegamos num ponto tal que não temos mais médicos que façam receitas antecipadamente. E cá entre nós, Paulo está bem, mas este afastamento não vai ser só de quinze dias. Daqui para frente, a gente vai fazer a receita para quem aparecer na hora (...). Está muito difícil, com a falta da Cristina e do Paulo vai ficar muito mais difícil.

Outros psicólogos compartilham suas percepções sobre o que estavam vivenciando a esta altura. Teresa, por exemplo, que estava presente tanto na quarta como na quinta-feira, diz: “Na quarta-feira, tinha gente em tudo quanto é canto. No primeiro momento, houve um respeito, mas agora houve um afrouxamento como um todo na cidade”. E finaliza: “Uma outra coisa: eu acho que a demanda vai continuar aumentando e a gente vai ter que ser mais rigoroso. Na quarta, a gente ficou muito junto naquela sala [dá o nome da sala]. Na quinta, a gente conseguiu se espalhar.”

Para a psiquiatra Marta, seria recomendável ligar para os pacientes “pedindo para não irem” aos atendimentos de forma presencial. De modo geral, os profissionais pensam

em possibilidades do que fazer do quadro. A ideia de frear ao máximo o aumento do fluxo de pacientes que buscavam tratamento não seria ruim, já que este “aumento” de casos, poderia ser um esperado reflexo dos impactos da própria pandemia na saúde mental dos usuários, mas também do gradual relaxamento (estimulado pelo governo federal e por apoiadores) do cumprimento das normas de restrição de circulação social.

Sandra também reflete a respeito de quarta-feira, em especial a respeito de como poderia ser percebida a ação por parte da saúde mental em “atender a demanda” aumentada neste momento de pandemia. Ela diz:

Quarta-feira foi um dia importante. Nós precisamos ter clareza de que a gente ainda está numa situação grave. Precisamos avaliar em cada profissional. Se não, a gente acaba passando uma dupla mensagem: ‘Está rolando uma pandemia, mas vem aqui para o atendimento.’ A gente não pode perder a discussão do que está acontecendo. Precisamos ter alguma ação. Ali na recepção. Essas coisas dos brasileiros sem noção. Isso nos cabe.

A quarta parece ter sido, de fato, o dia mais movimentado da semana, uma marca simbólica do caos presenciado pelos profissionais que enfrentavam a pandemia no corpo-a-corpo, e um dos assuntos que, invariavelmente, eram temas de discussão, todo início de reunião. Carolina, por exemplo, se oferece para ir na quarta-feira, já que na segunda, dia em que estava presencialmente, não via tal movimento. Ela diz: “Eu queria propor de eu ir em outros dias, porque eu não estou vendo isso (...). Sugiro a ideia inicial de um rodízio”. Fernando também compartilha sua visão sobre o dia mais “caótico da semana”. Ele diz: “Quarta-feira foi um dia muito lotado. Eu não parei em momento algum. Desde o momento que cheguei até sair. Então não é mais possível a carga horária atual. A gente vai precisar aumentar.”

#### **3.14.4 Um segundo momento da pandemia: possível retorno e outros ajustes na dinâmica de trabalho da equipe**

Na visão do psiquiatra Fernando, mesmo que “catando cavaco”, era necessário a implementação de uma carga horária presencial maior por parte dos profissionais. De fato, em junho, o aumento da demanda específica alcançou proporções mais amplas, sendo verificado pelos profissionais também em outros dias. É possível dizer que os atendimentos aumentaram, gerando um movimento nos outros dias igual ao nível de “quarta-feira”. Carla compartilha sua experiência do momento: “Essa semana foi uma semana difícil. Muitas pessoas, de primeira vez, procurando o nosso serviço. Pacientes



muito graves”. A psicóloga observa que, a esta altura, estaríamos em um segundo momento da pandemia, ou seja: “Chegamos em um momento tal de demanda de trabalho. Mas agora é um segundo momento. Estamos menos preocupados com a demanda da coordenação e mais com o que de fato vamos fazer em relação à atual demanda”.

A psicóloga Tais comenta a respeito do que tem visto em seus atendimentos:

Tenho percebido os pacientes muito angustiados. Eu acho que precisamos ir retomando. Os efeitos da pandemia já estão aí se apresentando de forma muito intensa. Mas fico muito angustiada, porque o vírus ainda está aí. Em relação aos pacientes, acho importante dividir isso com vocês. Eu não quero expô-los a isso.

Luciana comenta que, ao ver as fotos que circulam na internet e nas redes sociais, das aglomerações nas ruas, e das pessoas circulando sem máscara, fica “muito agoniada”. Ela diz: “É um impasse, porque o vírus vai ficar com a gente por um tempo”. Ao mesmo tempo, “temos uma sociedade dividida e um governo que propõe a reabertura”. Por fim, Carla complementa que “este é o perfil dos pacientes que estão chegando. Pacientes que perderam seus vínculos anteriores, como este que tinha um psiquiatra anterior e que precisava renovar a sua medicação”.

É preciso apontar que, desde meados de maio, e com contornos mais nítidos a partir de junho, a própria coordenação municipal de saúde mental já pedira aos diferentes coordenadores de ambulatórios e de outros serviços de saúde mental para que se organizassem para a possibilidade de retorno. Também pedira que elaborassem um plano organizado para esse retorno. Em maio, não sem produzir certo assombro na equipe, que reagia (como verifiquei) com silêncio, Carla repassou tal notícia aos participantes. Também em maio, a coordenação enviou um *e-mail* cujo conteúdo pedia justamente detalhes de como ia o “atual momento do serviço”, assim como um “planejamento de retomada das atividades”. Diante deste pedido, as coordenadoras do ambulatório, Luciana e Carla enviaram uma resposta salientando diversos aspectos considerados fundamentais por ela e seus colegas: impossibilidade do retorno das atividades coletivas; medidas de proteção necessárias ainda a serem implementadas no ambulatório, de modo a garantir segurança aos profissionais diante do possível contato com pacientes infectados.

Abriu-se toda uma discussão a partir dessa possibilidade de retorno “em breve”, de forma que muito se questionou até que ponto estariam seguros, que condições seriam estas da chamada “nova normalidade”, como realizar os atendimentos dos pacientes

atendidos remotamente sem dispor de uma rede de *wi-fi* ou um celular institucional, além da limitação física do espaço físico do ambulatório, entre outros pontos.

Todavia, o “clima”, de fato, era de retorno. O aumento da procura exigia tal retorno. Somado a isso, repercutiu um certo clima de que nós estaríamos seguros se fossem seguidas as normas de distanciamento e o uso de máscara. Ora, o “esquema de cores” adotado pela Prefeitura para indicar o grau de periculosidade do vírus não estava mais no vermelho, e sim no laranja. A partir de então, a expectativa era de que a cor amarela fosse alcançada em poucas semanas. A princípio, o mês de julho já entraria na faixa amarela, quando, então, muitos dos serviços retornariam, e o ambulatório, em especial, retornaria com uma maior carga horária dos profissionais.

Na segunda semana de junho, flagramos uma das profissionais compartilhando sua visão com a equipe. A psicóloga Rita coloca: “Eu tenho pensado no retorno dos atendimentos. Esses atendimentos na forma antiga, presencial, sala fechada. Não sei se atualmente seria possível. Não sei se, de repente, poderia ser *online* ou do lado de fora. A questão não é tanto a carga horária, mas o como”.

Carla, em sua função de coordenadora da equipe, pondera: “Nós temos uma constatação de que os nossos pacientes estão precisando da gente de uma forma melhor que a atual. A gente vai ter que repensar isso.” Rita contrapõe: “Nem todos os pacientes nossos tem acesso à internet. Eu estou atendendo uma quantidade grande de pacientes *online*. Pensei em tirar um ou dois turnos para isso.”

Continua-se o diálogo. Carla, em especial, salienta que não “vai voltar todo mundo”. Diz isso em particular para os profissionais como Rita e Lúcia, psicólogas, além de Paulo e Cristina, psiquiatras, profissionais que neste momento estariam afastados do atendimento presencial por estarem incluídos na faixa etária acima de 60 anos, pertencentes, portanto, ao grupo de risco.

Por fim, Carla analisa: “A questão é que o que a gente oferece para quem está no presencial precisa ser alterado. A gente vai ter que repensar o que será feito no presencial e o que ficará à distância”. A coordenadora complementa sua visão do que tem experimentado enquanto está presente no ambulatório. Ela diz: “Vamos ter que repensar também a função. Porque eu vejo que a gente bate cabeça lá dentro. Não é só o horário, mas as funções lá dentro também”.

Bruno, médico, complementa que “a gente tem que retomar o que Carla diz. A gente não tem estrutura. O entendimento é que a gente precisa de estrutura de

telemedicina. A não ser que a gente tenha mais salas disponíveis”. E finaliza: “O meu entendimento é que a gente precisa implementar a teleconsulta”.

Luciana compartilha sua percepção do momento. Ela diz: “Vejo um agravamento importante dos pacientes. Não sei se temos como manejar isso. Não dá para a gente ficar de longe. Estou superdividida”. Tais, em algum momento, complementa a fala da colega: “Não sei como está para vocês, mas alguma coisa nova já está aparecendo. Os pacientes estão ficando com uma situação muito crítica, outras dificuldades. Acredito que seja o efeito da pandemia.” A psicóloga se coloca em relação ao possível retorno de forma maciça no modo presencial: “Eu fico pensando, ao mesmo tempo que eu temo a retomada, fico pensando na gente estar um pouco mais presente (...). É mais para dividir (...). Eu queria dizer que os pacientes estão muito angustiados e eu quero saber o que vocês estão vendo.”

Somado a este quadro existe uma falha na distribuição das medicações à rede de saúde mental. Para Luciana, mesmo sem medicação não é “possível deixar de atender”. Carolina, por outro lado, narra o que aconteceu com o paciente Sebastião, que apresenta “escuta alucinatória”. Ela diz: “O quanto teria sido diferente se tivéssemos medicação disponível”. E acrescenta que a questão passa também pelo “quanto a precariedade está fazendo diferença com risco para os pacientes e para terceiros”. A informação, a esta altura, é que foi dada prioridade pela prefeitura ao orçamento ligado ao Covid. Registro, em reunião, que “a questão não é só com a policlínica. A questão da medicação é com toda a rede pública”. Bruno acrescenta: “A gente já sabe que a demanda da saúde mental vai aumentar. Dada a demanda, podemos elaborar um documento, colocando essa questão da dificuldade material, medicamentosa e de pessoal, e o quanto isso vai interferir na nossa própria saúde”.

Assim, um possível retorno exigiria normas e detalhes técnicos relativos à biossegurança, espaços livres no ambulatório para atendimento dos usuários, uso de tecnologias. Fala-se que todos estes itens “foram incluídos no documento enviado à coordenação”. A proposta vinda do escalão superior municipal é que o retorno ocorresse a partir da última semana de junho e que, caso não se dispusesse dos requisitos contemplados, não seria possível retornar. No entanto, ainda assim, algumas perguntas ficavam no ar. Por exemplo: o que seria possível fazer, mesmo estando com parte do material de segurança? O que não seria possível realizar? Neste momento, todo um movimento rumo à reorganização radical do serviço estava em andamento, para ser concluída até “o início de julho”.

Como se não bastasse, soma-se à discussão a informação nova de que passaria a funcionar na policlínica um centro não só de testagem, mas também de pesquisa sobre o novo coronavírus. A equipe avaliou que muitos pacientes que antes circulavam livremente pela policlínica, possivelmente contaminados pelo Covid-19, passariam a ser encaminhados e concentrados numa área específica da policlínica, a parte de trás, e assim, os profissionais do ambulatório de saúde mental ficariam menos expostos à contaminação.

### **3.14.5 Rearticulações diversas com o território**

Além da atualização da articulação do ambulatório com a própria policlínica, que envolveu maior contato dos profissionais com a própria direção da instituição, que se dirigia com frequência às coordenadoras (principalmente) para elogiar (como citamos anteriormente) ou pedir ajuda para tratamento psicológico ou até clínico de um ou outro profissional, poderíamos dizer que a pandemia gerou vários efeitos que levaram à necessidade de outras atualizações com os diferentes atores da rede. Testemunhamos um exemplo disso a partir do caso trazido pela psicóloga Rita. Uma de suas pacientes tentou suicídio, além de atentar contra a vida do filho. A mesma estaria sendo encaminhada para internação no hospital psiquiátrico da região. Rita nos conta:

Ela voltou a beber muito a partir da pandemia. A paciente estava bem no início. Mas em algum momento, ela voltou a beber. Foi encontrada no chão. (...) Estou perdida. Tentei ligar, mas ela não respondeu. Está caindo na rua e colocando seus familiares em risco. No caminho para o hospital, tentou estrangular a mãe com o cinto de segurança e no [nome do hospital] disseram que não poderiam fazer nada.

Pensa-se na possibilidade de contactar o CAPSAd, já que tal dispositivo “tem alguma coisa da tecnologia do cuidado, que talvez eles possam ajudar e precisar este cuidado”. Em geral, a partir das novas demandas, diferentes articulações começam a ser discutidas com mais frequência nas reuniões de equipe. Tais situações passam a chegar pelos CAPS ou pelos módulos do médico de família e do hospital psiquiátrico, além de muitas outras que, conforme contam, “batem na porta e que vamos ter que entender que precisa de tratamento”. Enfim, “há muitas entradas que vão além do agendamento”, conforme diz uma psicóloga. É com estas diferentes “entradas” que uma série de movimentos e atualizações passaram a ocorrer ao longo dos meses, durante a pandemia.

Em relação às articulações com os módulos do médico de família, Carla destacou a dificuldade sempre presente no contato com os mesmos, dificuldade gerada pela localização “em comunidades extremamente violentas e de difícil acesso físico”. Numa dada reunião, já em agosto, discutiu-se durante muito tempo sobre os problemas ligados à comunicação com tais módulos, inclusive sobre a necessidade de uma repactuação com o território, além da necessidade de um contato mais detalhado a respeito de casos que chegam destas comunidades. É interessante observar que o tema da violência havia aparentemente sumido das reuniões de equipe. Foi somente no início de agosto que registrei, pela primeira vez, depois de um longo período, algo ligado ao tema, que, no período anterior à pandemia, estava a pleno vapor, seja nas discussões de equipe seja nas discussões da rede de saúde mental como um todo.<sup>1182</sup>

A discussão sobre a necessidade de uma melhor comunicação surgiu por uma das coordenadoras de um módulo, em algumas situações, ter a tendência de “centralizar” os casos. Mas situações diversas surgem em outros momentos, particularmente a partir de setembro, como a de uma paciente psicótica que chegou muito agravada, residente numa favela extremamente perigosa, de onde estariam recebendo “muitos pacientes, tanto encaminhados como por demanda espontânea”.

O meu segundo registro do tema da violência nas favelas é de outubro. No dia 2 deste mês, eu registro: “O tema da violência começa a aparecer novamente na reunião”. Isso quer dizer que é a partir deste período que se torna possível contemplar, de novo, casos especificamente ligados à temática da violência, para além de todas as discussões ligadas à reformulação da dinâmica de trabalho e dos casos comumente discutidos.

De modo geral, os profissionais da equipe relatam ter uma boa troca de comunicação com os profissionais ligados aos módulos do médico de família, com exceção, talvez, conforme verificamos na fala de Luciana, de alguns módulos, todos localizados em regiões de maior violência.

No final de abril, ouvimos de um profissional da equipe: “Como a questão da discussão virtual fez com que nos aproximássemos, por exemplo, do CREAS! Estamos nos aproximando como nunca antes!”<sup>1183</sup> Esta fala era reflexo do que, gradualmente, foi se tornando cada vez mais patente ao longo dos primeiros meses da pandemia, ou seja,

---

<sup>1182</sup> Na presente tese, cf. o subcapítulo “3.8 O interesse (e um posterior desinteresse) na questão da violência no território”. Vale indicar que foi exatamente nesta semana que saiu uma matéria no jornal a respeito das “missões de paz” da polícia nesse período da pandemia. Até então não estávamos ouvindo nada a respeito deste tipo de caso de violência policial.

<sup>1183</sup> CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

um processo de retomada dos contatos com os dispositivos da rede e da reflexão sobre questões que andavam mais ou menos esquecidas. Ora, se uma série de atualizações das articulações entre a equipe e os outros dispositivos ocorreu nos meses que se seguiram, devido às novas demandas, deve-se salientar, antes de qualquer coisa, que as mesmas só se tornaram possíveis, graças a estas tecnologias já existentes. Em outros termos, é verdade que a pandemia trouxe novas urgências, desafios e demandas clínicas, mas também abriu possibilidades de comunicação até então sub ou mesmo não exploradas, como as proporcionadas pelas tecnologias de comunicação digitais e pela internet.

O primeiro registro mais claro do que estava em questão foi registrado a partir do caso da paciente Léia, que chegou ao ambulatório, acompanhada do filho e da filha. Estávamos em abril. Carla lembra que o último registro no prontuário de Léia data de dois anos atrás. Ela diz: “É uma paciente grave e, em dado momento de seu tratamento, já havia ocorrido uma tentativa de transferência dessa paciente para um CAPS”. Comenta a psicóloga que uma antiga psicóloga da equipe do ambulatório talvez tenha “tomado este caso muito para si” e, por isso, “não se tenha registros mais recentes”. Destacamos que se tratava de uma paciente “irregular no ambulatório (...) e que já tinha tido indicação para CAPS”. Por fim, não seria indicado para a equipe “não recebê-la, (...), para a gente rechaçá-la, mas acolhê-la e orientar que a indicação é o CAPS”.

Muitos outros casos passariam a ser tratados como o caso de Léia. É assim que vemos, destacando uma fala do mês de julho, uma intensa discussão em torno do paciente Luís, quando Carla colocou: “A gente, nesse período de pandemia, teve vários casos. Seis pacientes em menos de quatro meses. Acho que isso pode dizer algo. O que isso significa?” É uma pergunta repetida ao longo dos outros meses, quando foram trazidos inúmeros casos com o objetivo de se discutir detalhes da condução destes pacientes para os serviços ofertados pelo CAPS.

Não se tratava de qualquer questionamento, pois não se tratavam de casos isolados. De algum modo, como veremos a seguir, tratava-se de repensar uma lógica, de materializar um processo que havia emergido no período específico da pandemia e que colocara em evidência problemas já existentes. Por exemplo, como vemos na fala de Carolina, psicóloga, que também questiona o “que será que a pandemia tem nos ajudado a pensar ou a aprender com a indicação desses casos?” Uma das respostas, curiosamente, é apontada por alguém de fora do ambulatório. Roberta, coordenadora de um CAPS do território, com quem Carla conversara ao longo da semana, coloca: “Conversando com Roberta, ela disse o seguinte: *O que a pandemia nos ensinou a pensar é que temos*

*pacientes que tratamos como ambulatório. Vocês provavelmente têm pacientes que deveriam ser tratados como CAPS.”*

Não é um processo trivial este processo de transferência ou de encaminhamento de um paciente, tratado até então pelo ambulatório, para o CAPS. Surge uma complicação, como no caso da paciente Diana, cujos detalhes da sua transferência para o CAPS são relatados pela psicóloga Sandra: “Foi muito difícil. Lá, a Jussara se dá conta da gravidade e da dificuldade de abordar. A primeira coisa que ela fala é da possibilidade da internação”. Tratava-se de uma visita domiciliar realizada por Sandra e outros dois profissionais do CAPS, entre os quais a psicóloga Jussara. A aposta em relação a esta paciente seria justamente achar uma saída alternativa para a internação. Mas a partir da visita e da constatação da gravidade, por parte dos profissionais do CAPS, foi “combinado que iria ser feita uma discussão em reunião” e que os mesmos dariam um retorno em seguida. Infelizmente, Sandra desabafa para a equipe:” Até agora, não foi dado nenhum retorno. Não houve nenhuma outra proposta.”

Casos como este abundam nas reuniões de equipe. Vejamos outra situação muito difícil trazida por Teresa, o caso de Renato, paciente grave, psicótico e preso recentemente. Na semana anterior, o paciente havia roubado cinco mil reais de uma loja próxima de sua casa. Teresa relata: “Ele foi para a delegacia e o Gustavo [o pai do paciente] entrou em contato comigo”. Segundo Teresa, “Renato pegou uma declaração” feita por ela e a coordenadora Carla sobre o “atendimento que estava sendo feito” e, “ontem, a gente teve uma reunião com o CAPS. Uma reunião que já estava marcada anteriormente para a gente pensar nos passos a partir daí”. A psicóloga comenta que, muitas vezes, se sente obrigada a “dizer ao CAPS o que eles têm que fazer”. Por outro lado, o psiquiatra Fernando, também responsável pelo caso, coloca: “Parecia que o CAPS não estava se esforçando para fazer alguma coisa em relação ao Renato, em relação ao fato de que ele está sendo preso”. Então, Teresa finaliza: “Acho que tem muito trabalho a ser feito enquanto o Renato está preso.”

Uma outra perspectiva da questão que começa a surgir vem a partir da psicóloga Solange, que trabalhou durante muito tempo tanto em ambulatório, mas também em CAPS. Referindo-se aos profissionais do ambulatório, ela aponta que é muito comum, que a “gente não considera e muitas vezes não conta com a rede. E quando a gente conta com o CAPS, aparecerem todas as dificuldades, mas que isso chega pouco para eles”.

Solange confessa que fica, inclusive, um “incômodo, mas que a gente não discute, sobre a gente não recuar”. Assim, além das dificuldades da transferência e de um certo

esvaziamento da função do CAPS dentro da rede de saúde mental do território, haveria esta dimensão do problema, apontada por Solange, qual seja, a dos próprios profissionais se “desapegarem” dos seus casos. Solange afirma:

A gente, às vezes, precisa recuar para abrir um buraco para o outro entrar. Suportar o paciente ser internado. Suportar que o caso vai ser cuidado pelo CAPS. Talvez, isso seja um incômodo meu agora, porque eu vim de um lugar, de trabalhar intensamente em CAPS, de mudar essa perspectiva do CAPS frente ao ambulatório.

Deve-se dizer, entretanto, que as questões surgidas predominantemente giram em torno de casos como o da paciente Diana (apontada acima), onde tínhamos, de um lado, os profissionais do CAPS abertos à possibilidade da sua internação e, do outro, uma postura do ambulatório de aposta no território, na possibilidade do tratamento realizado a partir das articulações realizadas na rede. Uma postura anti-internação. Estaríamos aqui diante de uma fragilidade do próprio CAPS, exemplificada na ausência de uma intervenção mais contundente na reunião presenciada por alguns dos profissionais do ambulatório, que presenciaram uma fala insegura e dissonante com as diretrizes de funcionamento do CAPS enquanto ordenador de uma rede territorial de saúde mental. Como uma psicóloga coloca:

Eu vou ser bem honesta. Nós somos o serviço que mais faz acolhimento. Somos a equipe que mais está acessível à população. O ambulatório [nome do ambulatório] faz dois acolhimentos por semana. A gente faz, além dos 10 fixos, todos os que vêm pelo médico de família, pela notificação de suicídio... E por que isso está me trazendo um certo desconforto? A reunião foi quase o tempo todo monopolizada pelo ambulatório, num tom muito queixoso e, ao mesmo tempo, sem uma direção muito clara. E o engraçado é que essa direção não está vindo do CAPS. O CAPS é o ordenador da rede.

De diversas maneiras, surgem então questões ligadas às dificuldades de articulação com o CAPS cuja direção do território deveria ser sua responsabilidade. Ou seja, podemos pensar que não seria casual a dificuldade, tal como apontou Solange, acima, de “confiar” os pacientes do ambulatório a outros dispositivos da rede, como o CAPS. Aliás, são questões que aparecem num momento muito “hospitalocêntrico”, conforme registro numa das reuniões. Uma psicóloga da equipe coloca: “Um momento em que a gente precisa resistir para existir e começar a cutucar os nossos parceiros de trabalho”. Um momento em que se verifica que o CAPS estaria falhando em sua função de assumir, de maneira mais clara e firme, o seu papel de CAPS, em contraposição ao modelo de internação “hospitalocêntrico”. A percepção é de que “o CAPS está muito enfraquecido diante do contexto do Covid e talvez demore um tempo para retomar o eles



faziam antes”. Uma psicóloga da equipe diz: “Acho que a única coisa que eu destacaria é que há uma necessidade de uma conversa maior com a emergência. Na emergência, a gente vê que muito rapidamente as pessoas são medicadas.”

Em relação à reunião de território mencionada acima, Carla, que participou dela, afirma: “De fato, a gente não saiu com nenhuma direção a não ser conversar com a emergência. E só. Não saímos com nenhuma direção.” E, em complemento a tais observações, a psicóloga Taís compartilha sua experiência oriunda de reuniões de território das quais participara antes da pandemia. Ela destaca:

Nas outras vezes, a gente tinha a ausência do serviço principal. Eu vi muitas pessoas falando da do hospital. Mas ele estava sempre ausente. O hospital poderia estar ali. Mas nunca participaram, eles nunca estavam”. Ela diz que “sinceramente”, não sabe se o “hospital precisaria estar lá (...) O hospital é visto por alguns serviços como sendo o centralizador dos serviços. Mas quando a gente está discutindo um caso deles, o hospital não está lá. A gente precisa repetir isso.

E ainda assim se coloca: “Para mim, está muito claro: o CAPS não está conseguindo se autorizar na sua função de bancar esse lugar nas suas direções de trabalho. Precisa dar o tom e, se não dá o tom, a coisa se perde”. Outra psicóloga reforça com outras palavras: “Não acho que o CAPS precisa fazer isso sozinho, não. Acho, inclusive, que a coordenação precisaria entrar, no sentido de legitimar um certo discurso”.

Parece-nos, a esta altura, que a pandemia facilitou a emergência de problemas que já estavam presentes e que se tornaram mais visíveis a partir dela. Um contexto em que um hospital psiquiátrico “organiza a rede”, onde seria o seu centro articulador. Anotamos a fala da psicóloga Sandra: Fica um casamento perfeito. Não tem CAPS III, mas tem um hospital geral. Acho que o CAPS acaba cedendo a isso e não pressiona. A gente precisa construir um dispositivo de intensidade que não seja o [nome do hospital]. É isso. Não tem o que fazer.”

A psicóloga Lúcia pergunta: “Mas o que a gente pode fazer para mudar? Será que isso vem da pandemia?” Luciana aponta para o fato de que tal questão “tem muitas dimensões e (...), quando eu digo que isso é da função de trabalho, é porque eu estou no lugar da coordenação. A equipe vai seguir o que a coordenação colocar como direção de lugar. Acho que tem que ter uma questão da coordenação de trabalho que tem que ser muito explícita.”

Outra psicóloga levanta uma questão: “Não sei se você reparou? Tinha uma psicóloga na reunião, que se apresentou como a psicóloga do hospital [nome do hospital psiquiátrico]. (...) Se a gente não se posiciona, a gente acaba recuando e começa a fazer o

mínimo. Acho que a gente também corre esse risco. Isso também está colocado para nós, não só para o outro”.

Tânia, que é a supervisora clínico-institucional da equipe, aparentando satisfação, faz uma intervenção: “Agora, vejo que vocês estão podendo falar com mais propriedade sobre os outros serviços. Esse trabalho começa assim mesmo, com um estranhamento absurdo com o que não é familiar.” Além disso,

Vamos desidealizar esse CAPS que sabe, o *ordenador da rede*. (...) Há meia hora atrás, estávamos falando do cuidado com a medicalização do sofrimento. Se o [nome do hospital psiquiátrico] é extraterritorial, tem muros, ele está no território subjetivo do sujeito. Para mexer, eles precisam estar dentro, estar no território. Então, não tem como falar de um novo cuidado para a crise, se eles não estão lá. A gente não consegue avançar assim. O próprio CAPS sozinho recua.”

### 3.14.6 Trauma e pandemia de Covid-19

**“Principalmente durante a pandemia, eu fui muito instado a botar em questão essa configuração colonialista que decidiu que nós somos o *povo brasileiro*. Da mesma maneira que se instituiu que *nós somos a humanidade*, mesmo que desigual, fragmentada, mas que quer instituir uma narrativa única. (...) E nós sabemos das experiências *traumáticas* que estamos vivendo, nos últimos anos, com um Estado que abusa da cidadania, que abusa da sociedade.”**

**[Ailton Krenak, *Conversas sobre o fim do mundo e como adiar*]<sup>1184</sup>**

Estávamos diante de um evento considerado crítico<sup>1185</sup>, trágico e de dimensões coletivas. Para as “agudizações psíquicas relacionadas à pandemia” chegarem aos serviços de saúde mental, falava-se, “era só uma questão de tempo”. De fato, não demorou para que a onda do coronavírus gerasse uma outra onda - tão gigante quanto, simultânea e paralela - de diferentes quadros de sofrimento psíquico. Conforme os meses passaram,

<sup>1184</sup> Trecho da conferência de Ailton Krenak em II Seminário Internacional de Desnaturalização dos Desastres e Mobilização Comunitária: crises ampliadas, redes e resistências. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ikfEkeXLHUQ>>. Acesso em: 28 nov. 2022.

<sup>1185</sup> Veena Das. **Critical events: an anthropological perspective on contemporary India**. Nova York: Oxford University Press, 1995.

tornou-se bastante evidente o quanto se avolumaram os quadros de sofrimento, onde alguns grupos, inclusive, certamente, foram mais vulneráveis que outros. É possível conjecturar que o “evento” pandemia - tal como o evento dos Ataques às Torres Gêmeas – disparou, mais uma vez, na história do trauma, uma atualização. Ora, para um leitor contemporâneo deste trabalho, lembremos que não era raro nos deparar com uma seriação de estudos teóricos, nos mais diversos ângulos e registros epistemológicos, onde se reconhecia, sem quaisquer questionamentos, que se tratava de um quadro grave e, mais do que isso, *certamente* traumatogênico. Lembremos que foi assim no mundo pós-11/09. De maneira semelhante, foi assim que constatamos nas inúmeras *lives*, nos artigos e livros que rapidamente passaram a ser publicados sobre o tema, a atenção e a legitimidade do trauma darem mais uma virada, em direção a um grau maior de estabilidade. É válido mencionar que na passagem da primeira para a segunda parte deste trabalho<sup>1186</sup>, formulamos a hipótese de que a atenção disseminada sobre o trauma, a partir dos anos 2000, teve como mola propulsora tal fatídico evento, amplamente televisionado, ocorrido em 11 de setembro de 2001. Ora, é claro que o conceito de trauma existia anteriormente. Por outro lado, é digna de nota a explosão de estudos sobre o tema a partir deste período específico. Como nos arriscamos a dizer: este evento produziu o “fim da controvérsia do trauma”, pelo menos algumas das mais acaloradas existentes no Norte global, neste período da virada do século.

Em nosso micromundo do ambulatório, testemunhamos algo semelhante. Como dissemos, não só a partir de determinadas falas que corroboravam de modo inequívoco as previsões de órgãos de saúde, amplamente veiculadas, sobre a relação direta entre pandemia e trauma. Mas também, através de todo um corpo de literatura que rapidamente surgiu em diferentes registros epistêmicos (psicanálise, estudos epidemiológicos, programas de assistência em saúde pública - como veremos no caso da Fiocruz, a seguir), onde o questionamento do estatuto do trauma rapidamente perdeu o seu vigor. Processo que pode ser aproximado, como dissemos, da própria onda de interesses que surgiu sobre o trauma após o atentado às Torres Gêmeas, na primeira década do século XXI, no escopo de publicações nacionais sobre o tema, incluindo aqui, as publicações de orientação eminentemente lacaniana<sup>1187</sup>. Além disso, isto pode ser aproximado da questão da violência, abordada anteriormente<sup>1188</sup>. Cogitamos, naquela altura, que não foram,

---

<sup>1186</sup> Respectivamente, 1.8 Um fim abrupto da controvérsia e 2.1 O cenário acadêmico do trauma.

<sup>1187</sup> Cf. 2.3.2 “Trauma em Lacan” no Brasil no século XXI, neste trabalho.

<sup>1188</sup> Cf. 3.11 O interesse (e um posterior desinteresse) na questão da violência no território.

necessariamente, os casos em si que legitimaram o interesse pela violência. Não foi a presença quantitativa, os números absolutos, ou ainda uma espécie de escuta e observação mais atenta que contribuiu para a emergência deste olhar específico sobre o sofrimento mental entre os pacientes. Foram certos eventos de fora. No caso da violência, os eventos do território da rede de saúde mental legitimaram o problema enquanto uma questão digna de ser trabalhada e discutida dentro do ambulatório. Na verdade, este mesmo entendimento pode ser estendido a alguns casos atendidos nesta própria instituição, que ganharam destaque a depender de publicizações midiáticas do período em questão, quando, por exemplo, em uma mesma semana em que fora veiculada uma notícia sobre uma senhora negra, vítima de situação análoga à escravidão, surgiu um caso semelhante no ambulatório, de uma senhora também negra e vítima do mesmo tipo de situação.

Processo semelhante de legitimação ocorreu com a pandemia. O trauma emergiu enquanto um problema legítimo junto com a pandemia. Isto não implicou, naturalmente, em uma reformulação da compreensão teórico-clínica dos profissionais da equipe. Tratava-se de algo à parte. A despeito disso, é importante destacar este atravessamento de “fora para dentro”, principalmente se considerarmos a abordagem clínica epistêmica oficial do trauma naquela equipe. Ou seja, deve-se notar este aspecto se levarmos em conta o grau de disparidade entre o estatuto do trauma (legitimado) e amplamente veiculado neste período e a teoria que predominantemente embasava a prática clínica dos profissionais (principalmente psicólogos) da equipe. Ao menos em parte, então, pode-se cogitar a hipótese de que o grau maior de estabilidade da relação entre trauma e pandemia se deu não pelo excesso quantitativo de pacientes que, cada vez mais, passaram a procurar os serviços do ambulatório, mas pelos atravessamentos de outros campos, políticos, midiáticos, discursivos, que fizeram transbordar, digamos assim, tal pauta, na prática do dia-a-dia daquela equipe, de maneira que se tornou inescapável assumir (independentemente da abordagem relativa a tantos outros casos) a possibilidade de que o evento externo poderia, sim, produzir danos imediatos na saúde psíquica daqueles usuários.

É preciso dizer que a casuística desse momento surgiu de variadas formas. Assim, além dos pacientes “angustiados”, foi possível constatar agravamentos particulares, como os derivados da violência contra a mulher, do abuso de substâncias tóxicas, do confinamento de idosos que enfraqueceram seus laços afetivos, de quadros psicóticos (bastante mencionados), além dos múltiplos casos onde a sintomatologia não necessariamente foi “psíquica”, mas física, tal como infartos, hipertensão, doenças físicas

e perturbações diversas que, muito frequentemente, redundaram em morte. Além disso, desde o início, ficou claro que estávamos todos, talvez como nunca antes por tanto tempo, no mesmo mar turbulento, mas não no mesmo “barco”, pois enquanto vastos grupos e setores da população enfrentaram as ondas no corpo-a-corpo, ficaram à mostra os privilégios que uma parcela ínfima manteve ou ampliou. A despeito dos privilégios e das disparidades dos graus de vulnerabilidade ao contágio, é fato que o coronavírus pulverizou outras tantas barreiras, reformulando, como um exemplo de suas consequências, a fronteira entre perpetrador e vítima. Ora, a despeito das máscaras e dos diferentes graus de confinamento negados aos mais pobres, cabe notar uma inflexão incomum aqui. Se, antes, para se achar o trauma era preciso ir às escondidas, era preciso farejá-lo e, com sorte, talvez, encontra-lo, agora ele se tornara comum. Antes, no caso da violência, ou melhor, no caso das vítimas da violência (por mais que ela afetasse e afete a todos nós), tratava-se de considera-los mais distantes, no registro *deles*, dos pobres, busca-los na margem e, a partir dos diferentes mecanismos institucionais, incluindo, aqui, os da saúde mental, tentar reintegrá-los à sociedade. A linha de demarcação entre o extraordinário e o comum era melhor definida. Diferentemente disto, o quadro pandêmico borrou as margens, de forma que o pobre surgiu, de alguma forma, mais parecido com o *nós*, de maneira que – aproximando a discussão que Gabriel Gatti empreende sobre o assunto – se

até pouco tempo, a ‘vítima’, designava um espaço muito restrito, com figuras facilmente reconhecíveis e com conteúdos claros e bastante estáveis ao longo do tempo, hoje<sup>1189</sup>, os limites desse espaço se expandiram, e com ele criaram-se possibilidades de se ligarem ao termo, as quais se multiplicaram sem fim aparente.<sup>1190</sup>

Por fim, podemos dizer que, se nossa hipótese relativa à perturbação da dicotomia tradicional entre cidadão comum vs. vítima for verdadeira, poderíamos cogitar, ainda, que tal grau inédito de proximidade facilitou o entendimento dos profissionais acerca de seus próprios pacientes. Nunca saberemos ao certo se, por consequência deste maior grau de simetria, ocorreu uma maior aceitação da plausibilidade do trauma enquanto um legítimo tipo de sofrimento proporcionado por uma situação ambiental, concretamente perturbadora.

---

<sup>1189</sup> E, aqui, podemos estender este *hoje* ao período pandêmico.

<sup>1190</sup> Gatti, 2016, p. 159.

Em diversas situações, percebi que tais agudizações abalaram a aparente estabilidade de outros de nossos conceitos, como o da separação do que é da ordem do psíquico e do que é da ordem do físico. Por exemplo, ficou claro que o vírus abala o organismo e, ao mesmo tempo, produz impactos tortuosos na psique, aprofundados, sustentados e amplificados por uma política oficial da morte. Tornou-se impossível distinguir, em particular, no caso brasileiro, o que era da ordem do biológico, do psíquico, do social, do individual ou do político. Por exemplo, numa fala de Raquel, uma das psicólogas, que nos contou de sua experiência como residente num serviço de emergência psiquiátrica. Ela afirmou:

Quando eu estava na emergência, vinham muitas coisas relacionadas à pandemia. Era uma quantidade grande de pessoas que vinham e diziam que tinham quadros de ansiedade por conta da pandemia, por conta de ter perdido emprego e não poder sair de casa.” Ela salienta a grande quantidade de casos que foi parar no serviço de emergência psiquiátrico próximo ao ambulatório. Ela lembra que, no próprio ambulatório, um senhor atendido por ela falava de uma impossibilidade de circulação que tinha vindo com a pandemia e, junto disso, tinha tido uma... ele tinha sido mandado embora de uma empresa em que ele trabalhava há muitos anos. Era uma empresa de ônibus. E aí, logo depois, ele teve um infarto. E ele chega no ambulatório assim. Ele não queria ter um atendimento com psicólogo, mas queria... ele nem sabia dizer muito o que ele estava buscando. Mas ele falava de efeitos da pandemia. Ao longo desse ano, teve muito isso.

São múltiplos os efeitos da pandemia. Em particular, deve-se apontar para o conjunto sistemático de práticas políticas deliberadas oficialmente pelo governo e que potencializaram os efeitos do vírus, processo que pode ser entendido a partir da ideia de uma necropolítica<sup>1191</sup> já que o vírus é manejado politicamente, de modo que sua disseminação se distribui desigualmente na sociedade, a depender de critérios como gênero, classe e raça<sup>1192</sup>. Enfim, trata-se de reconhecer que, de fato, a “pandemia é um evento múltiplo e desigual”.<sup>1193</sup>

O que está em questão aqui, novamente, são os “efeitos” e é para essa palavra que gostaríamos de dirigir a atenção do leitor. Efeitos da pandemia. Pandemia não só de um

---

<sup>1191</sup> Achille Mbembe. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições; Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da “necropolítica”. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 30/03/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>>. Acesso em: 24/09/2020.

<sup>1192</sup> Flávia Souza, Thamires Medeiros e André Mendonça. ‘*Eu não posso respirar*’: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado”. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, vol. 30, n. 3, p. 1-10, 2020; Fernanda Estrela et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020; Mpados Santos. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, vol. 34, n. 99, p. 225-243, 2020.

<sup>1193</sup> Jean Segata. A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. **Horizonte. Antropológico**, vol. 27, n. 59, p. 7-25, 2021.

vírus, mas de um vírus amplificado. Um desastre ambiental, um cataclismo com contornos próprios do contexto brasileiro. Uma pandemia que, desde o momento em que chegou ao Brasil, materializou uma factual guerra biológica. Enfim, um vírus manejado com o fim de atingir todos, mas principalmente as classes populares, as mais afetadas. A ideia marcada era essa, “efeitos”, já que estaria em jogo a noção de que para cada “efeito” existiria uma “causa”, a pandemia, neste caso. Ela continua:

Muitas pessoas, muitos idosos também, que chegaram e, por isso, antes tinham uma circulação e agora não estavam mais podendo. E aí, tinham idosos que estavam com quadros mais de agressividade, em casa, com a família. Isso dos idosos foi mais no ambulatório. Mas na emergência, era muita gente que chegava com quadro de ansiedade e por causa da pandemia ou de alguma coisa que tinha se agravado com a pandemia.

Verificamos nas reuniões uma sucessão de relatos dos profissionais acerca de adoecimentos diversos. Nos deparamos, desde o início, com o espectro da morte nos rondando, representado pelas mortes de pacientes ou de parentes próximos a eles, com as quais, ao longo do tempo, infelizmente, passaríamos a nos acostumar. Por exemplo, em abril, quando todos da equipe foram pegos de surpresa pela notícia dada por uma das psicólogas: “Na terça-feira, foi o dia do falecimento, com sintomas de falta de ar, pneumonia, parada cardíaca e respiratória”. Referia-se ao falecimento de um antigo paciente acompanhado pela equipe, psicótico, que falecera naquela semana. De fato, era uma notícia muito ruim. Na véspera, Carla e Tereza estiveram no velório e a informação que obtiveram é que a causa não foi contaminação por Covid”. Neste período, as mortes surgiam como nunca antes. Mortes sem verificação do vírus. Vírus que não era, necessariamente, confirmado por um “teste”, pelo “PCR”, mas que se fazia presente no imaginário nebuloso e fantasmagórico. E que não passava. Também no início de abril, a psiquiatra Marta compartilha seu caso: “A mãe do paciente Augusto apareceu ontem. Ele estava há um mês internado. Teve um infarto súbito. Tinha por volta de 50 anos e fumava muito. Estava bem acabado e era do grupo de risco.” Também em abril, ouvimos da psicóloga Aline outro caso de infarto. A paciente “Sara, que tinha pressão alta”, além uma outra paciente sua, Kátia, que “está muito mal, chegou no posto toda cortada, com a perna toda automutilada”. Aline ainda fala de uma terceira – cujo caso agravou neste momento - que perdera seu bebê (uma menina) há cerca de um ano e que estaria de novo grávida, justamente na pandemia. Ela diz, reproduzindo o que a paciente lhe dissera num dos atendimentos: “Eu quero pegar essa doença. Eu quero morrer e não vou precisar enterrar esse bebê. É uma luta, é uma luta!”

Difícil enumerar os fatores que, de uma forma ou de outra, materializaram o que passou a caracterizar o trabalho da equipe: era um pouco de tudo o que discutimos até aqui, além, naturalmente, daquilo a que não tive acesso por não estar ao meu “alcance”, por causa do distanciamento físico. De todo modo, pelo que pudemos testemunhar ao longo das reuniões virtuais, era um emaranhado onde aquele serviço prestado pelos profissionais passou a resultar não só do entendimento teórico e prático de cada profissional, mas também do modo como a atividade de cada um passou a ser conformada por inúmeros (e sempre intensos) fatores: a pressão vinda das instâncias municipais para o aumento da carga horária presencial, a dinâmica da própria vida íntima de cada um, os adoecimentos de cada um deles e de seus conhecidos, dos noticiários sobre a Covid, a falta de remédios para os pacientes, o uso de máscaras, o distanciamento social, o negacionismo, os atendimentos por telefone, etc. Enfim, a vivência do que era estar no Brasil no momento da pandemia, submetido a um governo meticulosamente desorganizado, derrotado por ela e, por isso mesmo, macabro.

É neste quadro caótico que a nova demanda de pacientes surge. Assim, as dinâmicas de trabalho da equipe são frequentemente discutidas e atualizadas, como, por exemplo, a reorganização dos já famosos acolhimentos e das recepções. É feita uma reformulação geral. Em junho, Carla diz: “Eu pensei que poderíamos ter dois horários de acolhimento por dia, 10 acolhimentos por semana. Isto já faz com que entendamos quem está chegando e é uma outra maneira de atendê-los”. Aqui ela destaca o papel importante do contato telefônico, quando diz que os acolhimentos deveriam ser feitos o máximo possível a partir da modalidade *online* (à distância) por psicólogos. Da mesma forma, os acolhimentos passariam a ser agendados por telefone. Isso se tornou comum num certo momento, mas no início (em maio de 2020, para ser mais exato), conforme a própria supervisora da equipe afirmou, esta novidade seria “impossível de ser pensada”.

As discussões sobre tal reorganização dos acolhimentos ganharam nitidez nas últimas semanas de junho, quando registramos, também na fala de Carla, que “antes disso tudo começar, a gente tinha que discutir o que é recepção e acolhimento. (...) mas [já que] veio a pandemia, esta discussão ficou guardada”. Ou seja, vários aspectos que anteriormente já havíamos acompanhado nas reuniões presenciais sobre a diferenciação do que seria acolhimento e do que seria recepção foram retomadas neste momento. É como se estivessem se preparando para, uma vez renovada a disposição e o entendimento sobre tais processos, passarem a receber a demanda que começara a se encaminhar com maior volume em busca de atendimento.



É neste momento que vemos Carla se preocupar com os pacientes das próximas semanas, já que os horários estavam sendo agendados pelo telefone da secretaria de forma muito rápida. Ela diz: “Não estou conseguindo pensar em outra alternativa, a não ser que os atendimentos sejam feitos em horários extras”. Carolina, por exemplo, em relação a este assunto, levanta a possibilidade de dar alta a alguns pacientes, para aliviar sua agenda e dar espaço para a entrada de novos pacientes. Por fim, Carla reforça o que, de alguma maneira, já surgira diversas vezes: “Todas as pesquisas mostram que a demanda por saúde mental aumenta, por conta da pandemia, em não sei quantos por cento e que não há previsão de um outro quadro diferente desse”. Uma ampla reformulação ocorre não somente no acolhimento desta nova demanda, mas também no modo como deveria ser tratada. Uma vez que se trata de algo específico do momento, precisaria haver, como consequência, uma abordagem terapêutica específica para essa demanda. Não é por acaso que surgem algumas iniciativas que contemplarão a necessidade de uma abordagem específica para aquele momento, como a formação de uma comissão de “primeiros cuidados psicológicos”, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do município, bem como o incentivo para que os profissionais, dentro do possível, realizassem o curso de capacitação aos atendimentos ligados à Covid-19, desenvolvido e oferecido virtualmente pela Fiocruz.

Inicia-se toda uma mobilização específica para lidar com este quadro de desastres. Carla se refere ao grupo de primeiros cuidados psicológicos, uma ideia de formar uma comissão específica para cuidados dos próprios profissionais da rede que, de alguma forma, apresentassem sofrimento psíquico causado pela pandemia. A psicóloga enfatiza que, nos textos que foram distribuídos para leitura no grupo de WhatsApp já formado, “se faz uma outra pegada”. Ela explica: “É uma outra forma de se dirigir. Pela nossa formação, a gente está sempre no mais. Mas este trabalho é sobre o emergencial, que não necessariamente precisa de um processo psicoterápico.” E completa: “Também não é uma situação de desastre onde o profissional volta para casa e está tudo ok. É uma situação onde o profissional volta para casa e se sente na mesma situação de risco dos pacientes com que lida”. Uma vez que era inevitável que os profissionais levassem o “desastre” e a “pandemia” para casa, não foi casual a formação deste grupo, bem como a sugestão de que fizessem o curso de capacitação oferecido pela Fiocruz. Numa das reuniões, Rita chegou a abordar que aprendera no curso que seria recomendado, inclusive, grupos terapêuticos específicos para se tratar das consequências psíquicas do coronavírus. Aqui, é importante apontar que, naturalmente, incluem-se nesta “nova demanda” usuários novos

e aqueles que se afastaram do tratamento nos primeiros meses da pandemia e que agora retornariam, e também os próprios profissionais de saúde que estariam na linha de frente do combate à pandemia. Carla comenta que essa última demanda de acompanhamento dos profissionais, inclusive das policlínicas, “vem aparecendo”. Ela comenta: “As pessoas estão muito cansadas, as pessoas saíram e os que ficaram, começaram a adoecer. Além disso, alguns médicos estão se recusando a lidar com os pacientes com sintomas de Covid”. Ela detalha:

E isso tem começado a aparecer. As pessoas estão desorganizando, ficando mal, não trazendo isso de uma forma necessariamente explícita. Foi criada uma ficha que tem uma função de contabilizar no final tudo isso, que precisa ser preenchida no final. Tem os cursos da Fiocruz, ligados ao atendimento emergencial do paciente.

Carla explica que “essa demanda não chega de forma clara. É para que a gente possa enxergar essa demanda. A gente vai precisar circular mais na policlínica.” Conclui dizendo que “isso não quer dizer que a gente vai sair oferecendo terapia às pessoas da policlínica, mas estar presente de forma sutil”. Quando o assunto é trazido para discussão, outras psicólogas se colocam. Taís, por exemplo, afirma: “Na última quinta-feira, aconteceu algo nesse sentido”. Além de Luciana, que também compartilhou sua visão, de que a “gente precisa ser um pouco mais oferecido na policlínica”. É interessante observar o que Carla comenta a respeito desta situação: o trabalho pode ser justamente o de articular o profissional da policlínica com os diferentes serviços de suporte psicológico, que outros lugares inclusive já estão oferecendo. E “que deve estar claro para nós como a gente faz isso acontecer. Como a gente pode chegar nas pessoas”. Tânia sugere que “há algo de ordem institucional que precisa ser discutido no coletivo”, e que não deveria ser esquecida a possibilidade de “encontros *online*”. Lúcia concorda, para quem “é importante entender como os profissionais estão se sentindo com toda essa situação”. A psicóloga Sandra fala que, na última semana, disposta a achar potenciais casos de profissionais espalhados na policlínica, conversou com o faxineiro Samuel e que ele contou “que pegou Covid, junto com outro faxineiro” e ainda comentou: “É, foi preciso que nós adoecêssemos para eles perceberem que a gente precisava de proteção”. Sandra finaliza: “Ele e um outro colega, ainda afastado da policlínica, pegaram Covid”.

Uma das psicólogas da equipe nos dá detalhes de como um serviço de primeiros socorros psicológicos destinado aos profissionais foi organizado: “Foi destacada uma pessoa de cada equipe da saúde mental de [nome da cidade] que foi montada para esse

primeiro momento da pandemia, numa expectativa de que os profissionais de saúde iam demandar cuidados psicológicos. E aí, eles me convidaram para eu dar supervisão para essa equipe.”

Aqui, se tínhamos “pandemia” e “desastres” em série, o paralelo com a guerra passaria se tornaria presente. Tal como uma psicóloga nos disse: “Na verdade, hoje a gente pode dizer que todos nós estamos vivenciando uma guerra. De um jeito diferente. Talvez algumas pessoas mais alienadas tenham menos clareza disso. Mas todo mundo perdeu alguém conhecido. Se não perdeu *alguéns*.” Como se trata de uma guerra, todos nós nos tornaríamos vítimas potenciais, passíveis de serem contaminadas por um vírus, mas não só por ele, uma vez que, no nosso contexto, a disseminação do vírus se torna, escandalosamente, parte de uma estratégia política. É um contexto de medo e de traumas possíveis onde, já que se trata de uma guerra, além da vítima, emergem as figuras clássicas do heroísmo, encarnadas nos profissionais de saúde. Testemunhamos isso na observação da prática diária deles, seja nas histórias de enfrentamentos, no corpo-a-corpo daqueles profissionais de saúde mental frente ao inimigo invisível. Conforme a psicóloga Solange contribuiu, em entrevista, a respeito de sua experiência no grupo de primeiros socorros psicólogos ofertados aos profissionais de saúde da policlínica. Ela disse:

Na verdade, eu acho que tem uma coisa que tem muito a ver com a sua pesquisa e que talvez te ajude a entender alguma coisa, principalmente nesse espectro da pandemia, que é o significante do trabalhador de saúde, do super-herói. Isso que foi tão festejado, são heróis, são super-heróis. E as pessoas escutavam isso como se fosse uma coisa boa. Ser um herói. E foi um trabalhão. Acho que não consegui alcançar todo mundo naquela equipe, em que eu dizia *Olha só, isso é uma coisa péssima*. Herói não tem descanso, não tem férias, não tem remuneração. Herói faz tudo, inclusive, dá a própria vida cuidando da vida do outro. Não é pra fazer isso, não é pra ser herói. É pra ser profissional, é pra ser trabalhador. Eu acho que é isso, tem essa dificuldade com limite que a gente tem, como profissional de saúde, que eu acho muito sintomático.

Na experiência da psicóloga, era grande a dificuldade das chefias ouvirem isso, já que as mesmas nutriam a expectativa de que os profissionais fossem “super-heróis e trabalhassem sem descanso”, fazendo “tudo, o possível e o impossível”. A dificuldade dos coordenadores técnicos, de algum modo, convivia com a do próprio profissional de saúde, já que o mesmo, segundo Solange, tinha dificuldades para lidar “com os seus próprios limites”.

Com o passar dos meses (pude verificar esta informação em março de 2021), este trabalho terminou. Solange completa: “Teve um período que teve uma quantidade de demanda razoavelmente grande com essa equipe, onde as pessoas pediam pra falar”. Ela ressalta, porém, a dificuldade que “a maioria das pessoas tinham, não pediam pra falar

(...) tinham dificuldade disso (...). Super-herói tem dessas coisas”. Para além das diferenças entre o nosso contexto e o de outros oficialmente classificados como de “guerra”, Solange destaca que não seria só a questão dos profissionais apresentarem dificuldades para lidarem com suas vulnerabilidades e “castrações” (um termo que ela utiliza). Se as pessoas pensam que “tem mais uma guerra acontecendo, elas já ficam anestesiadas com isso”, ou seja, “mais uma guerra, menos uma guerra, não faz tanta diferença assim”.

Relativamente aos pacientes, como dissemos, a multiplicidade de apresentações passou a ser a característica dos sofrimentos gerados como “efeitos” da pandemia. Teresa ressalta que as diferentes manifestações de sofrimento apareceriam depois de um ano de formação do contexto pandêmico, na forma de “fiquei sem emprego”, “como é que vai ser daqui pra frente?”, “tô sem trabalhar”, “minhas relações sociais se perderam”. No caso específico dos idosos, “vou morrer”, “o encontro com a morte”. E, para muitos, “todo mundo vai morrer”. Teresa fala especificamente de uma paciente que havia recebido em meados de março de 2021. Ela nos dá detalhes sobre o que tem recebido:

Tem muita gente chegando nesse quadro. Fiz uma recepção, há pouco tempo, de uma paciente que era isso. Ela trabalhava o tempo inteiro como manicure, perdeu o emprego, tem feito alguns atendimentos individuais, mas abriu um quadro de ansiedade, está sem dormir, está sem dinheiro para pagar tudo o que pagava antes. Então eu acho que tem isso.

Na visão do psiquiatra Bruno, a respeito de sua experiência acumulada até março de 2021, quando pude entrevistá-lo, trata-se de um quadro que “varia”. Para ele, “os pacientes se sentem mais tomados por essa situação de acabar não fazendo as coisas que faziam antes”. Ou seja, uma quebra de rotina, não necessariamente traumática. São questões da ordem cotidiana, como a dificuldade da paciente de “lidar com o marido que está em casa o tempo todo e que já era uma situação difícil de lidar”. Ou, por outro lado, da necessidade de se “exercitar”, porque “fazer exercício faz com que eu me sinta menos ansioso e agora não estou podendo”. Ele fala do caso de um senhor que só realizou duas consultas com ele. O senhor

tava super ansioso porque o patrão dele tinha falado, ele tava com nariz escorrendo, o patrão dele falou “ih, tá com covid”. E aí, o cara ficou muito ansioso com aquela situação ali. (...) Começou a ficar preocupado e acabou desenvolvendo aí um quadro ansioso muito grande por conta disso. Estava tendo ataques de pânico e tal. Mas aí, eu entrei com a medicação e na consulta seguinte ele disse que estava se sentindo bem melhor. E depois acabou não retornando mais.

Numa altura em que o número de brasileiros mortos ultrapassa a faixa de 580.000<sup>1194</sup>, com mais de um ano de pandemia (data em que escrevo isso), finalizamos a presente discussão ainda com uma das falas de uma profissional do ambulatório. Sobre os casos recebidos em sua equipe e, de algum modo, em consonância com algumas discussões encontradas na literatura até o presente momento<sup>1195</sup>, Carla, psicóloga e coordenadora, me diz: “Já está presente, né? Mesmo que não nomeadamente, está presente”. Ela diz mais: “Eu faço uma inferência de que a ente vai ouvir muito isso daqui pra frente com as pessoas se referindo à pandemia”. Ela compartilha sua experiência de pessoas que já estiveram buscando tratamento no ambulatório:

São pessoas que nos procuram e que dizem: *Eu não tinha nada. Depois desse período de pandemia, fiquei muito presa em casa e aí não só fiquei muito presa em casa, perdi o contato com pessoas importantes. Perdi...*. Assim, são várias situações diferentes, mas que são especificamente relacionadas à pandemia. É isso que faz isso acontecer e por isso eu me sinto assim.

Ainda que os casos já estejam chegando, Carla “prevê” que uma parcela importante especificamente ligada à pandemia ainda não chegou. Ela diz:

Já chega assim, mas eu acho que ainda vai chegar mais (...) as pessoas estarão procurando a gente daqui a um tempo dizendo *estou vindo aqui porque eu tô traumatizada*, com a experiência da pandemia, seja pela perda de alguém ou mesmo pelo fato de ter ficado isolado muito tempo, de ter acompanhado muito de perto as situações e ter ficado traumatizado com as notícias, mesmo que não tenha tido uma perda próxima. Eu tenho a impressão de que a gente vai ter isso lá na frente.

São pacientes que ainda chegarão, no contexto da sempre presente “previsão” de que uma “avalanche de doenças mentais está chegando”, entretanto, como já estamos vendo, os sofrimentos se fazem presentes no ambulatório de variadas formas e em número crescente. Sejam nomeados de trauma ou não, casos muito graves chegam para tratamento, especificamente relacionados à pandemia. É o caso de Mariléia, acompanhada do psiquiatra Fernando e da psicóloga Teresa. Numa das reuniões de equipe, Teresa nos conta:

---

<sup>1194</sup> Para ser mais exato, no momento da submissão deste texto, em 08/09/2021, havia 583.628 mortos por Covid-19, segundo dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde (Coronavírus, 2021).

<sup>1195</sup> Joel Birman. **O trauma na pandemia do Coronavírus**: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020; Franco Berardi. 2020. “O enigma do beijo: o distanciamento pandêmico na evolução psíquica do gênero humano”. **4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH_M)>. Acesso em: 03 abr. 2021; Octavio Bonet. La sociedad del espanto: mallas de vidas em cuarentena. **Horizonte antropológico**, Porto Alegre, vol. 27, n. 59, p. 147-163, 2021.

É uma paciente indicada pelo Fernando. Ela chega com uma crise muito forte. No acolhimento, ela associa isso à pandemia. Ela trabalha em um hospital. Ela fala que viu todo mundo morto. Ela tem um filho que tá preso e um filho que tá no tráfico. É um relacionamento com o pai muito difícil. Ela já se separou dele. Agora, tem um novo relacionamento. Parece fazer uso de alguma substância. Parece ser uma pessoa muito sofrida. Diz que, quando pensa em voltar ao trabalho, não dá para voltar. Ela não conseguiu o benefício pelo INSS. Foi negado e está tentando pela justiça.

Ela continua o relato do caso:

No segundo encontro aparecem outras coisas e aparece a morte da mãe. Tem pouco tempo da morte da mãe. E a mãe morreu uma semana depois de uma briga com ela. A mãe era quem cuidava desses dois filhos. E uma semana depois, a mãe infarta e morre. E o irmão a culpa por essa morte. E ela mesma faz essa associação. E ela diz *eu não sei se quando eu cheguei no hospital eu lembrei da minha mãe*. Ela diz que ninguém me perguntou como eu estava me sentindo. Como se a família tivesse excluído ela de qualquer possibilidade de sofrimento, porque ela matou a mãe. Ela fala disso tudo de uma forma muito sofrida, muito sofrida mesmo.

E finaliza com uma das falas da própria paciente: *“Eu acho que a Covid foi o que faltava para explodir o que tinha guardado do que aconteceu na minha vida.”* E finaliza: *“Ela nunca fez psicoterapia, mas está super disposta a ter alguém para acompanhá-la”*. O psiquiatra Fernando complementa o quadro da paciente:

A Mariléia chega para mim nesse contexto. Chega para mim no consultório. Ela era camareira no hospital, não sei se é do [local do hospital], e ela começa a ter crises de pânico e ela chega num ponto que não consegue sair desacompanhada (...). E estava andando por [nome do bairro próximo] e ela passou muito mal e acabou chegando no consultório dessa forma. Quando ela vai para a médica, eles não incluem todos os CIDs que eu havia incluído no meu laudo (...). A médica começou a coagir ela dizendo que ela tinha que voltar (...). A médica era desse hospital.

Fernando conta que incentivou a paciente e o companheiro a entrarem na Justiça. E é a partir deste ponto que a paciente fala de toda a injustiça de sua vida: *“uma vida de injustiça”*. Nas palavras de Fernando:

Ela veio para mim, para falar que eu não tinha ideia de como era viver num barracão. E, no meio disso tudo, o filho rompe com ela. Ela me mostra as mensagens (...) super agressivo, dizendo que ela não serve para nada (...) que não ia ver o neto. E isso tudo vai agravando mais a situação. A mulher do filho entra nessa também e xinga ela.

Teresa completa: *“Não é uma posição de reclamação. É muito sofrido mesmo.”* A partir disso, Fernando acrescenta: *“Não é uma pessoa que fica reclamando de qualquer coisa (...). Mas é isso, ela não é uma pessoa que fica reclamando de qualquer pessoa. Ela tentou de fato voltar para o trabalho, mas não conseguiu”*. O trauma, nessa situação, os corpos mortos na UTI do hospital onde trabalhava, havia sido a *“gota d’água”*, como me contou Teresa, logo depois, numa entrevista. O trauma talvez não tenha sido disparado só

pela pandemia, mas pelo contexto todo no qual Mariléia se insere. É a partir desta constatação que Teresa se pergunta se, nestes casos, seria trauma. O que seria o trauma: a gota d'água?

### **3.15 Retorno ao campo no modo presencial**

Ao tomar a primeira dose da vacina contra o coronavírus, pude retornar com segurança ao trabalho presencial no ambulatório. Iniciei então uma nova fase da pesquisa, que durou aproximadamente seis meses. Nesta última fase do trabalho, um dos meus principais objetivos foi me aproximar dos pacientes, para acompanhá-los em suas mais variadas jornadas. Por mais que o campo já fosse “acessível” para mim, em muitos sentidos, como veremos, não era. É preciso reconhecer que a pandemia afetou muito a possibilidade de um acompanhamento mais próximo, isto é, um acompanhamento do dia a dia da equipe e de tudo que não era possível apreender nas reuniões e nas entrevistas individuais. Vale também observar que, embora já conhecesse o ambiente, isto ocorreu, predominantemente, no período anterior à pandemia, no início da pesquisa, quando ainda construía uma ideia acerca de toda aquela engrenagem. Portanto, o retorno ao campo renovou inúmeras possibilidades de conhecimento e de abordagem de uma série de questões que, para mim, naquela altura, ainda eram intrigantes.

Ficaram evidentes alguns aspectos da dinâmica da própria policlínica. Agora estando lá, “circulei” bastante pelo posto e pude testemunhar diversos comportamentos nas filas intermináveis para atendimento nos diferentes setores da instituição. Era incalculável o número de pessoas que passaram a frequentá-la, quando virou um importante centro de testagem e vacinação contra a Covid. Foi possível perceber a evolução da pandemia, suas variações e “ondas” de contaminação, e o modo como a população, a passos largos, retornava ao chamado “novo normal”, com as ruas se enchendo de gente. Reflexo disso era a movimentação daquele posto de cuidados específico em saúde. Cabe aqui mencionar que passei a ter mais acesso e travar contato também com profissionais que não trabalhavam no setor de saúde mental, por exemplo, com enfermeiras de setores que, de uma forma ou de outra, acompanhavam pessoas em condição de grave sofrimento mental, derivado de situações de violência. Ao ampliar o acesso direto aos pacientes, pude ouvir deles muitas histórias, em seus próprios termos, a respeito do que estavam passando e por que estavam ali.

Nesta nova etapa, foram profundamente remodeladas as relações que estabelecera com cada um dos profissionais. Meu retorno ao campo certamente trouxe um fresco para todos os âmbitos da pesquisa, incluindo a qualidade de contato que passei a estabelecer com a equipe. Percebi claramente nos meus registros de campo, logo nas primeiras semanas, uma crescente sensação de pertencimento à equipe. Tornou-se mais ou menos constante uma sensação de maior fluidez no convívio e até mesmo de proximidade com parte dos colegas. Curiosamente, percebi que eu não era nem “mais um integrante da equipe” nem “alguém de fora”. Minha posição tornou-se mais estável, eu podia estar ali pesquisando e sentindo que a equipe aos poucos entendia melhor o que eu estava buscando.

Não foram poucas as conversas, que iam além do meu tema, tocando diversas questões. Uma delas durou várias semanas, quando a existência do ambulatório foi colocada em risco, já que novas políticas municipais cogitavam mudar drasticamente o quadro profissional, toda a dinâmica do serviço e até mesmo a extinção deste serviço. Estas conversas ocorreram nos intervalos dos atendimentos, nas reuniões e principalmente, quando tínhamos mais tempo, no almoço, no restaurante que ficava bem próximo à policlínica. Noto, portanto, a grande mudança que esta nova fase proporcionou, já que as conversas e as trocas se tornaram claramente mais fluidas.

O entendimento que o profissional tinha do meu tema influenciou nesta nova qualidade de contato. A rigor, não só o entendimento, mas também sua particular abertura para o tema da pesquisa, o acolhimento das questões que eu trazia e a possibilidade de questionar suas próprias práticas. Alguns desses laços se fortaleceram na mesma proporção dessa abertura. Provavelmente, um conjunto de fatores se somou aos próprios encontros, a empatia presente, de maneira que tudo isto contribuiu para que determinadas conversas se tornassem mais duradouras, sem tantos desconfortos ou entraves. De modo geral, é preciso reconhecer também que, embora tenham existido tais variações (nuances de contato que se refletiram numa maior ou menor aproximação com certos membros da equipe), na maior parte das vezes foram claras a boa vontade e a atitude de respeito comigo durante todo o tempo.

O convívio diário me ajudou a entender melhor as perspectivas mais singulares de cada um deles, aquilo que se encontrava além do que era dito ou do que era possível perceber em outros ambientes (reuniões de equipe e entrevistas realizadas). Destaco, por exemplo, as incontáveis conversas que tive com o secretário Aroldo e com a AD Lívia, que ficavam mais tempo na secretaria. Além do que me disseram sobre muitos casos



atendidos, também eram eles que me indicavam os “caminhos”, “abriam” portas, facilitando o acesso a determinados espaços e pessoas da instituição. Foram eles que abriram a porta, literalmente, do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), onde ficavam os prontuários, local já conhecido por mim, já que ouvira falar muitas vezes dele. Ambos me ajudavam no acesso aos documentos que se constituíram em importante fonte de informação em diversos casos. Neste quesito, é preciso reconhecer de igual maneira a permissão dada pelas coordenadoras do serviço, a quem sou muito grato pela confiança e o acesso a tais registros.

Destaco, por fim, um fenômeno interessante, do qual comecei a me dar conta com o passar de alguns meses. Na ocasião em que fui, mais uma vez, convidado para trabalhar como membro efetivo da equipe (e que, posteriormente, recusei, por diversos motivos, sobretudo por causa da sobrecarga de trabalho), mudei bastante minha percepção daquele pequeno mundo. Não saberia dizer ao certo se isso se deu só “após” o convite, de que, aliás, no primeiro momento, cogitava aceitar, ou se dizia respeito a algo que já vinha de antes, num processo gradual e crescente de transformações na minha experiência de convívio e de pesquisa. Seja como for, destaco que a partir do convite, imaginando-me (e me sentindo) como um membro efetivado, percebi uma clara sensação de “perda” da distância, de alguma forma presente até então. Mesmo que tal sensação tenha durado mais claramente apenas por um tempo, encarei aqueles profissionais como “colegas”. Paralelamente, houve uma “crise” na percepção do que estava “entendendo” a respeito deles. Dando-me conta disso, lembro de um esforço de minha parte para tentar observar as coisas *novamente* como antes, tentando recuperar uma espécie de senso crítico, que estava presente até há pouco tempo, mas que degradara. Neste dia, lembro que tal sentimento me acompanhou claramente até o momento em que fomos para o almoço. Curiosamente, andando até o restaurante, me vi *junto* de duas colegas, andando simplesmente com elas. No almoço, curiosamente, ouvi sobre assuntos inéditos, como, por exemplo, questões mais internas da própria equipe, “fofocas”, histórico de outros profissionais, com os familiares e com a equipe. Além disso, aprendi um pouco da própria origem do ambulatório. Nunca tivera a oportunidade de saber, por exemplo, que foi criado nos anos 1980 e que estava ligado, nesses primeiros momentos, à própria história de formação dos primeiros profissionais servidores, e que esses servidores pertenciam aos primeiros círculos psicanalíticos formados no município. Também aprendi que a base da saúde mental do município fora formada não por concursados, mas por contratados, algo que eu já sabia, mas cuja “ficha caiu” apenas nesse momento, já que ainda não havia me dado

conta de que, através da modalidade de contratação, seria possível “selecionar” os preferidos, os “adeptos” desses círculos mais fechados. Não à toa, brincando com as palavras, me contaram sobre a formação de um desses círculos psicanalíticos, talvez um dos mais importantes, e que chamavam nos bastidores de “templo”. Era uma escola de base psicanalítica lacaniana para formação dos profissionais de base da rede municipal. Enfim, era como se eu tivesse sendo aceito, finalmente, e “iniciado” em alguns dos primeiros mistérios.

Observei depois, com espanto, que, se antes eu estranhava algumas condutas daqueles profissionais de orientação psicanalítica mais claramente ortodoxa, mais tarde, em minha própria prática clínica de consultório, comecei a incorporar, sem perceber, muito do que estava assimilando ali, talvez algo relacionado ao que eles chamavam de “transmissão”. Minhas próprias consultas passaram a ter um pouco desse sabor, com momentos mais duradouros de silêncio do que antes, por exemplo. Naturalmente, percebi que me tornava mais reticente em relação ao que os pacientes falavam, chegando até mesmo a desconfiar da conclusão a que chegavam, muitas vezes, de forma aparentemente “rápida”. Na linguagem recentemente aprendida, estava aprendendo a deixar que “se implicassem” em seus tratamentos. Cheguei a “perder” alguns pacientes nesse período, talvez pelo fato de terem percebido uma mudança um tanto drástica na minha conduta ou por exercitar, finalmente, em mais momentos que antes, uma postura um pouco menos acolhedora e exigir mais responsabilidade por parte deles.

### **3.15.1 Entre o banquinho e a secretaria**

Não raro, eu chegava na instituição sem saber com exatidão o que poderia acompanhar, a não ser quando era dia de reunião, recepção, ou eu mesmo já tinha uma entrevista marcada com um paciente. Na maior parte dos dias, portanto, eu simplesmente chegava e me colocava à disposição. Em certo dia, por exemplo, não sabendo muito bem o que eu ia fazer, Aroldo e Lívia acharam que seria interessante eu fazer minha “pesquisa de campo” sentando no banco misturado aos pacientes. Fizeram isso em tom de brincadeira, demonstrando humor e um certo entusiasmo em poder “interferir” na pesquisa. A sugestão era que eu pegasse minha mochila e viesse andando pelo corredor “como se fosse um paciente e sentasse ali, de modo que eu “simulasse” ser um paciente. Me disseram que seria muito provável que algum paciente puxasse assunto. Assim eu fiz. Saí da secretaria, sem mochila, e me sentei no banco de cimento, não sem antes dar uma

“volta” por dentro da instituição. Reparei que logo no início do corredor havia muitos pais com seus bebês para vacinação. Neste dia, o primeiro andar térreo estava muito mais movimentado que os andares superiores, onde ficavam as salas de diversas especialidades. Nesses andares superiores, observei muitas salas sem qualquer aglomeração, vazias, ao contrário do primeiro andar, onde em qualquer canto se observava um ritmo mais agitado, a começar pelas longas filas de vacinação e as do SAU, para onde os pacientes tinham que ir, para marcar as consultas nas especialidades clínicas, as médicas (cardiologia, endocrinologia, pediatria, neurologia, entre outras) e as não-médicas, como na odontologia e no acompanhamento de casos de HIV.

Passando pelo corredor que desembocava na saúde mental, sentei-me num dos banquinhos à frente da secretaria, entre as opções de cadeiras de plástico fixadas no chão e o longo banco de cimento. Foi neste espaço contíguo à parede da secretaria, em que os pacientes costumavam aguardar a chamada, que ouvi histórias como as de dona Maria, que aguardava sua consulta com o psiquiatra do ambulatório. Travando uma rápida conversa com ela, confesso ter tido alguma dificuldade para entender tudo que falava, muito provavelmente por causa dos efeitos que a medicação produzia na articulação das suas palavras. Primeiro me pediu para ajudá-la a “encaminhar” um “*post*”, no seu celular, do Facebook para um contato do WhatsApp. Acatei prontamente. Em seguida, conversamos um pouco sobre como “as coisas estavam difíceis” e fiquei sabendo sobre sua sobrinha, que, depois da morte dos pais, devido ao coronavírus, passou a frequentar um terreiro de Candomblé. Dona Maria lamentou, não a morte dos pais da sobrinha, mas o fato de a mesma “não ouvir a palavra de Deus” e de que, num outro dia, “se vestiu toda de branco, recebeu uma criança e ficou comendo doces no terreiro”. Para Dona Maria, enquanto “esse povo não aceitasse a palavra do Senhor, essa pandemia não iria passar”.

Uma outra, entre as rápidas conversas dessa manhã, ainda mais rápida, foi a que travei com uma senhora que, entre outros detalhes, me disse que ali tinha, “sim, psicólogo” e, me respondendo de forma entrecortada e espontaneamente (provavelmente após ouvir alguma coisa que eu dissera para um senhor, ao lado, também paciente), me disse que sua filha também estava precisando de tratamento, que “estava muito mal” desde o início da pandemia, e agora, principalmente, por causa do “presidente, que faz as pessoas adoecerem e não incentiva as pessoas a usarem máscara”.

Ainda no banquinho, reparei que um homem na faixa dos 50 anos, de cabelo grisalho e mochila nas costas, falando de uma forma muito enrolada, se dirigia à janela da secretaria. Não sabia ao certo se era paciente do ambulatório, muito embora, pela

demora no diálogo com Aroldo, cogitei que não fosse. Entendi, logo depois, que realmente não era paciente, mas pai de uma adolescente que levava para iniciar tratamento. No primeiro momento, havia claramente uma agitação no ambiente, perceptível no pai (que interpelava o secretário em busca de um possível atendimento) e na filha, claramente incomodada por estar naquele ambiente. Após pedir informação a Aroldo, o pai perguntou ao paciente Bruno, com o qual eu conversava ao meu lado, se estava gostando do atendimento. Bruno respondeu que sim, que “era muito bom” e “que os profissionais eram muito competentes”. Enquanto conversavam apressadamente, a menina, de longe, se dirigiu ao pai, falando com insatisfação e raiva: “Eu já tenho meu psiquiatra!” O pai explicava a Bruno que os dois tinham problemas e que ela não poderia ficar em casa sozinha. Alguns minutos depois, quando eu ainda explicava ao paciente, sem muitos detalhes, o motivo da minha presença ali, e ouvia a sua própria história, vi que a moça se afastou e que, logo o pai a seguiu, sumindo ambos do ambulatório. Antes, o pai havia nos explicado, numa breve conversa, que ele próprio fazia “tratamento psiquiátrico”, e que não estava “podendo ir trabalhar”, pois estava muito preocupado com a filha, que, no último fim de semana, tomara 27 comprimidos de um remédio e, na semana anterior, fizera um aborto.

Neste ínterim, Bruno havia contado que tinha “problema com drogas” e que fora internado diversas vezes. Para ele, a “internação ajuda, pois ele tem o que fazer”. Confessou que não estava conseguindo trabalhar, ainda que tivesse feito faculdade de Direito. Foi interessante observar a diferença de comportamento de Bruno, enquanto ajudava, num primeiro momento, o pai que procurava ajuda, e depois, falando de si mesmo. Sua fala e postura mudaram, contrastando com a atitude mais imponente de antes. Agora eram os seus problemas que se colocavam em destaque, incluindo as “muitas coisas” que lhe “aconteceram no passado” e que não era tão simples resolvê-las, como muitas pessoas em sua vida imaginavam que fosse e frequentemente lhe sugeriam coisas. Ele deu o exemplo da última internação, que não havia sido boa. Não era muito claro para ele, se a má experiência derivou de algo vivenciado no local de internação, embora estivesse convencido de que, quando retornou para casa, “tudo voltou como era antes”. Ele diz: “Não houve uma transição”. Além disso, me deu alguns detalhes de outra clínica de reabilitação em que estivera internado, desta vez uma clínica “da milícia” e que só soube disso quando já estava lá. Segundo ele, “também não foi nada bom”, remetendo-se ao fato de que ele “simplesmente ficava lá”, mesmo que o tempo fosse ocupado ajudando as outras pessoas que estavam lá “na mesma situação”.

Em outros dias que fiquei no banquinho, percebi uma dinâmica mais calma. Quando isto acontecia, Aroldo, Livia e Maristela me recomendavam não falar em voz alta, ali, na secretaria, que “estava tudo calmo”. Só o fato de comentar poderia “atrair” problemas e confusões, o que não era incomum no ambulatório. De certa maneira, em muitas situações havia uma relativa calma no ambiente. Ousaria dizer que era até mesmo mais frequente, com exceção da quarta-feira, quando, sem exceção, muito provavelmente devido à presença do Dr. Fernando, tudo se tornava muito mais complicado. Segundo Livia me explicou em diversas ocasiões, Fernando tinha uma “capacidade” de fazer com que o dia em que estava no ambulatório ficasse mais confuso. Não só ela pensava assim, já que frequentemente isso era objeto de piada entre os membros da equipe. Livia disse que se tratava tanto de “habilidade” de “atrair” essas situações, como também, provavelmente, pela tendência do médico de estar disponível e de ajudar “as pessoas”, de “pegar tudo para ele”, de modo que os dias onde havia mais pacientes (e os pacientes mais complicados) eram os dias em que o Fernando estava.

Na maior parte dos casos, a dinâmica da chegada dos pacientes costumava ser a seguinte: o paciente entregava ao profissional da secretaria um pequeno papel com as marcações registradas das consultas, e imediatamente se sentava em algum dos banquinhos. Do lado de fora, era comum que os pacientes ficassem concentrados nos seus celulares, sem conversarem entre si, independentemente do tempo de espera para a consulta. Já do lado de dentro, na secretaria, me chamou a atenção a quantidade de tarefas, aparentemente intermináveis. Nunca deixei de ficar impressionado com a soma de atividades realizadas pelos profissionais ocupados na secretaria, que, na maior parte das vezes eram Aroldo, o secretário, e ambas as ADs da equipe, Livia e Maristela, que, embora estivessem lá oficialmente contratadas como “acompanhantes domiciliares”, em boa parte das vezes, se ocupavam de funções administrativas.

Em tais atividades, incluía-se pegar o “papelzinho” que os pacientes entregavam na entrada, responder-lhes as perguntas que faziam, fossem as feitas pelos pacientes do ambulatório ou não. Além de recolher os papezinhos, era necessário levá-los aos respectivos profissionais em suas salas, organizar os prontuários consultados, e, entre um telefonema e outro, cumprir uma série aparentemente infinita de outras pequenas tarefas. Em grande parte das vezes, foi na secretaria que conversei não somente com Aroldo e Livia, mas com a maior parte dos profissionais que para ali confluíam, nos seus respectivos intervalos ou quando um ou outro paciente faltava. Em diversas situações, conforme os meses passaram, eu mesmo assumi esporadicamente algumas funções da

secretaria, como ligar para confirmar ou atender o telefone, também recebendo e informando, por incontáveis vezes, os usuários que ali se apresentavam.

De uma maneira resumida, podemos dizer que, de segunda a quinta-feira, nos momentos em que eu estava no ambulatório, minhas atividades incluíam estar presente nos “corredores”, fossem os do ambulatório ou da policlínica em geral. Durante esses dias, era possível participar de grande parte dos acolhimentos dos pacientes, ou seja, do primeiro momento de sua chegada na instituição. Por fim, participava dos atendimentos clínicos propriamente ditos, fossem psicoterápicos ou psiquiátricos, embora certamente tenham sido estes últimos onde foi possível participar por mais vezes, já que as sessões de psicoterapia eram mais reservadas. Fechando a semana, na sexta-feira, tínhamos a reunião de equipe pela manhã e o importante momento da recepção, ocorrido à tarde, onde todos aqueles pacientes, acolhidos durante a semana, se reuniam em grupo e eram recebidos por “nós”, pela equipe, isto é, por dois ou três membros da saúde mental. Eu sempre estava presente nessa reunião semanal, diferentemente de todos os outros profissionais, pois estes faziam uma escala. Foi a partir deste convívio, destas oportunidades, que pude ir em direção daquilo que me pareceu mais importante, daquilo que percebia ainda estar faltando, além do que parecia ser importante e me era indicado pelos colegas da equipe. Foi a partir dessa dinâmica que fui “chegando”, gradualmente, mais próximo de determinados pacientes, fossem estes “antigos” ou que ainda estavam em processo de recepção. Foi assim que pude me debruçar sobre determinados prontuários, a maior parte deles previamente indicados pelos colegas, além de poder, finalmente, marcar as entrevistas particulares com determinados pacientes, quando era possível, e quando era autorizado pelos profissionais responsáveis.

### **3.15.2 Percepções sobre a violência**

Embora pudesse já existir anteriormente, a partir deste período, observei que um interesse compartilhado pelo tema *violência* se consolidou entre vários colegas. Embora eu estivesse interessado no trauma, era a “violência” que se destacava em nossas conversas e, na maior parte das vezes, era a partir dessa nomeação que eles faziam referência ao que eu estava buscando entender. É interessante observar que esse interesse crescente pela temática da violência apareceu de diferentes maneiras. Estando ou não diretamente relacionado a esse crescente interesse, ouvi falar pela primeira vez de um possível grupo “LGBT”, voltado especificamente para pessoas que tivessem sido vítimas

de situação de violência. Tal ideia não era compatível com o intuito do ambulatório, uma vez que não se tratava de um “ambulatório de violência” e não oferecia qualquer tipo de tratamento específico para determinado grupo ou “faixa” da população, fossem esses critérios de gênero, de raça ou de grupos “temáticos” orientados por um determinado tipo de experiência, como era o caso dos diferentes tipos de violência. Além disso, é válido acrescentar que, ao longo de nossas conversas cotidianas, muitos profissionais, quando me avistavam ou paravam para conversar mais longamente, comentavam que tal e tal paciente fora vítima de algum tipo de violência. Também era comum falarem numa percepção de “demanda aumentada” desses casos. Na visão de alguns, inclusive, este crescimento estaria ligado ao próprio período pandêmico, já que, ao longo de todos estes meses, determinados grupos mais vulneráveis da população (crianças, adolescentes, idosos e mulheres) ficaram mais confinados.

Numa manhã, por exemplo, estávamos eu e a coordenadora na sala da secretaria. Havia uma criança sentada numa cadeira da secretaria, esperando a mãe ser atendida na sala do psiquiatra de plantão. Enquanto eu lia as fichas de acolhimento que haviam sido realizados até aquele dia da semana, encontrei, entre outras informações, um caso que envolvia “abuso sexual” e “violência”. Uma vez que a criança estava presente, comentei justamente sobre isso com Kelly, que estava a esta altura claramente ocupada com alguns papéis em cima da mesa. Ao ler a ficha e me deparando com “aquele assunto”, comentei com ela nestes termos, evitando assim que o pequeno garoto ouvisse de tal forma explícita algo sobre o “conteúdo”. Kelly comenta rapidamente: “Sim, é impressionante”, complementando em seguida, dando uma breve pausa no que estava fazendo: “É impressionante. Eu acho, de uma certa forma, que esse período da pandemia fez as pessoas resgatarem isso. E aí mesmo que o que hoje as pessoas tragam seja uma questão de ansiedade, etc., sempre tem um *episódio* que aparece.” E finaliza: “Mas parece que tem aparecido muito rápido, né?” Kelly se refere à sua experiência anterior, que contrastava, já que neste momento tantos e tantos casos de violência estavam chegando “desde o início”, ou seja, logo nos primeiros momentos de chegada do paciente no ambulatório. Quando eu pergunto se, na sua visão, isto já estava presente ou era um fenômeno realmente recente, ela me diz que achava que agora estava “mais visível”. E diz: “Eu não tenho como te garantir, mas talvez se a gente pegar umas fichas de acolhimento e de recepção de dois anos atrás, não sei se a gente vai achar isso de uma forma tão evidente”. Finaliza dizendo que tem reparado também que, em muitas

situações, ela não faz uma pergunta direta ao paciente, mas a resposta tem sido ligada, muito comumente a algum episódio sofrido.

Ainda como exemplo das inúmeras formas em que o tema da violência foi abordado, ou seja, das múltiplas formas em que isto apareceu no dia a dia, lembro que, no dia seguinte a um novo convite para trabalhar na equipe, fui recebido pela coordenadora e por Aroldo. Este, com seu humor costumeiro, utilizou o seguinte argumento para me convencer: “Yuri, aqui no ambulatório está cheio de violência! Você já aceitou!” E brincou comigo, dizendo que eu não teria escolha, deixando claro, de maneira acolhedora, que muitos ali presentes gostariam que eu continuasse a fazer parte da equipe também como profissional.

A questão da violência aparecia também após um atendimento difícil ou outro, quando então algum profissional com o qual eu tinha mais proximidade vinha conversar em seguida. Isto ocorreu, por exemplo, no dia em que Joana ficou muito abalada com o acolhimento de uma jovem que relatou ter sido vítima de abuso sexual por parte do próprio pai, dos oito aos 13 anos. A jovem, de 19 anos naquele momento, contou à psicóloga que chegara a contar para a mãe e para a avó, quando tinha nove anos, mas que fora desacreditada por ambas. Após compartilhar comigo estes e outros detalhes, Joana, ainda muito abalada emocionalmente, chorou e lamentou o fato de eu não ter podido estar presente durante aquele momento, para ouvir o relato da paciente. Inconformada, se perguntava o que era isso que estava acontecendo, com tantos casos de violência sexual chegando ao ambulatório, quase todos os dias.

Ainda como exemplo, cito o episódio – uma situação complicada - em que eu e a psicóloga Bárbara acolhemos uma mãe que testemunhou a própria filha tendo “relações” com o seu atual esposo. Como eu só estive presente no início desse acolhimento, pois a paciente preferiu que eu me retirasse, para ficar sozinha com a psicóloga, só pude entender um pouco mais dos detalhes, minutos após a consulta, quando a psicóloga se emocionou efusivamente, compartilhando comigo o que acabara de ouvir. Neste dia, me coloquei dando apoio emocional a Bárbara, dando suporte e ouvindo o que ela acabara de vivenciar junto com a paciente. No dia seguinte, conversamos sobre o assunto, quando, entre outras coisas, ela disse: “Ela demorou a fazer contato visual comigo. O que me deixou mais mexida foi a descrição que ela fez da cena. Foi muito rica. Ela foi falando em detalhes, que trabalhava a noite inteira fazendo bolo, que foi descansar um pouco, que escutou o cachorro latindo e resolveu ir procurar o marido, mas não encontrou em lugar nenhum”. Bárbara lembra que a paciente foi voltar a dormir e, quando “ela viu a cena,



que era o marido deitado, em cima da filha dela, a menina com roupa, ela desmaiou. E que ela acordou, estava com a cabeça ensanguentada, pegou todas as crianças e foi para delegacia denunciar”. Bárbara repara, ainda, que para a paciente, a filha “não havia sido estuprada”, já que estavam, na verdade, “tendo um caso”. Bárbara lhe disse que “nenhum homem poderia ter um caso com uma menina de 15 anos”. A paciente só conseguiu olhar para ela depois de contar a história toda. Para a psicóloga, a descrição viva da cena foi muito intensa: “Você vê isso se perpetuando. Nenhuma mulher passa totalmente ao largo de violência. Todas nós temos muitas cenas de violência em muitas situações”. Contou alguns episódios pessoais, quando ela mesma era criança, quando então tinha cinco ou seis anos, e um homem velho pediu para que ela “passasse a mão” em suas partes íntimas. Ela diz: “E a violência é te colocar numa situação que você é vítima”. A psicóloga ficou impressionada por não se lembrar desse episódio ocorrido com ela mesma. E, ainda em relação ao caso atendido no dia anterior, finaliza: “Isso nunca tinha acontecido. Com 20 anos de clínica!”

#### *Mais uma conversa no banquinho*

No início deste dia, na secretaria, conversei um pouco com Aroldo e Maristela, e os dois me contaram que, na véspera, tudo corria bem e que, neste dia, o movimento também estava tranquilo. Eu reparara, realmente, que só havia uma senhora naquele momento, à espera para ser atendida. Registrei que, contrastando com o ambulatório, havia longas filas para vacinação contra a Covid, e que, naquela altura, as máscaras de proteção contra o vírus já haviam se tornado um acessório que não se destaca em minhas observações. Não me parecia que a aglomeração física era uma questão importante para a maior parte das pessoas presentes. Entretanto, olhando com mais atenção, dificilmente via-se uma pessoa tocando numa outra, fato corriqueiro, antes da pandemia. Antes de me sentar no banquinho reservado aos pacientes, havia “circulado” pela policlínica e constatado que havia, de fato, gente em todo canto. Os lugares do primeiro piso estavam lotados, não só dos setores de vacinação, mas também do SAU e da farmácia, localizada na parte detrás da instituição. Já os andares superiores estavam completamente vazios.

Se nas outras ocasiões, do lado de fora da secretaria, eu costumava me sentar no banco de cimento, desta vez decidi me sentar num de plástico, para mudar um pouco minha perspectiva do ambiente. Em pouquíssimo tempo, o ambiente se transformou completamente. Não que houvesse tumulto, o que também não era raro, mas agora com

mais movimento, já que alguns pacientes chegaram e ficaram à espera das consultas. Em dado momento, sou surpreendido por um comentário que fazia menção à psicologia. Ao meu lado, a certa distância, dois pacientes iniciavam uma conversa em voz um pouco alta: “Maneiro, maneiro, psicanálise...”. Enquanto o outro dizia algo como: “Psicanálise é só você começar a participar de grupo de estudo”. E o outro emendou, continuando o elogio: “Psicanálise é maneiro”. Após ter ouvido outros comentários sobre psicanálise, um deles se dirige a mim e pergunta: “Você trabalha aqui?” Não era a primeira vez que eu era identificado dessa maneira. Por vez ou outra, enquanto circulava no ambulatório, era parado por alguma pessoa, em geral, usuário da policlínica, que me identificava de algum modo como funcionário e pedia informações. Esses dois pacientes talvez tivessem me visto antes, na secretaria, ou prestado atenção na minha postura ou na roupa. De qualquer modo, eu não soube como ambos me identificaram como alguém que “trabalhava” no ambulatório. Com a conversa mais adiantada, tomei a liberdade de perguntar o que, afinal, eles haviam notado de diferente em mim. Um deles respondeu: “A tua observação”. O segundo completou: “A aparência também conta”. O primeiro acrescentou: “Eu notei a observação. Depois eu vi que teu olho tava vivo, né? Prestando atenção”.

A conversa deslancha. Marcus e João, ambos pacientes do ambulatório, conversavam efusivamente sobre o tema da psicanálise, agora com a minha participação. Marcus relata que, em outro dia, estava conversando com um “cara” e achou engraçado o que esse lhe disse sobre os chamados “cinco pensamentos dos judeus mais importantes da história”. Ele explica: “Para Moisés, tudo era Lei. Para Jesus Cristo, tudo era o Amor. Para Freud, tudo era o sexo. Para Marx: tudo era o Capital. E para Einstein: tudo era relativo”. João achou “legal” e Marcus complementa que eram “todos judeus”. Puxando mais assuntos sobre “psicanálise”, João diz que achava muito interessante a “anamnese”. Marcus confessa que não sabia o que era. João diz que é quando o “cara não te diz na hora” e “o profissional te fala tudo!” Querendo aprofundar, dou minha versão de que, para mim, era um diálogo que o terapeuta e o paciente tinham para entender o que estava acontecendo. João complementa que é uma confiança: “Se o paciente se abrir, é sinal de que está confiando. Se fechar, é sinal de que não confia”. Eu concordo com ele e, imediatamente, sou pego pela observação de Marcus, que enriquece a conversa: “Essa identificação ocorre através de alguma característica do psicólogo, que te lembra do pai, da mãe...”. E João, reforçando a observação do outro, completa: “É aí que você vai ter confiança na pessoa”.

Eu explico aos dois o motivo de estar ali, e, dando mais detalhes, informo que estava interessado em entender mais sobre situações ligadas à violência, sobre os efeitos da mesma, como os pacientes chegavam ali e passavam pelo tratamento e o que os tinha ajudado. Marcus comenta que é interessante e me pergunta se esse trabalho seria de minha própria autoria. Respondo que sim. No meio da conversa, ele lembra e comenta o que leu, certa vez, num muro da Avenida Brasil: “O surto é um momento de lucidez”. Eu pergunto se estava escrito. Ele me conserta: “Estava pichado”. E completa: “Sempre com sofrimento. Por isso que há o descontrole”.

Sinto que os assuntos fluem e que seria perfeitamente possível continuar conversando durante mais um bom tempo. Em dado momento, lhes pergunto se achavam que eu conseguiria achar casos, no ambulatório, para acompanhar, e um pouco também do que achavam da pesquisa. Marcus é direto: “É claro. Pra identificar as causas da violência”. E continua: “Você já tem até um banco de dados aqui. Mas as causas da violência, os agentes ativos, qual o contexto, qual a dinâmica. Qual é causa. A causa que é a parada”. E me apontando o seu braço, aparentemente com os pelos arrepiados, fala: “Oh, olha aqui ó!” E ri.

Marcus prossegue: “É porque, às vezes, a violência é tão grande que a própria pessoa que sofreu a violência não consegue mais olhar nem na cara da pessoa. É muita loucura, cara. É muito triste o que nós estamos nos tornando. Perceber que nós estamos assim é muito triste”. Ele explica: “Pra que haja sociedade, é preciso que haja a repressão dos instintos. E isso tem a ver com a leitura que estou fazendo, da repressão dos desejos da pulsão. É por isso que eu tô querendo reler o Aldous Huxley, onde, pelo que me lembro, é uma sociedade onde não há mais divisão entre as classes”. Ele lembra que, nesse livro, existe um “remedinho” chamado “soma”, que é feito para alienar, para anestesiá-lo, e que teve um indivíduo que, mesmo “tomando a soma”, ele “dava uma de ser questionador”. E confessa: “Porque eu tô assim, né, eu tô quase em surto. Exatamente por estar consciente. Por estar consciente. A realidade da qual eu fugi, toda ela, continua aqui. Marcus conta que, no dia anterior, fez uma “data simbólica de nove meses”. Ele fala: “Eu tô falando isso, porque pode ser para as suas reflexões”. E continua: “Aí eu falei assim, porque eu tô vivendo, tô vivendo uma preocupação. Depois de nove meses de me anestesiá-lo, sem álcool, sem drogas, novamente eu encontro essa realidade que eu fugi, desde o início. Fiquei dormindo durante 15 anos e agora eu acordei. Estou aqui de novo na mesma realidade. Aí eu fico entre o suicídio, a volta ao mundo ou a vingança”. Para

Marcus, “essa é a questão da sociedade”. E finaliza, talvez se referindo a si próprio: “Mas é assim né, a alma é de poeta. A gente acredita no amor. Porque o poeta consegue”.

Marcus diz que se trata disso: “o suicídio, a volta ao mundo ou a vingança”. E que, enfim: “Porque aí eu coloco a sociedade, o mundo, me coloco fora dela, como sempre estive. Coloco ela lá, porque aí eu vou resolver. É aí que está o perigo. É aí que está o perigo”. Ele enfatiza: “Pra sociedade”. E conclui: “Pra mim não, porque eu já estou condenado. O perigo é *pra sociedade*. Eu já estou condenado”.

Eu me arrisco, com receio de cortar o que me Marcus me dizia: “Mas Marcus, você tem saída”. Ele responde: “Por isso, eu estou aqui. Eu ainda não coloquei o colete e *boom*”. Marcus faz um barulho como se fosse uma explosão. Antes de nos despedirmos e deixarmos aberta a possibilidade de uma nova conversa (que nunca existiu), ele conclui o que estava querendo me dizer, de alguma maneira. Por fim, diz, talvez querendo contribuir para a pesquisa: “O que não me faz fugir da aldeia ou querer destruir essa aldeia é porque dentro dessa aldeia tem alguém que eu amo”. Ele finaliza:

Eu posso destruir de outras formas. Mas para eu não destruir, para eu não me desvincular totalmente, pegar um cajado, deixar a barba crescer e sair falando as verdades pela rua, me desvincular totalmente pela rua, dessa realidade e não da minha realidade, é porque dentro dessa aldeia tem alguém que eu amo.

### *Notificação de violência*

Como parte da busca de entendimento sobre a questão da “violência”, tornou-se nítida uma questão a respeito de um item recentemente incluído na ficha de recepção: a “notificação de violência”. Por diversos motivos, foi constatado que, até então, este item não era preenchido pela maior parte dos profissionais. Perguntava-se ao usuário, na chegada à instituição, se já havia sido vítima de algum tipo de violência, e marcava-se uma ou mais opções, entre as várias disponíveis. Aos poucos, à medida que íamos prestando atenção a isso, acompanhando os profissionais durante as recepções, notamos inúmeras reações. Apenas para citar alguns exemplos, destaco o caso de Talíria, que preenchia o item, no primeiro atendimento, apenas se o paciente “trouxesse” espontaneamente tais eventos como parte de suas queixas. O psicólogo José, logo na primeira vez em que participei de um acolhimento junto com ele, confessou que de fato não perguntava. A residente de psicologia Larissa, em acolhimento do qual também participei, informou que não preenchia. Assim como José, Larissa achava que sua

impressão era de que tratava apenas de notificações “oficiais” de violência. A partir daí, demonstrando surpresa, se interessaram em levar tal questão para a reunião de equipe. Isto já ocorrera com o critério “raça” da ficha, vista com certa reserva por alguns profissionais, pois tinham constrangimento ou pudor de perguntar diretamente ao paciente, mesmo que tal quesito fosse de caráter obrigatório de preenchimento. Outros exibiam uma maneira mais “naturalizada” no tratamento da questão. Ouvimos de Luciana que, indagada por mim, após uma recepção, justificou o imbróglio com o seguinte questionamento: “Quem nunca de nós passou por uma situação de violência?” Sua pergunta dizia respeito ao fato de que todos, de algum modo, já haviam sido vítimas de eventos violentos, de modo que duvidava do sentido de incluir um quesito como esse na ficha de recepção.

A despeito das diferentes visões, ficou evidente que não existia clareza acerca da função e da origem desse item. Não era possível localizar os indícios de quem é que tinha pensado em incluí-lo, o modo e o motivo de incluí-lo na ficha de recepção, que fora recentemente atualizada, vale lembrar, pela coordenação geral da rede de saúde mental. Intrigado com isso e me deparando com o fato de que havia uma possível questão envolvida, procurei ouvir outros profissionais de fora do ambulatório. Antes de acrescentar parte desses depoimentos, acrescento que alguns membros da equipe também começaram a atentar para essa questão, depois que perceberam efeitos imediatos, quando perguntavam aos pacientes recém-chegados sobre tais episódios. A psicóloga Mônica comentou que notara uma abertura de possibilidades no discurso do usuário, de modo que mais relatos sobre violência vinham à tona. Para o psiquiatra Glauco, quando tal assunto “veio à tona” também passou a ver bastante pertinência na classificação do quesito como obrigatório, já que a tendência observada era a da subnotificação. De modo geral, ficou mais ou menos claro o seguinte: não havendo tal “disparador”, muitas dessas histórias não teriam sido contadas. O preenchimento da notificação funcionava, portanto, tanto como uma maneira de realizar o registro quantitativo, de modo a poder ser acompanhado posteriormente pelo setor de vigilância, bem como legitimador de tais eventos e histórias, uma vez que tal pergunta era realizada pelo profissional de saúde.

Vale notar, por fim, que não existia como uma das opções de marcação, o item “abuso sexual”. Uma vez constatada tal “ausência”, por mim e por alguns dos profissionais com os quais pude debater, isto se tornou, finalmente, uma “questão”, uma vez que podia se afirmar e pensar qualquer coisa, menos que este tipo de violência não era claramente epidêmica no ambulatório. O abuso sexual contra mulheres era a

“violência de cada dia” da prática daqueles profissionais. Esta ausência se tornou gritante e me fez questionar os colegas sobre o que achavam. Ficou claro para todos nós a própria abusividade de tal ausência. Para a psicóloga Cláudia, ela não poderia deixar de ser considerada “sintomática” e parte de um “não dito” maior e coletivo.

### *Contribuições da coordenação da rede*

Na entrevista que fiz com Romeu, que ocupava um cargo na coordenação da rede de saúde mental por vários anos, entendi melhor como surgiu o item “notificação de violência” e foi incluído na ficha de recepção. Romeu me explicou, finalmente, sobre o motivo da inclusão. Na época da administração do prefeito, foi criado um projeto de coalisão transversal contra a violência. A partir dela, foi estabelecida uma série de ações em diversas áreas. Mas no caso da saúde mental, incluída no setor da saúde, nada ficou decidido. Então, a coordenação da rede de saúde mental estabeleceu que o primeiro ponto a ser trabalhado seriam os dados, já que “política pública não se faz sem dados”. Romeu se perguntou: “Como a gente pode começar a consolidar dados e informações, que depois embasem a ampliação de uma política pública para determinadas áreas?” Quanto à questão da violência, ele lembra que, no âmbito do Ministério da Saúde, existe a ficha de indicação do SINAM, que é uma ficha de notificação compulsória<sup>1196</sup>. Dentro desta, por sua vez, existem as notificações de violência, obrigatórias para o serviço público e para o privado. Ele diz: “É obrigatório para o serviço público e privado notificar os casos de violência, seja violência física, psicológica, tentativa de suicídio ou qualquer tipo de violência”. Romeu conta que foi nesse momento que a “gente aproveitou essa questão para fazer essa modificação na nossa ficha de acolhimento”. Segundo ele, foi o primeiro passo para se criar uma série histórica. De posse dessas informações, seria possível “provocar o gestor”, falando: “Olha só, isso aqui está chamando a atenção”.

---

<sup>1196</sup> É importante apontar que esta questão não era restrita a este ambulatório. Tal como veremos na fala de Ruth, profissional da equipe que trabalhava também em outro município, tratava-se de algo muito comum em diversos dispositivos da assistência em saúde mental do Estado. Esta fala é destacada no item *O trauma na saúde mental coletiva*, nas Conclusões deste trabalho. Além disso, tal problemática está presente na literatura sobre o tema. Cf., por exemplo, Simone Algeri e Luccas M. de Souza. Violence Against children and adolescents: a challenge in the daily work of the nursing team. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, jul./ago., vol. 14, n. 4, p. 625-631, 2006; Cristina B. Nunes, Cynthia A. Sarti e Conceição Vieira da S. Ohara. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 903-908, 2009; Ailton de S. Aragão, Maria C. Ferriani, Telma S. Vendruscollo, Sinara de Lima Souza e Romeu Gomes. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, jan./fev., p. 172-179, 2013.

Um segundo ponto apontado por Romeu foi um comitê municipal de promoção da vida e de prevenção ao suicídio, segundo ele, um “recorte” da questão da violência. Inicialmente, foram realizadas diversas reuniões com diferentes instituições da saúde. A ideia era refletir sobre a promoção da vida e a prevenção do suicídio, para depois expandir o projeto para as violências em geral. As reuniões mobilizaram o setor da saúde mental, o setor da vigilância e o SAMU, que, segundo Romeu, “são os três órgãos que atuam diretamente nos casos de violência”. E explicou: “A gente fazendo os atendimentos na ponta, o SAMU também atendendo os casos de urgência e emergência na ponta, e a vigilância que realiza a consolidação dos dados”. A despeito do “carro-chefe ser a clínica, contaríamos também com a assistência, com a segurança pública, a educação etc.”. Romeu explicou que, embora estivessem se organizando, por causa da pandemia, os administradores acabaram dando prioridade à Covid: “Não conseguimos avançar”.

Em dado momento da entrevista, compartilhei com ele algumas observações colhidas por mim no acompanhamento da forma como os profissionais utilizavam essa ficha. Perguntei-lhe o motivo de não ter sido incluído o item “violência sexual” como opção de marcação da ficha. Intrigado, o profissional concordou com a observação, já que achava que a comissão responsável da época havia incluído, sim, esse item. Romeu comentou: “Sim, é como você falou. Hoje, na verdade, hoje não, já há algum tempo, um dos principais casos que a gente recebe é o da violência sexual, né? Então, a gente já tinha essas informações, mas não estavam dentro da ficha de recepção, sabe? Isso que é interessante. E agora como você está trazendo. Ainda não está presente”.

Também compartilho algumas das minhas percepções sobre como os profissionais estavam lidando na prática com esta questão. Segundo Romeu, esta questão tinha relação direta com a própria formação dos profissionais da saúde mental do município. Ele lembra que vinha enfatizando bastante esta questão junto a eles: “Como eu vim da saúde pública, eu não cresci na saúde mental, existe uma diferença muito grande em relação a isso”. E continua: “As pessoas são formadas na saúde mental. Aqui, no município, existe um histórico de formação na saúde mental”. Lembra que, no início de seu contato com a rede, se impressionou com determinadas questões relacionadas à formação, e que, nessa época, depois de receber muitas críticas, argumentava: “É porque em política pública você precisa ter dados para estruturar. O gestor, no final, vai perguntar para mim assim: *Quantas pessoas sofrem de violência sexual?* E eu vou ter que saber quantas. Não adianta eu falar que são muitas”.

Segundo Romeu, as questões levantadas tinham relação com uma cultura presente no município que, para se obter qualquer tipo de avanço, era preciso um certo exercício de desconstrução. Relativamente à ficha de recepção, problema apontado por mim, ele lembrou: “Por exemplo, destas propostas de implementar um novo questionário, uma nova ficha de acolhimento. Porque quando a gente tocava neste ponto, muitas vezes a resposta era algum *tem que avaliar, tem que ver*”. Ele corrobora algumas das minhas observações de campo: “Quando eu entrei, o município estava sem fazer a produção de dados para o Ministério da Saúde”. Confessa não entender como o “município não tinha perdido recurso”. Segundo ele, ainda que as equipes justificassem a produção destes dados relativamente à infraestrutura (computadores e inclusão de mais técnicos administrativos, por exemplo), não se tratava disso. Em relação aos CAPS do município, ele lembra: “A gente colocou computador, depois conseguiu colocar dois administrativos em cada CAPS, e mesmo assim, a produção tinha problemas”. É neste sentido que “fica muito claro”, ele afirma, “que vai além mesmo. É da cultura. E você modificar a cultura é um processo muito mais longo. Você pode implementar novas tecnologias, mas você mudar a cultura na cabeça das pessoas é um desafio muito grande. A saúde mental é uma política pública, ela não é só a clínica”.

Romeu se refere especificamente ao ponto identificado no acompanhamento do ambulatório: “O ponto que você identificou é que o serviço não estava fazendo essa notificação. E esse é um ponto que a gente já identificou não só na saúde mental, mas em outras áreas da saúde”. E menciona o que uma profissional da área de vigilância comentou com ele, há pouco tempo: “Olha, a saúde mental não faz notificação de violência”. Era evidente que não havia uma correspondência dos dados recebidos com a realidade. Ele concorda que, de fato, era disso que se tratava: “Da saúde mental você já tem os dados, mas que não é o quantitativo real. Você ainda tem uma subnotificação muito grande, dos casos de violência em geral”. Para Romeu, entraria justamente neste ponto a questão apontada por ele anteriormente, relativa à “cultura da saúde mental ser separada da atenção básica, uma separação muito grande”. Lembra que a vigilância fazia capacitações na atenção básica, há muitos anos, e que a “saúde mental era convidada a participar, mas não ia. Ela não tinha essa preocupação em participar. Não entendia isso como prioridade”. E finaliza: “Então, assim, você vai ver que são processos que a gente vai mudando aos poucos, mas que, na verdade, na medida em que vai se estruturando, a gente consegue avançar. Como avançamos nas notificações de suicídio”.



### *Contribuições da vigilância*

Na minha atividade no ambulatório, passei a incluir alguns trajetos que não se restringiam ao setor específico da saúde mental. Numa das vezes que circulei pela policlínica, tive a oportunidade de visitar a equipe de vigilância sanitária e entender melhor como estas profissionais, enfermeiras em sua maioria, tratavam em suas práticas os casos de violência e saúde mental que apareciam. Chamou minha atenção a ênfase que elas davam à dimensão da notificação, não a “notificação de violência” incluída pela coordenação da saúde mental na ficha de recepção, mas a “notificação compulsória” mencionada por Romeu, implementada pelas portarias do Ministério da Saúde.

Segundo a enfermeira Sabrina, elas recebem, num primeiro momento, via coordenação central, através de e-mail, as notificações oriundas de unidades de saúde, de urgência e emergência do município. Tais unidades fazem o atendimento e encaminham a notificação para o setor de vigilância central do município, que, por sua vez, encaminha para os setores específicos do território, que, com base no endereço da vítima, encaminham para as policlínicas de referência. Sabrina detalha que, em seguida, são encaminhadas as informações para todas as unidades de policlínica. Especifica que os casos de “responsabilidade específica da saúde mental” vêm nesse conjunto, que são, resumidamente, os casos de violência autoinfligida e tentativa de suicídio. Então, de posse desses casos da “saúde mental”, a enfermeira os separa e envia para o respectivo setor, que, no caso dela, era o ambulatório de saúde mental que nós estávamos acompanhando. A partir daí, inicia-se o acompanhamento do caso no próprio setor da saúde mental.

Vale sublinhar essa informação a respeito dos casos encaminhados para a saúde mental. Eram casos onde ocorreu violência autoinfligida ou tentativa de suicídio. Outros tipos, como violências física, moral, sexual, contra o idoso, além da patrimonial (em menor caso, segundo ela) não eram encaminhados para a saúde mental. Ela prossegue dizendo que, a partir daí, já de posse dos dados, “eu mesma ou outro enfermeiro que trabalha comigo”, entra em contato com a pessoa. Como os outros “tipos” de violência não eram encaminhados para a saúde mental, muitos deles eram acompanhados por outros profissionais da atenção básica, tal como os profissionais da enfermagem.

Nesta ocasião, vários casos me foram relatados. Por exemplo, o de uma “senhora que foi tentativa de homicídio por objeto cortante”. Neste caso, por exemplo, foi “um vizinho dela debaixo que tentou matar ela duas vezes. Ela foi na delegacia, denunciou, nada foi feito. Então, ela não sai de casa”. Sabrina confessa: “Na verdade, eu acredito que

ela já está num quadro já de pânico. Não sai mais do apartamento. Comida, tudo isso, são as amigas que vão e compram pra ela. E ela falou que vai sair da cidade. Então, a gente acredita que se trata de um psicopata, que está perseguindo esta senhora”.

Quando eu explico às enfermeiras um pouco mais sobre o que estou estudando, que inclui os efeitos psíquicos da violência, e se faria sentido para elas pensar em algum tipo de efeito psíquico, de sofrimento específico, nesta senhora, uma delas me diz: “É um trauma psicológico. É muito difícil fazer essas pessoas se recuperarem disso. Ou pelo menos, leva muito tempo, né? Pelo que a gente vê no dia a dia”. E como são acompanhados esses casos? Elas me contam: “Nesses casos que a gente tá dizendo, a gente conseguiu sucesso com o Conselho Tutelar. E a gente vai fazendo contato com esse conselheiro até ver qual foi o desfecho”. Em relação ao caso da senhora mencionada, ela diz: “Eu falei até pra gente tentar conversar com a polícia civil, porque a gente tem os contatos de algumas delegacias da região, que são parceiros nossos do território. Então, a gente acaba, às vezes, precisando da ajuda deles, do apoio deles, como eles precisam da gente na saúde. Acaba sendo uma troca”.

Quando volto a perguntar sobre o que elas poderiam falar, ainda, da notificação de violência, elas explicam: “Na verdade, assim, com relação à notificação, existe uma questão que poucas pessoas entendem. Existe uma lei que fala sobre isso, que a notificação é uma responsabilidade de todas as esferas, públicas ou privadas e de qualquer profissional da saúde que atenda esse paciente, seja o médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social. Acolheu aquela vítima? Ele deve notificar”.

Continuando o diálogo, pergunto se o correto, então, seria notificar todos os casos de violência recebidos, incluindo os casos recebidos “normalmente”, por “demanda espontânea”. Sobre isso, me respondem: “Sim. E as pessoas que estão chegando, elas são notificadas. A partir daí, se for o caso da responsabilidade da saúde mental, dá-se o acompanhamento lá”. Uma das enfermeiras, neste momento, pega o próprio celular, abrindo o navegador e me mostra: “Olha a portaria: Portaria 204, dia 17 de fevereiro de 2021. E lê o documento:

*Notificação compulsória é um comunicado obrigatório das autoridades de saúde, dado pelo médico ou outros profissionais de saúde, ou responsável pelo estabelecimento de saúde público ou privado, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças, agravos de saúde pública, podendo ser imediato ou semanal.*

A enfermeira complementa a informação: “Olha só. Outra portaria, Portaria 4, do dia 28 de setembro de 2017. Ela fala da questão de suspeita ou confirmação nos casos de violência”.

### **3.15.3 O ponto de vista da vítima: narrativas em primeira pessoa em acolhimentos e recepções**

**“O verdadeiro problema não consiste em contar, quaisquer que sejam as dificuldades. Mas em escutar. Estarão dispostos a escutar nossas histórias, inclusive as que contamos bem?”**

[Jorge Semprún (1923-2011)]

Por mais que esteja claro, de muitas maneiras, como as exemplificadas até aqui, que o tema da violência já estava estabilizado como um “emergente” problema da “agenda” da saúde mental pública<sup>1197</sup>, é preciso dizer que ainda pareciam existir inúmeras controvérsias, que só se tornavam mais aparentes quando olhadas mais de perto as práticas diárias dos profissionais envolvidos, e de modo comparado. Existiam muitas questões ao redor do trauma, suas diferentes formas de entendimento e de classificação, mas também nas formas de entendimento sobre a importância do registro quantitativo ou objetivo, dos dados epidemiológicos e das notificações oficiais de violência. Por mais que os profissionais da equipe, em sua maior parte, compreendessem meu tema como “violência”, é bom lembrar que o foco, na verdade, era apenas *tangente* a ela, uma vez que tivemos sempre como objetivo o entendimento da maneira como se dava a *experiência* de sofrimento ligado a tais eventos, na perspectiva dos pacientes ou na perspectiva dos que os acompanhavam. Atualizando a resposta sobre uma pergunta que fizemos anteriormente sobre a pertinência ou não de nosso tema de pesquisa, agora

---

<sup>1197</sup> Conforme é possível verificar na crescente literatura sobre o assunto. A título de exemplo, remetemos o leitor aos seguintes trabalhos: Pedro Gabriel Godinho Delgado. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012; Hérica Cristina B. Gonçalves, Marcello R. de Queiroz e Pedro Gabriel Godinho Delgado. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan./abr., 2017. Em evidente contraste, ainda é válido apontar para trabalhos como o de Erotildes Leal, que, em 2002, reconheceu que o tema da violência e os seus efeitos não fazia parte de suas reflexões enquanto agente de saúde mental pública. Cf. Erotildes Leal. A experiência da violência na rede de assistência em saúde mental – notas. In: Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 141-150.

poderíamos dizer, com confiança, o seguinte: ao menos em relação ao tema da violência, o próprio uso do termo era um “abridor de portas”, já que todos estavam interessados em discuti-lo. Realizar uma tese sobre “violência”, certamente, seria totalmente pertinente, considerando a “onda de interesses” sobre este tema na saúde mental. Por outro lado, a questão ainda persistia: e quanto ao *trauma*? Ainda restavam dúvidas. Muitas vezes, principalmente em conversas com profissionais de dentro e fora do ambulatório sobre o tema do “trauma”, percebi que a menção ao termo era um “fechador de portas”. Uma vez que o trauma estava presente, mas estava também “ausente”<sup>1198</sup>, faltava entender de que modo a equipe o tratava, o entendia, para além do que era possível perceber ao longo do acompanhamento das reuniões de equipe e das entrevistas. Refiro-me às discussões e conversas mais informais, nos corredores, durante ou logo após os acolhimentos diários. Era clara a importância de ouvirmos os profissionais do ambulatório de saúde mental, e também outros profissionais, psicólogos ou não, que também compunham a equipe, mas que não se expressavam tanto nas reuniões semanais. E, por fim, obviamente, estava mais do que clara a importância de ouvirmos, de maneira até mesmo mais sistemática, o que os próprios usuários pensavam do tema. O que eles falavam? Utilizavam-se ou não deste vocabulário? O termo trauma, em especial, seria uma demanda da “psiquiatria” ou um vocabulário espontaneamente utilizado por eles?

Adianto que já estava claro para mim que, se existia alguma controvérsia, “alguma questão”, com o trauma, isto ocorria só por parte dos profissionais da psicologia. Ora, não acredito ter sido casual a fala de uma das psicólogas que me afirmou que, como profissionais orientadas “principalmente pela psicanálise”, elas lidavam com o conceito de trauma com um “certo rigor”, e tinham, inclusive, certa “aversão ao uso do termo”, devido à sua constante evocação nos diferentes discursos atuais. Por outro lado, é preciso reparar que nunca observamos quaisquer tipos de controvérsias, problemas e desentendimentos, quando a questão do trauma era abordada no âmbito *externo* à psicologia. Isto é, para os profissionais “não psicólogos” da equipe, incluindo nestes os psiquiatras, a assistente social, ADs e secretário, nunca observei quaisquer problemas relacionados à temática do trauma. Tais visões não formavam um quadro homogêneo ou uníssono, o que evidenciava a multiplicidade de versões nesta parte da equipe, mas nenhuma delas se confrontava com o tema, não enxergava problemas ou se opunha à lógica que relacionava um determinado evento externo a um sintoma ou quadro de

---

<sup>1198</sup> Sobre este tópico, cf. nossa discussão em 3.9 Ambiguidade de presença-ausência do trauma.

sofrimento posterior. É importante reforçar o que acredito já ter ficado claro ao longo do trabalho, e que será ainda mais exemplificado nas partes seguintes: o fato de que também não havia, entre as psicólogas, homogeneidade de versões do trauma. A rigor, ainda que tenha se formado a impressão, a partir das entrevistas com os profissionais, e da constatação de que o termo “trauma” nunca foi dito por alguma delas em quaisquer reuniões de equipe, isto não me permitia conceber o nível de riqueza e de complexidade de concepções e modos de lidar dessas profissionais. Na verdade, foi justamente graças a essas psicólogas, à sua abertura, boa vontade e não rejeição do tema que tivemos acesso à maior parte das entrevistas, e pudemos acompanhar com profundidade diversos casos, ainda que em certas ocasiões, por variadas razões, somente de maneira indireta.

### **3.15.3.1 Narrativa 1: Acolhimento de Cristina**

**“Isso aconteceu desde os cinco anos idade.”**

**[Cristina, usuária]**

Este foi um acolhimento que realizei junto da psiquiatra residente Giovana. A residente entrara em contato comigo, pois, na semana anterior, juntamente com uma psicóloga da equipe, acolhera a paciente Cristina. Na semana seguinte, cheguei para participar desse segundo encontro. Como de costume, as primeiras questões da ficha eram relativas às informações básicas, como endereço, se já havia aberto prontuário na policlínica, se trabalhava e com o quê. Vale notar o momento em que Giovana chega para mim e, como se não tivesse sendo percebida pela paciente, diz em voz baixa, enquanto apontava para o papel: “Aqui não tem a opção de...”. Ela não completa a frase, mas estava suficientemente claro que a psiquiatra fazia referência à ausência – abordada anteriormente<sup>1199</sup> – do item abuso sexual, informação que estava mais do que óbvia no caso dessa paciente, uma vez que fora mencionada por ela no encontro da semana anterior. Giovana pergunta à paciente se, além da fluoxetina e do Rivotril que lhe receitara na outra semana, fazia uso de alguma outra medicação. Cristina responde que apenas tomava um remédio que havia esquecido o nome, mas que sabia que era para “labirinto”,

---

<sup>1199</sup> Cf. o item *Notificação de violência*, em 3.15.2 Percepções sobre a violência.

acrescentando que “os três juntos” estavam deixando-a muito mal e que não estava com sua crise, já antiga, de labirintite.

Questionada, a paciente informa que tais crises já eram antigas, iniciando há “uns 20 anos”, e que atualmente estava com 52 anos. Giovana, parecendo ir mais direto ao ponto, pergunta como a paciente ficou, desde que realizou o primeiro atendimento ali no posto. A paciente disse que estava melhor e que, depois de passar a tomar a fluoxetina estava mais calma, pois costumava ser “superelétrica”. Mas acrescenta que continua “esquecendo muito as coisas”, “esquecimento de qualquer coisa”, como, por exemplo, “bota os óculos e não sabe onde deixa”, além de não lembrar o nome de seus clientes, no salão em que trabalha como cabelereira.

Cristina conta que, no convívio diário, “tenta não transparecer” e que está se percebendo “menos agressiva”. Ela diz: “Eu tava muito triste, muito agressiva, vontade de me matar”. E conclui, associando a fluoxetina com o início da melhora. A paciente diz que se vê “aflorada”, quando para de tomar a medicação. Dá detalhes sobre o seu dia a dia: “Eu sugo a energia de todo mundo. Quero ajudar todo mundo, entendeu?” Questionada sobre como isso se dá, afirma: “Eu não sei dizer *não*. Às vezes, as pessoas que eu mais trato bem, me tratam mal. E isso me afeta de uma maneira”. E enfatiza que tem estado sem nenhuma libido. A psiquiatra lembra que isso, infelizmente, é causado pela medicação. Cristina lembra, entretanto, que isso já vinha de antes, de modo que Giovana argumenta que a depressão *também* causa diminuição da libido. A psiquiatra argumenta, reforçando o que já havia dito, que, às vezes, a medicação acaba atrapalhando também, e que não deixa de ser “um efeito colateral também”. Giovana lembra que a paciente ficou de trazer o marido para a recepção. Aproveito o tema para perguntar à paciente: “Você associa essa perda da libido com alguma outra coisa da sua vida, algo que aconteceu com você?” Cristina explica o que aconteceu:

Eu conversei com um clínico, do posto, e ele me falou o seguinte, e isso faz até sentido. Porque teve uma época da minha vida que eu tive uma série de estupros. Isto aconteceu desde os cinco anos de idade. Então, era um ciclo. E eu, tentando sair disso, e aí depois de uma certa idade, eu fiquei igual uma caçadora.

A paciente lembra, então, que na vida adulta, ficou como uma “pegadora”, que gostava de “violência” durante o ato sexual, mas depois disso, passou a não gostar de sexo, de modo que, atualmente, tem “nojo”. Ela mesma reparava, anteriormente, que tinha

“problema”, mas que não conseguia entender. Eu pergunto como é que ela se deu conta de que essas coisas estavam prejudicando-a. Ela diz:

O clínico geral conversou comigo. E aí eu disse que não entendia. Porque assim, antigamente, eu tinha, é claro, medo de qualquer homem tentar abusar de mim. Mas depois eu fiquei nessa fase. Foi quando ele falou assim: *Faz sentido você ter virado uma caçadora, porque de repente queria se vingar*. E eu realmente não me apaixonava, era só sexo. Eu não queria nenhum envolvimento emocional com a pessoa. Aí depois, hoje eu tenho meu filho de 34 anos, mas que não foi de estupro.

A conversa com este clínico havia ocorrido no mês anterior, quando depois, ela foi indicada a este ambulatório, para iniciar o tratamento. Eu pergunto a Cristina como era falar disso, se ela já havia relatado isso para outros médicos, como era a questão de falar dessa parte de sua história para outras pessoas. Ela diz que “era tipo assim, não é normal. Eu vejo uma mãe que é muito relapsa com uma criança. Por isso que eu criei meu filho com muito medo, sendo homem ou mulher. Porque eu também já fui usada por mulher. Por exemplo, a filha do meu padrasto ia me dar banho, entendeu?”

Eu pergunto: “Isso você pequena, adolescente?” Ela responde: “Pequena. Então tem que conviver com essas pessoas e perdoar, não é? Porque eles não sabiam”. Além disso, continua: “Com 14 anos, o meu padrasto também tentou, aí eu tive que sair de casa, porque ela [a mãe de Cristina] disse que tinha mais quatro filhos com ele e que não poderia...”. Cortando a palavra da paciente, talvez apressado, eu pergunto: “Você saiu de casa?” Ela responde: “Eu saí, porque, como ele se interessou por mim, eu falava pra ela [sua mãe] que ele tentou me agarrar. Foi aí que eu tive que me virar, com 14 anos, porque ela [a mãe] tinha quatro filhos com ele”. Eu questiono: “Então, sua mãe não te acolheu, é isso? Cristina finaliza: “Isso, não me acolheu”. Neste período, sem ter para onde ir, Cristina passou a dormir do lado de fora de casa, devido à dificuldade de achar outro lugar para morar. Ela lembra que, certo dia, este padrasto a trancou dentro do banheiro, “tentando botar fogo nesse banheiro”. A paciente se desculpa: “É muito confusa, é uma história de vida muito doida”.

### 3.15.3.2 Narrativa 2: Recepção de Milton

**“São traumas da infância que ainda incomodam muito.”**

[Milton, *usuário*]

Neste dia de recepção, chegou a vez de um dos participantes daquele grupo, Milton, falar do motivo de buscar ajuda no ambulatório. Antes dele, outros candidatos para tratamento no ambulatório já haviam contado suas histórias. Milton, em particular, chamava atenção, uma vez que, durante quase todo o tempo em que falava, ficava de cabeça baixo, olhando para o chão ou para algum outro ponto. Era um rapaz na faixa de seus vinte e poucos anos. Assim, segurando um pequeno papel na mão, que não lia, mas articulava de algum modo em pequenos movimentos, ele começou o seu relato: “É que, assim, sempre aconteceu. Mas eu sempre tentei levar. Só que de um tempo para cá, eu resolvi não fugir mais disso. Eu resolvi aceitar e tentar tratar”.

A psicóloga Fátima pergunta o que “sempre aconteceu” e ele explica, que sua dificuldade era não conseguir “interagir” e “conversar”. Ele diz que, quando está com a pessoa, ele não consegue dizer, e quando chega em casa, “fica pensando” se poderia ter falado outra coisa. Ele diz: “É muita coisa. Eu não sei me expressar. Eu não sei falar”. Fátima observa que ele *estava falando* naquele momento, mas ele detalha que aquilo que ele realmente queria dizer não saía: “O que eu quero mesmo não sai”. E acrescenta que não sabia realmente o que acontecia e que, inclusive, anotou algumas coisas, oferecendo finalmente o pequeno papel que segurava à psicóloga, para que ela o lesse.

Fátima pergunta a ele se gostaria de ler para o grupo que o ouvia. Milton lê em voz alta: “Eu não consigo entender as coisas. Não consigo pensar. Não consigo falar olhando nos olhos. Sempre ando de cabeça baixa. Não lembro de datas comemorativas. Esqueço das coisas que me falam rápido”. E continua a leitura do que havia preparado, da melhor maneira possível, para a equipe e outros possíveis pacientes:

As lembranças e os traumas da minha infância me incomodam muito. Eu não consigo ter foco nas coisas. Minha autoestima é muito baixa. Não quero sair de casa. A vida não tem mais sentido. Tenho muita insônia. Fico guardando as coisas dentro de mim. Parece que vai explodir. Algumas coisas eu falo sem perceber. E sou muito pessimista.

Ao ser perguntado se escrevera especialmente para aquele encontro ou se tinha o hábito de escrever, ele responde que, quando não conseguia falar, costumava escrever para que as pessoas lessem. Ainda questionado por Fátima sobre o que tinha mais a dizer sobre o que escreveu, responde: “É tudo que tem dentro de mim”.

A psicóloga observa: “Você escreveu *lembranças* e *traumas* de infância, não foi?” Ele responde: “Sim, foi”. Ela continua: “Quais foram essas lembranças e esses traumas de infância?” Ele continua: “É, por exemplo, meus pais se separaram. Problema dentário,



também tinha outros problemas”. Menciona alguns dos problemas: “Na escola, eles me caçoavam, me batiam, me jogavam no lixo. Eu não queria ir mais para a escola”. Milton lembra que todos os dias “eram assim”. Ele diz: “Foi assim que eu cresci, na minha. Sozinho”. E acrescenta: “E aí, dos 15 para 16 anos, eu queria ter as minhas coisas. Eu arrumei meu trabalho e comecei a fazer as minhas coisas”. Acrescenta detalhes sobre suas dificuldades: “Eu não consigo entender as pessoas. Eu não consigo interagir. Eu não me sinto feliz aqui fora”. Quando questionado “fora, onde”, ele responde: “Fora no mundo real. Eu me sinto deslocado. Não tenho amigos e não converso”. Fátima quer saber o que existe além do mundo real e ele responde: “Só nos jogos e na minha cabeça”. Em relação aos jogos, Milton diz preferir, pois diz que prefere não ser visto, ficando mais tranquilo ali. Quanto ao mundo em sua cabeça, “é um lugar onde tudo dá certo. Onde não precisa falar nada e nem tomar nenhuma atitude”.

Vale frisar que esta conversa foi conduzida de maneira notavelmente acolhedora pela psicóloga, respeitando os passos do paciente e o ritmo seguido em seu relato. Além de detalhes da sua profissão de chaveiro, e da ajuda recebida de sua atual namorada, Milton acrescenta detalhes do seu passado, que se destacam mais que do presente. Em relação aos pais, por exemplo: “Desde pequeno, eles nunca me levaram ao médico. Nunca me deram assistência, nem para as coisas básicas. Era eu que tinha que perguntar para minha mãe me levar. Eles mesmos nunca se importaram”. Em relação ao que estava acontecendo no momento atual de sua vida, quando questionado se havia acontecido algo que achava importante falar, responde que “não, eu acho que eu só cansei mesmo”. E quanto à vontade de explodir, mencionada em um momento, diz quando isso costuma acontecer: “É que eu fico remoendo e aí sai. Sai sem eu querer falar. É porque eu fico guardando as coisas. E em algum momento sai”. A psicóloga pergunta: “E o que sai?” E ele responde: “Sai uma palavra que eu deveria ter falado. Sai o que fica me torturando de ódio. Sai palavras...”.

Ao ser perguntado como se sente ao falar dessas questões, ali no grupo, Milton responde: “Muito mal”. Diz que, quando criança, chegou a ir a um psicólogo, ali mesmo no posto. Lembra que ficou muito mal depois das consultas iniciais e nunca mais voltou. Acrescenta que o trecho mencionado em sua carta, referente a “desistir de viver”, o fazia lembrar de um momento quando, ainda criança, chegou a tentar “acabar com tudo”. Em relação a isso, conta que sua mãe o ouviu e o espancou. Explica o que fez: “Eu tentava juntar as coisas e me enforçar”. Fátima pergunta: “E como você tentava fazer isso? Você estava sozinho?” Ele responde: “Sempre tinha alguém em casa. Mas eu nunca tive

coragem mesmo de terminar de me matar”. E conclui: “O que mais me incomoda é que eu não consigo entender as pessoas. Por isso que eu fico na minha cabeça, no meu mundinho, no mundo da lua. E não consigo entender o que se passa com a outra pessoa. O que ela quer dizer, eu não sei. Por isso que eu só concordo. E depois fica aquilo remoendo dentro de mim, o que eu poderia ter falado”.

### 3.15.3.3 Narrativa 3: Recepção de Gabriel

**“Pelo terror psicológico e porque não fazia o menor sentido, aí começou um trauma.”**

**[Gabriel, usuário]**

Num encontro de recepção, eu e a psicóloga Cláudia recebemos Gabriel, 35 anos de idade, que havia se mudado há pouco tempo para a região, vindo de outro Estado. Gabriel relata que identificava o início de suas “questões mentais” já na infância, quando achava que devia ter algo como um “TOC”. Conta que tinha que encostar em várias coisas, antes de sair de casa, e que isto o atrapalhava muito. Diz que era algo “perturbador”, mas como era criança, isso “passava direto”, até mesmo porque, segundo lembra, ele nunca deixou de brincar e jogar bola o dia inteiro. Atualmente, pensa que deveria ter tratado naquela época, entretanto, em sua casa, este lado da “saúde mental” nunca foi observado, de modo que nunca realizou qualquer tipo de tratamento.

A psicóloga pergunta como ele está agora. Gabriel diz que ao ficar adulto, chegou “num auge, porque não conseguia sair de casa, porque aconteceram algumas coisas antes...”. Sem detalhá-las, diz que o “auge” ocorreu e sua noiva teve que ligar para uma psiquiatra. Então, em 2018, ele iniciou o primeiro tratamento. Entretanto, Gabriel relata que ficou limitado ao remédio, sem qualquer tipo de psicoterapia. Após dar outros detalhes, a psicóloga retorna à questão do que ocorreu e pergunta que “tipos de problemas não foram tratados e foram se agravando até o ano de 2018”. Gabriel dá mais detalhes de sua infância, como as preocupações da mãe com ele, suas preocupações sobre doença, etc. Então, diz: “Mas foi aí que chegou um grande problema. Eu tive um ato de violência no lado da minha casa. Eu tava andando com um amigo e a gente foi abordado por um maluco que achou que a gente tinha assaltado a mulher dele. E aí ele colocou a arma na nossa cara, falando que ia matar a gente. Matar a gente...”.

Gabriel continua: “Eu tava de chinelo, de bermuda e uma camiseta. Eu não tinha mais nada. O cara tava transtornado. E aquilo nunca fez sentido na minha cabeça”. Conta que lembrou de falar para o homem: “Eu moro aqui, eu moro aqui”. Era o condomínio de classe média onde morava, mas o agressor ainda continuava nesse “terror psicológico, nesse terror psicológico”. Gabriel conclui: “E acabou que ele chegou à conclusão que a gente não tinha nada. Mas, enquanto isso acontecia, foi uma eternidade. O cara tava completamente, devia estar drogado”.

O paciente lembra que, na época, não contou o episódio para os pais: “A partir daí eu tinha medo de qualquer coisa. Eu tinha medo de uma moto, de carro, qualquer coisa eu pensava que ia acontecer uma maluquice”. E repete o que já dissera antes: “E aquilo nunca fez sentido pra mim”. A psicóloga, concordando com ele, comenta: “Mas isso não tem sentido”. Gabriel continua: “E realmente não teve sentido. Eu não consegui pensar assim. Depois disso, adulto, eu já fui assaltado duas vezes. Mas neste caso, pelo terror psicológico e porque não fazia o menor sentido, aí começou um trauma”.

Cláudia pergunta de que forma isso atrapalhou sua vida. Gabriel responde: “Atrapalhou 100%. Na época, eu fazia estágio no ensino médio e eu tinha que pegar trem. Foi aí que desencadeou. Eu tive um transtorno que eu achava que qualquer um podia entrar na minha casa de alguma maneira, de forma violenta”. A psicóloga pede para confirmar se, por causa disso, ele perdeu o estágio. Ele responde que não, “mas com muito sofrimento”. E detalha: “Eu ainda estudava, também com sofrimento, mas eu continuei. E não deixei de fazer nada”.

A psicóloga pergunta o motivo de ele não ter pedido antes a ajuda. Gabriel responde: “Eu nunca pensei e nunca falei para os meus pais. Eu era muito fechado. Eu poderia até ter falado, mas não falei por ser uma coisa muito minha, pessoal”. Ele ainda confessa: “Até hoje, inclusive quando eu era jovem, eu devia ter uns 14 anos, eu fui atropelado por uma bicicleta e eu também não contei para os meus pais”. Mas repara que, neste caso, “isso não me causou trauma nenhum”. A psicóloga repara: “Mas ainda assim é traumático, não é, no sentido do susto?” E ele responde: “Foi traumático. Eu tenho uma imagem de eu voando como super homem, me ralei todo e foi no dia dos pais”. Gabriel acrescenta que sua bicicleta ficou destruída e que os vizinhos o acolheram: “Foi um baita atropelamento”. Parecendo estar intrigada, a psicóloga torna a perguntar o motivo de não ter contado para os pais o episódio do atropelamento. E ele explica: “É porque eu sempre fui muito fechado”. E reforça o que disse: “Mas isso daí não me causou trauma nenhum não. Eu só fiquei muito machucado”.

Eu queria muito ouvir do paciente mais detalhes do que, na sua opinião, diferenciava a experiência do assalto da anterior, do atropelamento, e reforcei o questionamento. Segundo o paciente, por ser muito prático, diz que quando “as coisas se encaixam, não lhe causa nada. Aquilo faz sentido”. Segundo ele, seu quadro se agravou em 2018, quando um outro “problema” aconteceu, também ligado à violência. Contou a todos os presentes na recepção: “Eu comecei a ter muito medo. E antes disso eu comecei a ter um outro problema traumático de violência, que o meu melhor amigo morava em Goiânia e, numa briga, um rapaz pegou, passou a faca e matou ele”. Para Gabriel, não só a violência se repetia, mas também um episódio “totalmente sem sentido”. Ele explica: “Eu sei, foi uma briga, mas pelo que eu fiquei sabendo foi extremamente covarde”. Confessa que seu mal-estar posterior se agravou pelo fato de não ter falado dele com sua mãe, e porque não pôde ajudar, de nenhuma, o amigo: “Eu não pude ajudar ele. Não pude fazer nada. Não teve como fazer nada. E isso também me deixou muito mal. Foi esse problema do rapaz da arma e dessa violência que acabaram comigo”.

Cláudia pergunta como estas “coisas” estavam presentes na sua vida atual. Ele responde que, quanto ao episódio mais antigo, do assalto, durante o período dos 19 a 22 anos, ele saía, indo para festas, “tudo normal”. Mas repara que foi “gerando um acúmulo também” e que foi “somatizando tudo”. Diz que, atualmente, “fico muito com essa coisa do meu amigo na minha cabeça. Não o fato dele ter falecido, porque eu acredito em Deus e isso me dá muita força. Mas fica se repetindo como aconteceu. Essa questão da faca fica na minha cabeça se repetindo. E isso daí também me deixa muito mal”.

A psicóloga pediu detalhes do que aconteceu em 2018 para convencê-lo a buscar ajuda psiquiátrica. Ele responde que, na verdade, “ele não parou”. Ele explica: “O meu corpo parou. Eu não conseguia fazer nada”. Antes, por exemplo, “mesmo mal”, ele ia trabalhar, “mesmo mal,” ia estudar. Continuou fazendo as coisas. Mas no trabalho, ele lembra: “Eu sentia palpitação, parecia que eu ia desmaiar”. Mas continuou trabalhando. E quando estava no ônibus, voltando para casa, ia se “sentindo mal, me sentindo sufocado, até que chegou que eu não conseguia sair mais de casa”. Foi aí que ele foi buscar ajuda. Ele detalha que chegou a ter algumas sessões com uma psicóloga, mas que não deu sequência ao tratamento. A psicóloga quer saber o motivo. Ele responde: “Eu não conseguia me concentrar. Eu ficava muito nervoso na frente dela. E acabou que eu parei de ir nela, porque meu corpo parou. Foi aí que eu fui na psiquiatra”.

### 3.13.3.4 Narrativa 4: Recepção de Fernanda

**“Eu percebi que fiquei com problema. Passa avião e, em cinco segundos, eu paro de respirar, meu coração acelera, parece que é o fim do mundo.”**

[Fernanda, *usuária*]

A psicóloga Sandra encorajou a paciente a deixar suas emoções serem extravasadas. “Pode chorar à vontade. A gente está aqui pra tudo”. Logo em seguida, Sandra pergunta se Fernanda “poderia ir falando aos poucos”. Era mais um encontro de recepção, em que a paciente relatou ao grupo um pouco de sua história: “Hoje em dia, por mais que eu não esteja num relacionamento, eu vivo num relacionamento com agressões psicológicas, físicas... Eu já saí do relacionamento, mas ele ainda não saiu de mim, porque eu tenho um filho de cinco anos com essa pessoa”. Segundo conta a paciente, o pai de seu filho, utilizava-o para atacá-la o “tempo inteiro”, e “depois da agressão física”, ela o denunciou. Segundo Fernanda, ele usa o filho no psicológico e no judiciário: “É a terceira vez que ele abre um processo tentando justificar a guarda”. Segundo a paciente, “a cada hora”, ele quer uma coisa: “Ele tem um processo de guarda no judiciário”. Acrescenta que o pai da criança deseja a guarda compartilhada, mas como, segundo Fernanda, não tem “responsabilidade, provavelmente não vai conseguir”. E prossegue: “Ele vai e manda mensagem, dizendo que está com saudade, e eu falo que não”. Ela conta que é um círculo vicioso: “Ele manda a mensagem e, no mesmo mês, me acusa de alienação parental. É tudo psicológico”.

Sandra quer mais detalhes desse relacionamento. Fernanda conta uma série deles, como as primeiras dificuldades do relacionamento, surgidas já no período de namoro. Ela diz que testemunhou “ele mandar a mãe dele pra aquele lugar, e ela descia a escada chorando e eu falava ‘isso é surto...’”. A paciente continua: “Não era a minha realidade. Eu sou muito família”. No entanto, como houve um descuido, com uma gravidez logo nos primeiros meses da relação, Fernanda ficou atormentada: “Como vai ser agora?” Diz que foram frustradas as inúmeras tentativas de fazer “dar certo”. Conta que o filho nasceu, que estava “tudo bem”, mas em 2017 ou 2018, foi despedida do emprego. A partir daí,

acumulou uma sequência de problemas, como uma cirurgia de vesícula que “deu problema”, pois “necrosou”, e seu filho teve que largar o peito “na marra”.

Fernanda conta algo muito grave. Em janeiro de 2018, o pai de seu filho, já morando em outra residência, foi até a casa de Fernanda e, após uma briga, lhe deu uma “cabeçada no nariz”. Ela conta: “Eu não hesitei, fui na delegacia. Mandeí mensagem para a mãe dele e ela me respondeu: *Fernanda, ele é assim, é nervoso comigo*”. Foi quando ela disse: “Uma hora ele mata ou morre”. A paciente conclui: “Tudo isso por áudio”. Diz que, atualmente, ainda se encontra em processo da Lei da Maria da Penha, já que o caso parou na área criminal e estava sendo tratado pelo Ministério Público como “violência doméstica”. Ela acrescenta: “Ontem, inclusive, saiu o mandado e eu entrei em pânico, porque eu não sei o que ele pode fazer com o meu filho”.

A paciente fala dos sintomas que vinha sentindo: “Em 2019, eu percebi que fiquei com problema. Passa avião e, em cinco segundos, eu paro de respirar, meu coração acelera, parece que é o fim do mundo. A vontade que eu tenho é de pegar meu filho e sair correndo. Eu não faço isso, não mostro isso pra ele”. Ela se refere ao modo que utilizava para lidar com o sofrimento: “Eu tento trabalhar isso na minha cabeça. Eu sei que é loucura, eu sei que é bobeira”. Sandra pergunta se isso acontecia só com avião. Fernanda responde que não: “É avião, é vendaval, é raio. Acabou o mundo pra mim. Eu acho que vou morrer logo em seguida. E aí eu vou para um canto, vou pro meu quarto, pro meu filho não perceber. Mas eu não era assim. Eu só percebi isso em 2019”. Ela conta que nesse ano, houve muita mudança de tempo, então “praticamente passei o ano inteiro apavorada. Eu tento trabalhar isso na minha cabeça, falo pra mim mesma que é bobeira”.

A psicóloga questiona a causa desse terror. Pergunta especificamente o que a paciente acha que pode acontecer. Fernanda responde: “Eu acho que o avião vai cair em cima do prédio. E aí acabou. E vai morrer todo mundo. Eu vou morrer, meu filho vai morrer”. Diz a paciente que o terror dura “aqueles cinco segundos”. E finaliza: “Vendaval, acabou. Vai cair tudo. Mas eu nunca tive isso, nem quando eu era criança. E vou trabalhando a minha cabeça, mas quando acontece alguma coisa no processo que eu tenho que correr atrás pra me defender, eu pioro”.

### 3.15.3.5 Narrativa 5: Acolhimento de Antônio

**“Todos os traumas, principalmente como eu estava falando agora.”**

**[Antônio, usuário]**

A psicóloga Fátima gentilmente me deu a oportunidade de participar do acolhimento inicial deste paciente. Era um jovem, por volta de 18 ou 19 anos, que acabara de chegar, vindo do setor de emergência do hospital psiquiátrico da região. Como de costume, muitos desses pacientes, tão logo eram atendidos na emergência do hospital, eram encaminhados para atendimento ambulatorial, de acordo com o território. Como Antônio morava em um morro que fazia parte do território do ambulatório, foi para ele que se dirigiu. Como era frequente, após me apresentar como psicólogo pesquisador, Fátima perguntou ao paciente se aceitava a minha presença no acolhimento. E tratou logo de fazer as perguntas sequenciais mais básicas, referentes às informações residenciais, se havia ou não passado por internação, de onde estava sendo encaminhado, medicações utilizadas, etc. Ao ser questionado sobre o motivo de estar vindo do hospital psiquiátrico, Antônio explicou que já estava se sentindo mal psicologicamente há muito tempo. Ele ressalta que isso vinha “desde pequeno”, embora fosse “muito de guardar as coisas” para ele próprio: “Eu sou muito preso em relação a desabafar, sabe? Não consigo”. E justamente por ser assim, acabava por “guardar as coisas para ele” e ficando “muito mal” com isso: “Eu acumulei muita coisa na minha vida e agora eu não tô suportando mais”.

A psicóloga quer saber que coisas eram essas que ele não estava aguentando mais e que estava tendo que “suportar sozinho”. Antônio responde: “Então, é principalmente traumas. Eu cresci sendo uma criança muito desprezada, por todo mundo. Com exceção da minha mãe e da minha tia. Mas, até mesmo por família, por amigos, por qualquer pessoa. Eu sempre fui muito desprezado e maltratado também”. Segundo o paciente, quando, exemplificando, uma pessoa gritava com ele, não tinha “forças” para dar uma resposta. Afirma que só “sabia chorar”. E continua: “Qualquer pessoa que fale mais alto e grita, eu sou muito fraco em relação a isso”. Então confessa não conseguir mais, já que são muitas coisas, muitas decepções, seja por parte de família, amigos, relacionamentos,

de modo que ele foi ficando muito “retraído” consigo mesmo. Por isso, diz: “E todos esses traumas, eu nunca consegui falar pra ninguém. Só que eu agora eu não consigo mais suportar sozinho. Por isso eu estou vindo aqui pra te falar”.

Segundo Antônio, seu pai abandonou sua mãe, quando ele tinha mais ou menos um ano de vida. E sabe apenas o que a mãe lhe contou. Por volta dos 11 ou 12 anos de idade, ele se aproximou do pai. Foi nesta época que ele tentou deixar “tudo pra lá, o que ele fez e o que ele não fez”. Então, Fátima pergunta o que ele teria deixado para “lá”, para trás. Ele responde: “Todos os traumas. Principalmente como eu estava falando agora. Ao invés do meu pai ter largado a gente, na verdade foi a minha mãe que tentou sair disso, porque ela sofreu muito na mão dele. Ele agredia ela. Prendia ela dentro de casa. Ela não podia fazer nada. Minha mãe, me contando hoje, tipo, eu olho pro meu pai não com um sentimento de filho. Eu não consigo ter aquele amor que eu tenho por ela”. E repete o que já dissera: “Eu guardei tudo pra mim, porque só eu e ela sabemos o que ela passou”.

Além do fato de o pai ter abandonado sua mãe, ter feito coisas “ruins” com ela, e do mesmo estar “bem de vida atualmente”, Antônio acrescenta detalhes da relação dos pais, enquanto ele ainda era criança: “Ela conta que, por conta das agressões, ela tentou sair disso. Mas ela não conseguia. Ele não deixava”. Segundo Antônio, foi com muito esforço que a mãe conseguiu sair e nunca mais voltou: “Ela não quis mais. Depois que se separou, ele foi atrás dela, onde ela foi trabalhar. Foi lá bater nela. Mas depois disso, ele foi esquecendo e largou a minha mãe”.

Ao informar à psicóloga o que estava acontecendo para que tivesse que se dirigir à emergência de um hospital psiquiátrico, e buscar ajuda no ambulatório, Antônio explica que era esse sentimento de mal-estar, que já vinha desde “há muito tempo, por conta de não conseguir desabafar”. Mas ele achava que “de um mês para cá, ficou muito mais intenso”. Ele fala: “E eu não consigo controlar. Por exemplo, eu sinto do nada um frio na barriga e, no peito, uma falta de ar. Eu não vou dizer que é à toa que eu choro, porque eu tenho os meus motivos, eu tenho os meus traumas”. Mas acrescenta que é “do nada”. Ninguém entende nada. O paciente ainda diz que, “como as mágoas estão guardadas dentro de mim, elas acabam me afetando de forma inconsciente, sabe?” Antônio acredita que seja isso. Também acrescenta que se sente sozinho, mesmo quando existem pessoas ao seu lado. E a sensação ruim é que não está aguentando mais, de modo que faria de tudo para acabar com essa dor: “Eu não sei, dói muito, muito. Não vou dizer que eu sinto isso sempre, porque de vez em quando eu me sinto feliz também”. Em relação ao seu atendimento ocorrido há pouco no hospital, ele fala: “Eu chorei lá como eu nunca chorei



na minha vida. Foi aí que ela [provavelmente a profissional de plantão] viu que eu morava um pouco mais longe e resolveu me encaminhar para cá. Foi aí que ela disse para eu vir para cá logo, para fazer o tratamento. Pra fazer terapia, alguma coisa, por isso que eu vim direto. Foi aí que eu entreguei este papel ali na recepção”.

Ao final desse breve encontro, ele fala coisas que chamaram muito a minha atenção. Sobre o tratamento, diz que agora está pronto para receber ajuda. Diz que não sabe o que deve fazer, que sabe que “só precisa contar” o que vem sentindo, tanto “mentalmente como fisicamente”. Ele diz: “Sabe de uma coisa? Uma coisa que eu percebi, também. Principalmente relacionado aos meus amigos. Eles têm essa mania de fazer, não sei, que acabam machucando, me diminuindo, sabe, com palavras. E depois que eu contei pros meus amigos mais próximos. Eu tenho quatro amigos, mas dois são mais próximos, e então, depois disso, eles começaram a ter mais cuidado comigo”. Antônio questiona: “Por que cuidar de uma pessoa só quando ela tá mal?” E continua:

Por que a gente não tem cuidado com a pessoa também quando ela está bem? Por que ela só tem o cuidado que precisa, quando a gente sabe que ela tá mal? Se a gente prevenir, a gente pode. Tipo: eu trato você bem, mesmo sem saber que você está mal, até mesmo pra prevenir de você ficar mal. Então, eu achei isso meio confuso deles começaram a ter mais cuidado comigo só por saberem que eu estou mal.

Então, a psicóloga pergunta: “E por que você acha que as pessoas fazem isso? São todas as pessoas que fazem isso?” Antônio responde: “Não sei se são todas as pessoas que fazem isso, mas as pessoas com que eu convivo, as que eu contei, pelo menos, elas começaram sim a ter mais cuidado comigo mais do que o normal. Enquanto uns não tinham e começaram a ter, e os que já tinham e começaram a ter mais”. O diálogo se encaminha para o final. Fátima ainda pergunta: “E a partir do momento que você verbaliza como se sente, que você se sente autorizado a falar, você percebeu que as pessoas tiveram uma reação diferente, foi isso?” Ele responde que sim, que foi isso e que achou bom. Mas que foi essa questão que ele levantou. Foi por isso que ele pensou:

*Nossa, por que não ter cuidado mesmo tipo, se eu tivesse bem? Por que não ter cuidado com as pessoas? Porque tipo assim, se eu estou mal é por conta disso. É porque as pessoas não tiveram cuidado comigo enquanto eu estava bem, sabe? As pessoas que me afundaram, as pessoas que me fizeram sentir o que eu sinto. As pessoas que fizeram isso. Então, se elas tivessem um cuidado antes de eu me sentir assim, eu não estaria me sentindo assim. Eu acho. Então eu acho que essa parte é importante.*

### 3.15.3.6 Narrativa 6: Acolhimento de Fábio

**“Coração bate acelerado, batendo rápido, eu fico tremendo, dá diarreia e tudo.”**

[Fábio, *usuário*]

Conrado, psiquiatra residente, e Clarissa, assistente social, bastante solícitos, permitiram que eu participasse do acolhimento do paciente Fábio, recém-chegado ao ambulatório, e que apresentava graves sintomas. Fábio contou que se tratava com outro psiquiatra, mas os remédios que este passou deixaram de fazer efeito. Diz que só têm ajudado “para dormir, só que, durante o dia, a ansiedade [aparentemente extrema] continuava”. Questionado, o paciente também informa que iniciara o tratamento particular há cerca de seis meses, voltando a dizer que o problema persistia: “Eu tenho problema de ansiedade. Coração bate acelerado, batendo rápido. Eu fico tremendo, dá diarreia e tudo. É ansiedade. E aí os remédios que ele passa pra eu tomar a noite, até que eu durmo bem. Só que quando amanhece o dia, aquela ansiedade ataca. Fico nervoso, chego até a tremer”.

Fábio relata que é assim “quase todo dia”. Conta que nunca teve isso, até sua mãe falecer: “Quando eu fui daqui pra lá, aí depois disso começou. Foi aí que eu fui no psiquiatra”. Acrescenta que estava há 10 meses sem usar remédios, “sem nada”. Mas, com “esse vírus que meu cunhado pegou, aí começou. Depois, fui eu que peguei. Fui internado há dois meses e pouco. Fiquei no CTI. Aí eu saí. Quando saí, meu irmão tinha falecido. Aí de lá pra cá, voltou tudo de novo. Eu tava bom há 10 meses, não tinha tomado remédio nenhum. Mas desde que saí do hospital, é essa ansiedade braba. Não consigo controlar por nada”.

Fábio relata que tem conseguido trabalhar, embora tenha ficado afastado durante um tempo. No período em que ficou sem trabalhar, teve dores no corpo, nas pernas, nas costas, mas diz estar melhor. Diz que ficou internado nove dias, mas assim que saiu, começaram “esses sintomas de ansiedade”. A partir de então, “até quando eu saía pra fora de casa, eu ficava com medo. Era aquela ansiedade no peito, aquela diarreia. Aquele nervoso. Eu tremia. Era muito ruim”.

Questionado sobre o modo de lidar com o mal-estar, Fábio diz que o “pessoal fala pra eu tentar esquecer. Me ensinaram até um chá, estou cheio de chá pra ver se passa, mas

não passa nada. Fica aquele negócio por dentro, que só Deus mesmo”. O paciente lembra que, teve um ano em que não tomava remédio nenhum, mas quando “veio isso, voltou”. Ele explica: “É tipo assim, eu estou tranquilo. Mas se eu recebo uma ligação agora, com problema. Aí é aquela porrada. Eu não consigo me controlar”. Ele diz nesse momento: “O pessoal fala. *Você é muito frágil*”. E ele retruca: *Cada um sabe o que sente*. Fábio conta que nesses momentos, “vem aquele pensamento na hora, aquele choque”. Se recebe uma ligação, “aconteceu isso com fulano, é aquele nervoso que chega, aí eu fico tremendo assim”. Fábio tenta nos explicar mexendo com as pernas e mãos. E finaliza: “Tremendo mesmo, dá aquela diarreia e tudo. E chego até vomitar”.

Em outro momento, entre outras questões, Clarissa pergunta como reagiu ao telefonema do profissional do ambulatório, e como se sentiu depois da ligação. Fábio diz que já sentiu diferença do particular. Só pelo telefonema, já se sentiu melhor, porque no “particular, eu ficava lá, contava a situação, lá era dois minutos. Eu falava e ele dizia: *aqui, vai lá na farmácia e compra*”. Clarissa aproveita para perguntar se Fábio estava aberto para tentar, além do remédio, fazer algum trabalho de psicoterapia. Ele pergunta: “A especialidade desse que conversa qual é? Esse que eu vou é psiquiatra né? Eu já fui nesse que conversa”. Clarissa pergunta: “Ah, então, você já fez acompanhamento psicológico?” Fábio responde: “Sim, há uns dois anos”. A assistente social continua: “E o que você achou?” Ele responde: “Eu fiquei meio assim, meio em dúvida. É porque a gente que não entende é complicado. Pra mim o que me ajuda a melhorar é o remédio. Porque eu chegava e conversava, mas na hora que eu saía de lá, eu esquecia tudo. Ah, sei lá! Eu acho que fica bom é com remédio”.

### 3.15.3.7 Narrativa 7: Recepção de Nanci

**“E aí eu comecei a ficar com muito medo de passar mal, de desmaiar, de ter um ataque, uma crise. E estou assim há mais de um ano”.**

[Nanci, usuária]

Também participei da recepção de Nanci, jovem, então com 19 anos, que havia se mudado há pouco tempo para a região, vinda do Amapá. Ela diz: “Vim fazer minha vida”. Logo de início, explica que sempre teve uma relação complicada com seus pais: “Eu fui

adotada. Então, eu sempre fui ‘a menina’ que é adotada”. Conta que sua mãe engravidou dela muito jovem e que a mulher de seu avô foi quem a “pegou” para criar. É essa mulher a quem Nanci chama de mãe, de mãe adotiva. Em relação a essa parte de sua história, diz que, desde muito jovem, sentiu um sentimento de rejeição por parte da família, e já apresentava “sintomas de ansiedade, palpitação e nervosismo”. Recentemente, visitou sua terra natal e ouviu de sua tia que sempre foi uma “criança muito nervosa, muito ansiosa e que não gostava de sair na rua porque tinha medo dos carros”. Nanci conclui: “Eu sempre fui muito medrosa”.

A paciente conta que, há cerca de um ano, começou a ter muitas crises de ansiedade. Lembra que foi a um bar e começou a ter “muita palpitação, a pressão caiu”, e teve “essas crises de ansiedade”. Ela diz: “E aí eu comecei a ficar com muito medo de passar mal, de desmaiar, de ter um ataque, uma crise. E estou assim, há mais de um ano, saindo pouquíssimas vezes, porque eu fico tonta”. Nanci diz que, naquele exato momento da conversa, estava tonta: “Eu não me sinto normal, meu coração fica acelerado. Eu não consigo respirar direito. Fico enjoada. Enfim, tenho esses sintomas físicos”. Lembra também que desde muito jovem sente “estresse”. Ela diz: “Às vezes, eu tinha que passar por uma situação estressante, com a minha família, e eu sentia dificuldade de respirar, mas eu não sabia identificar”. Diz que hoje sabe identificar o que é ansiedade, mas, há um tempo atrás, “sentia isso”, só que sua família dizia ela estava sendo possuída “pelo demônio”. A psicóloga Fátima quer saber quantos anos tinha, quando ouvia isso. Nanci diz: “Com 10, 11 anos de idade”. Ela lembra que foi nessa época que perdeu os tios e não conseguiu mais dormir. Sua mãe dizia para Nanci ir à Igreja. Também que, por volta dos 13 ou 14 anos, teve períodos em que ficou sem comer, ficou muito mal, não conseguia sair de casa e sua tia também dizia que ela precisava ir à igreja.

A assistente social Clarissa pergunta se algum familiar ficava responsável, por exemplo, por levá-la a médicos ou fazer algum tipo de tratamento. Nanci lembra que isso não existia, e que estes sintomas passaram em algum momento, embora não saiba dizer quando. Só quando chegou ao Rio, foi que começou a ter mais contato com a “saúde mental”, passando a entender que as coisas eram “mais complicadas” do que pensava. Chegou a fazer um tratamento psicoterápico, embora não tenha conseguido dar continuidade por ser particular: “Eu só conseguia sair tremendo, quase desmaiando”. Ela informa ainda que sua questão é que não conseguiu, até o momento, arcar com os custos nem de psicólogo e nem de psiquiatra, embora reconheça que está precisando muito. Ela complementa a lista de seus sintomas: “Eu tô ficando muito esquecida. Eu fico tão

concentrada em não passar mal, que eu esqueço o que eu tenho que comprar. Então esses sintomas físicos me incomodam muito”. Conta que era muito frustrante na relação com o seu ex-namorado, uma vez que ela não conseguia, por exemplo, andar na rua com ele, sair, ver amigos: “A rua era muito assustadora pra mim”. Ela pensava: “Eu vou desmaiar, vou passar mal, vou ficar ali jogada no chão. Era uma sensação de abandono, de passar mal, mesmo estando acompanhada eu não conseguia sair direito”.

Nanci conta que seus sintomas aliviaram bastante durante o curto período de tempo em que realizou o processo terapêutico. No entanto, quando fez uma viagem ao Amapá, e teve contato com sua família de origem, “foi muito estressante”. Ela diz que viu fotos da época da infância, mas desde que voltou, não conseguiu mais sair de casa. Diz que a viagem foi muito difícil. Fala que antes de fazer terapia, não conseguia, tinha uma trava que não conseguia chorar. Ela realmente “não chorava ou chorava escondido”, porque tinha muita vergonha. Hoje, diz que já não tem tanto problema, mas somente se estiver próxima de pessoas muito confiáveis. Para sair de casa, no entanto, diz que ainda não conseguiu, embora reconheça que é preciso: “E é um medo também de passar mal. Medo de passar mal, não ter um auxílio para me ajudar. Esses sintomas físicos, palpitação, tontura, visão turva falta de ar. São coisas que me atrapalham atualmente”.

Em relação ao seu histórico, Nanci relata que apanhou muito das tias, durante a infância: “Elas me batiam. E eu também sofri abuso sexual do meu tio”. A psicóloga pergunta: “Você tinha quantos anos?” Responde: “Eu tinha seis, sete”. Recorda que nessa mesma época, sua mãe teve câncer: “Eu fui abusada três vezes pelo meu tio”. Quando questionada, a paciente disse que chegou a contar para sua mãe, mas que detestou. Foi quando, já adolescente, falou que não queria mais morar com “essa pessoa, porque ele abusou de mim”. Foi aí, então, que eles a expulsaram de casa. A paciente detalha que os abusos, quando criança, pararam porque ela chegou a contar. Além disso, diz que “tem muita coisa para falar, mas que é difícil neste primeiro momento”.

A paciente fala um pouco mais de suas questões de vida na atualidade. Além do trabalho que realiza como “trancista”, e como “artista”, fala do namorado atual, que sempre lhe dá apoio. Ela reconhece: “Vivo com uma pessoa que me respeita muito”. Ela conta ainda que, quando começou a ter as crises mais recentes, morava com uma menina e que a mesma era muito racista: “E o racismo dela me atingia muito, principalmente falando de relacionamentos, da forma como ela era vista”. Exemplificando, conta que elas iam para um lugar usando uma mesma roupa, mas que ela era tratada diferente. Nanci passou a perceber que, embora existisse racismo no Amapá, era diferente, “não era como

o daqui”. Ela diz: “Foi a primeira vez que eu tive que lidar com um racismo mais brusco, de uma forma mais pesada”. As crises começaram na época em que Nanci morava com essa pessoa. Revela que, por “ter tanta raiva dela, alimentar esse ódio”, terminou por desenvolver esses sintomas físicos. Então, se refere aos sintomas psicológicos: “Eu já era muito estressada, muito explosiva, mas eu ainda não tinha sentido nada físico”. Mas quando começou a ter os “sintomas físicos”, ficou “desesperada” e decidiu buscar ajuda de um psicólogo: “Eu acho que hoje é só tomando remédio, porque é muito difícil. Eu já estou há um ano fazendo terapia, mas não consigo ainda sair de casa”. Ainda em relação aos sintomas, ela completa: “Toda vez que eu saio de casa, por exemplo, no outro dia eu consigo sair um pouquinho mais. Eu tento criar coragem e vou, porque eu não estava conseguindo nem andar de ônibus”. Ela explica como conseguiu chegar ao ambulatório: “Foi muito difícil vir de ônibus, mas eu respirei fundo e consegui. Eu estava também há um ano sem ir à praia. Mas aí eu consegui ir, não aconteceu nada e fiquei muito bem. E esse medo me trava muito também. Enfim, é esse medo, de achar que vou desmaiar, passar mal. É dor de barriga, náusea, não consigo respirar. Acho que é isso”.

### 3.15.3.8 Narrativa 8: Acolhimento de Solana

**“Eu comecei a ter um trauma muito grande e eu tenho transtorno de estresse pós-traumático.”**

[Solana, *usuária*]

A psicóloga Talíria e eu prestamos o acolhimento a esta paciente. Feitas as perguntas habituais, Talíria pergunta: “Já teve alguma internação?” Solana responde: “Não, mas já tive próximo disso por duas vezes”. Era uma paciente que já fora atendida no ambulatório há cerca de três anos. Solana fez um resumo para mim e Talíria do que havia acontecido e porque estava procurando ajuda. Talíria pergunta: “O que aconteceu?” Ela responde: “No ano passado, em outubro, eu comecei a sofrer assédio moral no trabalho. Eu comecei a ter um trauma muito grande e eu tenho transtorno de estresse pós-traumático. Eu perdi uma filha única com 11 anos de idade. Então, assim, além da depressão, histórico de tentativa de suicídio, eu tenho transtorno de estresse pós-traumático”. Ela finaliza esta primeira parte dizendo que teve que conviver com sua filha no CTI, “enterrar, velar, exumar, enfim”.

A psicóloga retorna ao tema do trabalho, perguntando se foi no ano de 2020 que Solana começou a sofrer o assédio moral. Solana conta que começou a ter uma piora considerável da depressão, que já vinha sentindo: “Eu tava, assim, só com uma medicação para dormir e mais nada”. Segundo contou, estava muito bem da depressão e até trabalhando. Ela relata que, então, “eu comecei a sofrer assédio moral no trabalho e isso começou a me piorar muito. Eu comecei a não aguentar, mesmo com psiquiatra me acompanhando”. Ela conta que seu médico foi aumentando as medicações até que, “foi a gota d’água”. Ela detalha:

Eu recebi um telefonema, dizendo que eu era uma imprestável, uma incompetente, que eu não deveria existir. Que eu vivia triste, que fazia mal à equipe, que eu não deveria nem existir e que eu só fazia mal às pessoas que chegavam perto de mim. E foi assim que eu fui demitida. E isso acabou comigo mentalmente.

Solana diz que começou a pensar em suicídio e a ouvir “essas palavras de que não deveria existir”. E continua: “Eu comecei a pensar em dar um tiro na minha cabeça. Comecei a pensar em suicídio direto. Ainda bem que eu estava em casa, porque se eu tivesse na rua eu teria feito uma besteira. E aí eu fui demitida”. Lembra que foi assim que sua medicação foi triplicada pelo psiquiatra, e também foi sugerida uma internação. Ela diz: “Eu nunca havia ficado nesse estado”. Talíria responde: “Mas isso foi o que disseram para você”. A psicóloga usa uma expressão que ouvira algumas vezes de pacientes, quando se referiam a situações tão difíceis como esta. Solana desabafa: “Eu absorvi. A minha psicóloga, inclusive, quando eu fazia plano, disse na época: *Fala, fala, não absorve!* Eu nunca disse um não”. Talíria questiona: “Por que não?” A paciente responde: “Porque não, eu tenho o que fazer. Eu trabalhei a pandemia inteira, perdendo pessoas, sabe? E de repente, por um problema de saúde mental de quem estava me chefiando, porque eu acho que o problema de saúde mental era dessa pessoa”. Talíria comenta: “Você assumiu tudo”. E a paciente concorda.

Em relação ao diagnóstico de estresse pós-traumático, Solana lembra que assim foi diagnosticada por ocasião da morte de sua filha. Ela diz: “Vivia um inferno dentro daquele hospital”. Foi quando eles falaram pra mim: “*Até que ela viveu muito*. Eu ouvi coisas terríveis ali”. Segundo Solana, a equipe médica lhe disse coisas que ficaram marcadas, se referindo a sua filha, como “*eles nem vivem muito, mas eles nem vivem muito*”. Foi assim que ela ficou na CTI, penteando, vestindo. Disse que uma semana após o falecimento, teve um surto, tomando um banho e falou: “*Vou lá buscar ela*”. Foi então

encaminhada para internação no hospital psiquiátrico. Ela resume o que passou desde então: “E eu passei três anos, tendo pequenos lapsos de insanidade. Às vezes, acordava, *tá chovendo, eu tenho que ir lá, eu tenho que ir lá*”. Segundo ela, só conseguiu “se curar”, quando tirou a filha de lá, quando exumou, cremou, e levou as cinzas para um lugar de sua religião. Ela diz: “Tá guardado lá. Era como se aquilo tivesse me curado. Ela não tava mais naquele buraco. No ano passado que teve uma situação idiota da minha chefe, que eu tomei trauma, o cachorrinho tava passando mal, ela falou *ah, já tô indo buscar*. Eu fiquei esperando ela o dia inteiro, mas o cachorro morreu. E aí eu voltei praquilo tudo”. E conclui: “Foi daí que eu fui diagnosticada com transtorno de estresse pós-traumático, por essa situação. Eu nem sabia que eu tinha isso. A partir daí, sim, teve esse episódio, eu comecei o remédio e fiquei bem com a terapia”.

### 3.15.3.9 Narrativa 9: Recepção de Silvia

**“Eu fazia o tratamento, mas eu tomei um trauma do psiquiatra.”**

[Silvia, usuária]

Recebemos Silvia num encontro de recepção. Em dia anterior dessa mesma semana, Clarissa, a assistente social, chamara a minha atenção para esse caso, já que possivelmente seria de meu interesse. Como eu costumava estar presente na recepção, às sextas-feiras, pude ouvir um pouco do que aconteceu com essa senhora, que acabara de chegar ao ambulatório. Silvia começa seu relato para os outros pacientes e a equipe de saúde mental: “Que que acontece? De quatro meses pra cá, eu tinha reformado o quarto do meu filho, pra dormir no quarto dele, entendeu? Porque naquele período, ele não me reconhecia mais como mãe. Ele sempre foi um filho nota mil, mas de repente, passou a não me reconhecer e começou a falar assim pra mim: *Eu vou te matar, eu vou te enterrar, não sei o quê*. Ele tomou trauma de mim”.

A paciente conta que este período foi muito difícil, mas que “foi recuperado, passou”. Ela retoma a narrativa. De quatro meses para cá, começou simplesmente a ter medo de que a porta do elevador abrisse e o encontrasse: “É um medo de alguém entrar dentro de casa e me matar. Tudo que acontecia era medo, medo, medo”. Ela conta que ficou pedindo socorro dentro de casa e que, quando seu marido não estava em casa, “não se sentia segura”. Ela confessa, enquanto chora efusivamente: “Está sendo muito difícil,



muito complicado pra mim, entendeu?” A paciente acrescenta que pediu na portaria para que não deixasse ninguém entrar no prédio, pedindo inclusive para “trancar a porta”. E detalha: “Eu fico dentro do meu quarto. Não quero ouvir voz, eu não quero ninguém perto de mim. Eu quero silêncio o tempo todo. E há meses”. Ela dá alguns exemplos: “Quando o telefone toca, aquele barulho parece que toca dentro de mim”. Silvia descreve esses detalhes, enquanto continua a chorar: “É tão difícil, é tão difícil, que, às vezes, eu penso em ir na cozinha e pegar uma faca para me matar”.

Questionada pela assistente social se algo acontecera recentemente, a paciente dá mais detalhes: “Eu não posso dizer que foi isso. Mas eu tenho uma amiga, que eu conheço há muito tempo, e que é psicóloga”. Conta que essa amiga começou a trabalhar e que lhe dava “muita atenção”, que telefonava, conversava com ela, etc., até que, em dado momento, lhe disse assim: “Silvia, eu não vou poder ficar mais com você como antes”. A paciente diz: “Eu comecei a sentir muita falta, às vezes, em casa, e aquele vazio. Mas o medo que eu tô está sendo terrível. Medo dentro de casa!” Lembra, por exemplo, de um dia em que seu marido apenas falou “*Silvia*”, chamando-a pelo nome, e ela saiu gritando. Ela confessa: “Não é uma coisa de uma pessoa normal. E eu estou assim sem saber o que faço. Eu não consigo nem ir na lixeira para jogar o lixo fora. Às vezes, eu falo para mim mesma: *Bom, eu vou lá no centro, vou no mercado*. E quando chego na porta do prédio, volto pra casa correndo. Nesse dia, eu tava com medo de alguém vir e me matar na rua. E isso está simplesmente acabando comigo”.

Quando questionada novamente de quando isso começou a acontecer, Silvia diz que não tem certeza se tem relação com coisas que aconteceram no passado. A psicóloga Fátima pergunta: “Passado, quando a senhora se refere, é o passado com o seu filho?” A paciente responde: “Exatamente. É esse medo que eu nunca tive. Eu nunca tive esse medo todo desse jeito”. Silvia acrescenta que há muito tempo atrás, chegou a ter acompanhamento psiquiátrico. Nesse período, lembra que, já nessa época, era “muito medrosa e agitada. Neste tempo, qualquer coisa que falavam comigo, eu ficava revoltada e já era motivo para quebrar tudo”. Nessa época, Silvia estava com aproximadamente 25 anos. Hoje está com 61. Além de outros detalhes, comenta sobre o motivo de ter finalizado o tratamento: “Eu fazia o tratamento, mas eu tomei um trauma do psiquiatra. Ele me incomodava. Me colocava sentada e eu ficava muito irritada. E de onde vem isso de irritada? Tudo vem do tempo que eu fiquei sabendo que eu era adotiva”.

Em relação ao seu histórico mais precoce, ela explica melhor sua condição de adotiva: “Eu fiquei sabendo, quando eu tinha mais ou menos 10 anos, que eu era adotiva”.

Recorda que soube por acaso e, a partir de então, “começou” a sua vida: “Eu nunca fui uma pessoa normal, sabe? Alegre e feliz”. Em relação à sua infância, ela diz: “Eu nunca tive família, família mesmo, de pai e mãe, vó. Eu nunca tive. E se você me perguntar *você é feliz?*, eu vou dizer que sim, porque eu tenho um Deus que cuida de mim. Eu sou muito apegada a Deus. Mas eu nunca fui feliz”.

Por último, Silvia fala dos remédios que vem tomando, incluindo alguns psiquiátricos, além de outros tratamentos para a saúde física em geral. Cita como exemplo o tratamento para o fígado: “Eu tenho um médico particular para o fígado. Ele me passa esse remédio, mas eu não consigo dormir com ele. Então, eu tô sem dormir, porque eu simplesmente tenho medo de eu estar dormindo e alguém vir e me atacar”. Ela reforça o que já havia dito a todos: “E é a primeira vez que isso está acontecendo. Esse médico trata da esteatose hepática do fígado, mas que está sendo tratada”. Fala mais sobre sua saúde: “Quando à tireoide, eu também já tenho um trauma. A tireoide também tem trauma. Eu fiquei quatro anos e meio sem enxergar pelas circunstâncias da vida. Entendeu?” E conclui: “Então, tudo isso vai juntando nesse momento, e eu só queria tirar esse medo que eu tô. Pelo amor de Deus!” E a paciente chora.

### **3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática**

#### **3.15.4.1 Caso 1: Lorena**

Meu primeiro contato com este caso foi numa reunião de equipe, quando a psicóloga Joana, responsável pelo caso, trouxe-o para discussão. Recebera recentemente a paciente, tendo transcorrido apenas uma semana desde a primeira consulta. Devido ao histórico da paciente e ao seu quadro clínico, Joana e Glauco (psiquiatra incluído no acompanhamento) decidiram não postergar a discussão coletiva, para uma melhor condução do caso. Desde o início, chamou a minha atenção o estado de aguda preocupação demonstrado pela colega. Como exemplos de pontos importantes a serem compartilhados, ela informou que Lorena tentara suicidar-se algumas vezes e que, além de ter uma relação bastante conflituosa com a mãe, alcólatra, sofrera abuso sexual em duas situações. Na primeira delas, com a idade de apenas 12 anos, perdera a virgindade. A segunda vez ocorrera há cerca de três anos, quando Lorena já cursava a faculdade. Ficou evidente que a urgência em pautar o caso tinha relação direta com alguns fatos deflagradores, ocorridos, naquela semana, na instituição. Joana diz à equipe:

A Lorena apareceu muito nervosa. Antes, ela havia ido na consulta com a pediatra, e o filho dela estava abaixo do peso. Estava na “zona preta”. Isso deixou ela muito nervosa (...). Ela tem um quadro de história de depressão muito grave e já fez algumas tentativas de suicídio, teve muita dificuldade de se adaptar a uma medicação (...) e diz que vive pelo filho, que o filho é a vida dela.

As orientações dadas pela pediatra, por seu conteúdo e provavelmente também pela forma, produziram na paciente uma reação que preocupava a psicóloga. “A paciente ficou muito assustada”, diz Joana. Ela resume: “Aconteceu quando essa médica, parece, falou que a Lorena estava agindo com descaso (...) porque parece que ela só dá o leite, só amamenta”. Ela disse que se alguma coisa acontecesse com a criança, não teria mais motivo para viver e que se mataria. Ainda segundo Joana, a paciente, foi então encaminhada ao setor da saúde mental, mas não conseguiu ficar na sala de atendimento, uma vez que ali se encontrava o psiquiatra Glauco.

Como comumente acontecia, diversas questões surgiram. Perguntou-se, por exemplo, sobre os vínculos da paciente com o seu território, como o posto do “médico de família”. Questionou-se se não seria possível encaminhá-la para outra médica pediatra, na mesma instituição. Uma colega psicóloga respondeu que não deveriam ser apressados. Somou-se o comentário de outra, que disse que “a gente nunca vai saber o que a médica realmente falou com ela”, colocando sob suspeita a versão da paciente. Parecendo estar em sintonia com esta observação, uma colega acrescentou que “a gente não deve pautar a nossa conduta e o cuidado, dependendo se a médica irá ou não ser gentil com ela”. E lembra que, “se a médica fala assim com ela, é que a médica toca em alguma questão dela” – isto é, da paciente – “o que faz com que ela aja e reaja assim nessa situação”. E finaliza: “A gente sabe que a maternidade mobiliza muita coisa e é comum que coloque a mãe num certo lugar de insuficiência”.

Chamamos atenção aqui para o rumo tomado pela discussão, especialmente a partir da intervenção do psiquiatra Glauco. Sua fala chamou minha atenção, porque Glauco raramente se dirigia aos seus colegas da forma como estava fazendo naquele momento. Pareceu-me que, tendo em vista os detalhes de argumentação, tinha a clara intenção de incluir – e talvez corrigir alguns deles! - pontos que não estavam sendo colocados e valorizados até então. Glauco se coloca nestes termos:

Não, na verdade é bem mais grave que isso, gente. Quando a Joana me trouxe esse caso, parecia ser uma coisa simples, mas aí eu consegui descobrir coisas muito graves. E eu acho que a maior motivação da gente estar discutindo em equipe é a gravidade mesmo, pra criança e pra mãe. Numa avaliação muito rápida: ela sofreu violência sexual na adolescência.

Na fala de Glauco podemos assinalar: “Ela sofreu violência sexual na adolescência”. Não era, para ele, uma informação a mais. Ainda que infelizmente tal “informação” fosse parte, também, de inúmeros casos, de grande parte dos casos que ali chegavam no ambulatório, naquele caso, para Glauco não era. Devia ser valorizada a “informação”, isto é, o fato de que a paciente passara por esta situação difícil de ser imaginada, sentida, de maneira empática, e relacionada com o quadro “atual” da paciente. Glauco continua:

Então, é um TEPT, é um estresse pós-traumático. Ela tem vários sintomas de estresse pós-traumático. Ela tem evitação, então essa questão de eu ser homem é porque essa violência sexual foi com um vizinho. Sexo masculino. Quando ela conseguiu conversar comigo num ambiente mais protegido, quando a Lívia tava, ela fez uma transferência muito rápida com a Lívia. A Lívia inclusive ficou segurando o bebê enquanto ela tava comigo e ficou tranquila. Ela começou a relatar.

Nesta fala de Glauco, chamamos atenção para o efeito positivo que teve a presença de Lívia, que era a AD da equipe. Chamamos atenção para o efeito positivo que teve para a paciente, porque, devido à presença feminina na sala, provavelmente se sentiu mais segura para contar ao psiquiatra o que lhe ocorrera. Ele prossegue:

Na verdade, ela é uma paciente que tem o estresse pós-traumático, ela tem *flashback* do evento. Ela sofreu duas violências, uma foi com penetração e a outra foi uma tentativa com ela mais velha que não foi concretizada. E hoje o episódio atual dela é uma depressão gravíssima. Ela tá em risco de suicídio. E tem essa descoberta que a criança tá perdendo peso. Ela mostrou o gráfico na cadernetinha e na curva, assim, perímetro encefálico tá normal, a criança tá crescendo bem em todos os sentidos. Agora, tá perdendo peso. Só que, assim, o que eu acho que é interessante ser discutido, e acho que tem que envolver as coordenações, é, num aspecto, eu acho que a gente tem que ter uma conversa com a pediatra direto, acho que tem que ser uma conversa multidisciplinar, agora. Acho que é urgente, porque a criança está em risco. A criança tá perdendo peso, o aleitamento tá exclusivo e a criança não está aceitando muito bem a fórmula. Eu não sei até que ponto a pediatra tá considerando o episódio depressivo e eu não caio nesse julgamento da pediatra ainda e concordo com você, Talita, sabe por quê? Ela tá tendo uma vivência depressiva muito grave. Então, pra ela o universo é catastrófico e ela catastrofiza na minha frente.

O profissional, como profissional de saúde mental, não deixa de olhar para a preocupação que provavelmente ocupou toda a percepção da pediatra. Ele considera a gravidade do quadro do recém-nascido. Por outro lado, acredita ser fundamental a dimensão do sofrimento depressivo da paciente e o quanto isto está interferindo na forma de lidar com as difíceis questões de sua vida, incluindo a relação com seu filho. Lemos acima que ele dá o exemplo de quando a paciente fala de seu filho. Quando trata da questão do peso, então, a paciente fala que se “se sente uma mãe ineficaz”, e que a “a única coisa que prende ela nessa existência é o cuidado com o filho e se nem isso ela

consegue executar pra ela o mundo acabou”. É neste sentido que Glauco diz que ela “catastrofiza”, que é possível identificar em sua fala “vários núcleos de catastrofização”. Conforme a paciente foi ficando um pouco mais à vontade na consulta – na presença de Lívia, vale lembrar – a paciente começou a falar, “que a mãe é alcóolatra, que tem medo de deixar a criança no colo da mãe, porque a mãe pode deixar derrubar a criança, porque a mãe é elitista crônica”, entre outros.

Glauco acrescenta que, segundo a própria paciente, a “mãe participou do abuso dela indiretamente, porque não cuidou dela o quanto deveria na época”. E também porque “não acredita nela, que não acredita que o evento aconteceu e que ela se vitimizou mais do que aconteceu”. Em relação a isso, Glauco diz que nesse momento, a paciente começa a “catastrofizar”, vendo nisso uma gravidade muito grande, porque ela “já teve tentativas de suicídio”, e que existe um risco elevado dela tentar de novo. Ele observa que, claramente, a paciente de fato está “num episódio atual muito grave”:

Ela tá num nível, pra você ter uma ideia, do nível de TEPT e depressão, ela tá com reação de sobressalto. Se alguém entrou ali pra entrar no banheiro, a minha porta as vezes abre pra alguém acessar o banheiro, ela pula da cadeira. Ela pula da cadeira! Na hora. Pula mesmo, da cadeira. Ela tem o que a gente chama, no trauma, de reação de sobressalto ou hipervigilância. Ela fica assim, ó, olhando pra janela, olhando pra porta e qualquer ruído... a porta abre, ela pula da cadeira. A gente chama de reação de sobressalto.

“Na oportunidade que teve de conversar com a paciente, em cerca de meia hora, quarenta minutos”, o psiquiatra percebeu que “o quadro é gravíssimo”. Considerando-se que há uma criança, um “vulnerável”, perdendo peso, ele observa que se torna urgente conversar com a pediatra e que, além disso, uma vez que há a necessidade de acompanhamento medicamentoso psiquiátrico, sugere que se suspenda o aleitamento, garantindo a parte nutricional da criança. E finaliza: “Se ela não se adaptou a essa fórmula, a gente vai descobrir qual é a razão e trocar. O que não pode é ela continuar perdendo peso. Isso vai interferir no desenvolvimento dela.”

A supervisora sugere ao colega que, na próxima segunda-feira, suba diretamente ao andar da pediatra e converse com ela. Concordando, Glauco lembra que já havia sugerido isso a Joana e acrescenta, dirigindo-se diretamente a ela: “Só que a gente teve dificuldade, né, Joana, de identificar onde é, com quem é...”. Joana complementa que já esteve lá, mas a profissional da pediatria não estava. Ela havia faltado e, logo em seguida, entrado de férias. Neste rápido debate que finalizou a discussão (do dia) do caso, Talita sublinha a importância de ambos, Joana e Glauco, subirem até o andar e procurarem

conversar com ela. Talita enfatiza que é fundamental a presença do pediatra, tendo em vista a ideia da suspensão do aleitamento materno, a possibilidade de introdução da fórmula, entre outros detalhes. Fica clara a ênfase na participação do médico, a importância de que esta conversa seja de “médico para médico”. Joana, reforçando, se dirige diretamente ao seu colega: “Glauco, eu poderia conversar com você, por fora? Porque, sabe o que acontece? Eu acho importantíssimo conversar com essa médica, mas não sei se tenho argumentos técnicos suficientes para poder questionar”.

Outra supervisora opina, dirigindo-se a Joana: “Eu acho que o seu lugar não seria dos argumentos técnicos clínicos. Mas, ao contrário, o argumento da saúde mental em relação à mãe”. Ressalta, portanto, a importância de se transmitir o que a psicóloga sabe à pediatra, e do que ela havia ouvido da mãe. Ela enfatiza: “É muito importante ser transmitido, porque não necessariamente isto está claro para a pediatra”. Ou seja, não se trata de se averiguar o que a pediatra falou ou não, mas o que está ocorrendo com a paciente. Joana concorda, dizendo que acha possível se apropriar deste “lugar”. Mas complementa que se sentiria mais à vontade, caso o psiquiatra Glauco participasse.

Entre outros detalhes combinados nesta conversa, Glauco termina por lembrar com seus colegas uma conversa que já tivera com Joana. Levanta a necessidade do acompanhamento de uma médica psiquiatra da própria equipe, ou seja, sua substituição e a entrada dessa colega. Ele diz: “Porque eu não sei se a gente vai poder submeter ela a esse regime de tratamento comigo”. O psiquiatra confessa: “Eu não sei até que ponto isso pode ser agressivo, violento ou invasivo para ela”. Até o momento, Glauco só havia tido um contato com a paciente, quando foi possível mediar bem, já que, a certa altura da consulta, ela ficou à vontade. “Mas, assim”, ele ressalta, “ela tem um trauma e ela revive esse trauma”. Ele explica: “Toda a consulta tem que imaginar que a minha figura por si só é um gatilho”. Ele finaliza: “Eu não sei até que ponto, talvez, fosse necessário alguma residente começar atendendo”.

Para uma das supervisoras, seria necessário, antes, “ouvir a paciente”. Ela diz que “a gente não pode tomar uma decisão como essa sem falar com ela”. E finaliza, deixando clara a sua visão de que isso precisa passar primeiro pela paciente. “Ela mesma”, completa, “pode dizer se prefere uma mulher ou se alguma coisa funcionou com você”. E Glauco pergunta: “A priori, então, a gente não faz isso por ela. É isso?”. A supervisora responde: “Com certeza”.

Aproximadamente um mês depois, em visita presencial ao ambulatório, me vi diante de uma pletera de fontes de informações relacionadas ao caso. Conforme passavam

as semanas, ficava claro para os profissionais envolvidos a importância de Lívía, a “AD”. A AD fora fundamental, pois serviu como uma espécie de ponte entre o ambulatório e a policlínica. Este vínculo - pude testemunhar isso - era frequentemente atualizado pelos contatos feitos por essa profissional. Isto ficou claro, por exemplo, quando Lorena, em certa consulta, deixou que Lívía segurasse o seu bebê, para que ela pudesse ter uma consulta a sós com sua psicóloga. Durante estas semanas, nenhuma atualização fora trazida à reunião de equipe. Embora isto não necessariamente indicasse que o caso não era “complicado”, neste caso, era justamente do que se tratava. Isto fica evidente, por exemplo, quando Joana diz que Lorena estava “se acostumando” com Glauco. Aliás, a questão da confiança, como estamos vindo desde o início, passava de maneira central por tudo que dizia respeito ao caso. Um dos trechos de meu caderno de campo, nestas semanas, foi o seguinte:

Conversei bastante com Lívía, sempre na secretaria, em meio ao vai e vem de pacientes, deixando fichas para serem logo atendidos, entre um intervalo e outro das consultas dos profissionais. Conversamos sobre a paciente Lorena, que ela teve contato ao longo das últimas semanas, e que havia ajudado a paciente. Hoje, cheguei a ver a paciente Lorena, ali no ambulatório. A paciente estava com seu bebê no colo. Não pareceu fazer um contato muito aprofundado com Lívía, não me pareceu inclusive dirigir a palavra à Lívía, apesar de ter sido ela, conforme ouvi dizer, que a ajudou nos primeiros momentos de sua chegada na instituição.

Foi possível perceber que Lívía era o “elo de segurança” da Lorena com o ambulatório. Aliás, à esta altura, a paciente estava se “acostumando” com o psiquiatra Glauco. Vale mencionar que eu, como pesquisador, poderia me aproximar diretamente da paciente, certamente, mas isto ocorreu apenas de modo indireto. Seria complicado me aproximar da paciente justamente por estar na figura de um homem, o que remetia esta paciente comumente, como ouvi dizer, a um estado de pavor. Joana e Lívía eram comedidas, portanto, em relação às possibilidades de entrevistar Lorena. Em relação a estes pontos, transcrevo abaixo uma das passagens de meu caderno de campo, onde escrevi:

Conversei um pouco com Joana sobre a possibilidade de me aproximar do caso Lorena. Ela mesma não sabe como, pois diz que o problema dela é justamente com homem. Lívía também disse o mesmo para mim um pouco antes de Joana me dizer e também reconhecia a dificuldade pelo fato de eu ser homem, que talvez fosse diferente caso eu estivesse presente nas consultas desde a chegada da paciente. Joana claramente é da opinião de que eu deveria me aproximar do caso. Glauco também, em seguida, quando me diz que ela se encaixa no quadro clássico de TEPT, já que possui todos os sintomas.

Isto quer dizer que Joana e Lívia eram claramente a favor de minha aproximação, tal como Glauco. Só faziam a ressalva de que estivesse junto de maneira indireta, para não afetar negativamente os sintomas da paciente. Em conversa particular com Joana, ela menciona as dificuldades encontradas junto à médica, além da importância de Glauco, que fez total diferença, já que ele se responsabilizou para estar junto dela, diante da paciente, no atendimento com esta médica.

É interessante notar que, para Glauco, claramente, o quadro da paciente estava relacionado de maneira indubitável com uma sintomatologia pós-traumática. Poderíamos desde já pensar no motivo de não se ter aventado a hipótese “TEPT”, ou mesmo qualquer terminologia que apontasse para o evento, uma terminologia “pós-traumática”, em tantos outros casos, como o da paciente Melissa, que, coincidentemente, fora recebida na instituição naquele mesmo período, e que havia sido objeto de discussão em reuniões nos mesmos períodos, embora envolvesse outros profissionais na sua condução. Embora tenha sido aventada a possibilidade de “estresse pós-traumático” no caso desta paciente, conforme podemos averiguar na ficha do prontuário de Melissa, apesar do termo “trauma” ter sido mencionado na própria reunião de equipe dedicada à discussão deste caso, e apesar de uma das profissionais ter mencionado, em particular, comigo, em entrevista, este caso como sendo claramente um exemplo de “trauma”, tal terminologia não se estabilizou ao longo do tempo, na condução desta paciente. O contraste aqui é importante, é necessário ser feito, ousamos dizer, uma vez que Melissa passou pelos mesmos tipos de “eventos estressores”, isto é, passou por múltiplas situações de abuso e violência, incluindo a sexual e racismo. O que se colocou ao final, no caso de Melissa, enquanto direção clínica, foi a ideia de que deveria ser investigada sua história pregressa (não necessariamente os abusos, mas outros elementos), bem como o motivo de ela se manter nesse posicionamento “melancólico” diante dos outros, na “espera de que os outros façam algo por ela”, tornando-a um “objeto”.

No caso de Lorena, para Glauco, seus sintomas a diferenciavam, por exemplo, de pacientes como Débora, que não apresentava os chamados “*flashbacks*”, embora a paciente Glauce também “fechasse” critérios para o TEPT.<sup>1200</sup> A menção explícita a esta categoria, naquele estrito rol de discussões travadas na equipe, parecia dar um contorno

---

<sup>1200</sup> Podemos lembrar aqui de casos como o de Melissa não tratada por ele, mas por Marcele, em que não se tornou “trauma”, categoricamente falando, ao longo do curso do tratamento, mas um caso onde outros elementos foram enfatizados.



à questão da paciente Lorena, isto é, aos efeitos das diversas violências sofridas por ela. Parecia-me uma forma de dar maior precisão e seriedade à gravidade tanto dos eventos quanto dos sintomas da paciente. É neste sentido que o psiquiatra me disse que o caso de Lorena era justamente este, e que talvez, por isso mesmo, seria bem difícil eu ter acesso a ela, neste momento, ainda que estivesse mais acostumada com ele e não apresentasse quaisquer problemas. Segundo ele, sua sintomatologia de TEPT era muito clara e que ficava muito evidente que aquilo não era da sua “personalidade”, mas algo que incidiu “de fora” e que não “pertencia” a ela. Tratava-se de “algo temporário”. Em outros momentos, isso “se desfazia”. Tratava-se do mesmo fenômeno que o psiquiatra via acontecer com a paciente Glauce, que, atualmente, estava bem, tanto que Glauco não via impedimentos para eu entrevistá-la, já que estava “tranquila”.

Num dia em que teria consulta com o psiquiatra e a psicóloga, na saúde mental, Lorena falou que estava bastante apreensiva, já que, em seguida, se consultaria com a pediatra. Então, a própria diretora da policlínica desceu para o setor da saúde mental, a pedido da médica pediatra, para que ambos os profissionais da saúde mental acompanhassem Lorena. Segundo Joana, a pediatra havia dito que não iria fazer a consulta, caso eles não fossem com ela. Ela lembra: “E aí, na hora, nós subimos, conversamos, explicamos pra ela a situação, o quanto isso foi ameaçador pra ela, o quanto ela se sentiu excluída, incapacitada da sua função de mãe”. Além disso, disse que explicou à pediatra “o quanto ela já tinha passado por situações difíceis, traumáticas, e o quanto isso a deixou vulnerável”. Mas confessa: “A gente nunca vai saber de fato o que aconteceu”. E, finalizando, me disse: “Só vou saber isso na segunda-feira que vem, embora a médica pareça que entendeu que a nossa preocupação maior era com o bem-estar da Lorena e do bebê, também lógico”. Após a consulta, deixou evidente uma incerteza sobre como se deu de fato tal atendimento pediátrico. Sua esperança era a de que o atendimento que fez com a paciente naquela mesma manhã tenha de algum modo lhe ajudado, como um preparo para o momento que logo iria ocorrer.

Glauco, com opinião próxima a de sua colega, me relatou brevemente o que observou sobre a paciente. Ela parecia bem fechada durante toda a consulta. E me resumiu: “Ela não estava nada bem e receptiva hoje. (...) Foi conturbado o dia. A consulta foi difícil, apesar de termos criado um espaço possível para que acontecesse. (...). Segunda que vem, ela está lá de novo e a luta continua”.

A atualização sobre o que ocorrera com a paciente, sobre como havia transcorrido a consulta, veio até antes da segunda-feira. Na sexta-feira, na reunião de equipe do

ambulatório, a coordenadora da saúde mental atualizou o caso. Talita inclusive se dirigiu aos profissionais diretamente envolvidos: Joana, Livia e Glauco. Ela diz: “Vou dizer dessa situação que aconteceu na última quarta-feira e um pouco do que a gente fez, do que foi combinado, e acho importante a gente discutir aqui”. Lembra a todos que o caso já havia sido discutido na reunião, que já haviam discutido o caso “dessa moça, nos últimos meses, inclusive sobre o tamanho da preocupação de Joana e de Glauco, com a paciente, dada a gravidade, e de um risco iminente de suicídio”. Explica que, na última quarta-feira, erroneamente, ela e o psiquiatra Luís foram chamados para comparecerem na sala da própria diretora da policlínica. Erroneamente porque, ao que tudo indica, a diretora acreditara, até aquele momento, que se tratava de uma paciente acompanhada por este médico psiquiatra. Fato é que a paciente não era sua, seu nome fora evocado ali por engano. Tendo sido esclarecido o equívoco, segundo o relato de Talita, ela e o psiquiatra testemunharam uma cena muito complicada. Segundo Talita, se depararam com uma situação, para dizer o mínimo, inusitada, na qual a médica, esbaforida, despejava desaforos e mais desaforos dirigidos à paciente. Logo de início, as profissionais que os esperavam disseram aos colegas da saúde mental que iriam “fazer uma denúncia ao Conselho Tutelar”. Somando-se a isso, a própria pediatra explica o motivo: “A criança ainda está na curva preta do crescimento, porque agora a mãe começou a introdução alimentar por conta própria, está dando um pedaço de alimento grande e há o risco dela broncoaspirar”. O relato deixa clara a indignação, naquele momento, evidenciando também uma atmosfera de agressividade. Talita diz que ela “começa a falar, a mãe ‘é isso’, a mãe ‘é aquilo’”. Diante do que a psicóloga responde: “Ok, mas o que vocês querem com a gente? O que vocês esperam, como a gente pode ajudar?”

O rumo da conversa, naquela manhã de quarta-feira, tomou outra direção a partir da questão colocada. Em outro tom, a pediatra mantém a questão se poderia fazer uma denúncia ao Conselho Tutelar. Para a psicóloga, tecnicamente, ela teria todo o direito. Por outro lado, clinicamente, ela acredita que deveria ser tomado um grande “cuidado, porque nem sempre a entrada no Conselho Tutelar ajuda”. Aliás, muitas vezes, “é preciso um cuidado muito grande, porque, se for para o Conselho Tutelar entrar acusando essa mãe, não vai servir de absolutamente nada”. Ela diz, então, claramente que, para realmente ajudar essa mãe, a entrada do Conselho Tutelar não deveria servir para acusar, de modo que, caso a profissional decida por fazer a notificação, seria importante que a assistente social da policlínica estivesse junto. Acrescenta que tal medida talvez servisse para respaldar a médica, mas que seria falha no sentido de realmente ajudar a paciente e,

por conseguinte, a própria criança. Segundo ela, tanto ela (Talita) como seu colega Luís, abordaram a gravidade do caso para a diretora da policlínica e a pediatra, por exemplo, a questão da amamentação, para essa mãe, “não era qualquer coisa”. E tirar a “única coisa que a liga a esse bebê seria muito complicado”. Além disso, quando questionados sobre o que eles, enquanto profissionais da saúde mental, poderiam fazer, deixaram claro que o que seria possível, nas consultas com Joana e com Glauco, era “perguntarem como estava a situação”, e, de maneira branda, conversarem com ela sobre essa “recusa dela diante da tentativa de cuidado da médica, de tirar o bebê da linha preta da curva, que isso poderia gerar uma notificação junto ao Conselho Tutelar...”. No mais, teriam que ver como ela reagiria isso.

Diante dos colegas, Talita sugere pensar sobre uma “possível entrada da AD, talvez numa visita semanal à casa” da paciente. Talita diz que lembrava do psiquiatra dizer que a paciente fica “de sobressalto o tempo todo, que ela fica muito acuada, que dá salto quando escuta algum barulho”. Assim, faria “diferença” a entrada da Lívia, como um “elemento de confiança, né?”, que talvez estivesse ali com ela, se aproximando, entendendo como funciona a família, podendo talvez “inclusive participar dessa maternagem dela lá, na casa dela”. Diante da fala de Talita, Joana interfere. A psicóloga confessa ter se surpreendido, já que, na última segunda-feira, como vimos acima, ela havia chegado a conversar com a pediatra. E compartilha com os colegas a impressão de que a médica havia sido rude com a paciente: “Não sei se ela foi agressiva, autoritária, mas ela não conduziu muito bem o caso”. Talita de imediato responde: “Acho que ela foi as duas coisas: agressiva e autoritária. E me parece que ela está com muita dificuldade de manejar com uma paciente que não consente tudo que ela diz”.

Joana acrescenta que chegaram, ela e Glauco, a conversar duas vezes com a pediatra. Lembra que seu colega colocou muito bem as questões relacionadas ao cuidado com a paciente, e o grande problema relacionado à destituição dela desse lugar de provedora, enquanto mãe efetiva de seu filho. E confessa que não via a pediatra com nenhuma condição de poder se aproximar da paciente, já que não tinha “um manejo adequado num caso tão delicado”. E finaliza, perguntando o que seu colega achava. Glauco lembra que a dificuldade relacionada ao caso não era de hoje. Ele lembra de maneira bem direta: “Pra gente, nada disso é novidade”. Lembra que o caso “já chega com essa questão”: se, por um lado, o bebê possui uma questão prática, objetiva, a mãe, possui uma questão grave de saúde mental. E o paciente da pediatra é o bebê, e não a mãe. Ele continua: “Teoricamente, então, se entrar no mérito de exigir empatia no quesito

doença mental da mãe, é um além que eu acho que nem sempre a gente vai encontrar”. Mas é importante lembrar que, no raciocínio da médica, “pra quem é dessa área”, o estado atual do bebê é claramente grave”. E isso mostra que algum tipo de cuidado poderia estar insuficiente. Por outro lado, ele diz: “A mãe tem um transtorno mental grave, tem um estresse pós-traumático gravíssimo, uma ideação suicida, episódios depressivos intensos, enfim, tudo o que a gente já falou”. A despeito disso, diz que isso não muda a prioridade da criança, e talvez a gente tenha que realmente abrir uma certa escuta para a pediatra, por conta deste risco. O ponto importante, segundo ele, o principal que estava acontecendo era o seguinte: “É a forma como a pediatra coloca, que não tem esse trato para passar as informações. Ficou um conflito tremendo ali na clínica”. Ele lembra que testemunhou, em dada ocasião, que a pediatra não parecia estar falando de uma paciente: “Ela estava parecendo um desafeto, entendeu?” Ele dá exemplos: “Olha, nessa sala eu não vou atender, hein Glauco!?”; “Eu só atendo na presença do psiquiatra dela!” Glauco confessa o seu pensamento no momento: “Caramba, que situação!” E concluiu que não poderia ficar de mediador de uma briga entre a médica e a paciente.

Em dado momento, uma das supervisoras lembra Joana de que esse será sempre o lugar dela, enquanto psicóloga, mas que, por outro lado, o “lugar da pediatra será sempre o lugar dela”. E continua: “Existe o pediatra mais aberto às questões da maternidade, mas também outros com mais dificuldade. Mas ainda assim, mesmo os mais abertos, trata-se de uma questão de empatia, de um certo respeito a esse lugar da diferença”. E continua: “Se a gente não consegue ver com outros olhos, automaticamente conclui que esses outros especialistas, não têm condições. E eu acho que é a gente que precisa entender *que bom que a Lorena e o filho estão sendo acompanhados por profissionais diferentes!*” - conclui. Para a supervisora clínica da equipe de saúde mental, estava sendo colocada uma ênfase demasiada sobre a pediatra. Para ela, tratava-se de um “conteúdo bom”, embora não de uma “forma adequada”. Ela diz: “Mesmo que de maneira enlouquecidamente preocupada, existe a parte boa desta história”. E prossegue: “E que bom que a Lorena tem dois profissionais”. Por fim, reforça a orientação de Talita para a aproximação da AD. A supervisora observa: “É claro que a pediatra está enlouquecidamente preocupada com o bebê”. E que eles deveriam estar ali também para ajudá-la a não estragar tudo. E finaliza lembrando a sugestão anterior, no início da discussão, da outra supervisora, que lembrou da importância da “entrada da AD” no caso.

Joana responde: “A Lívia já faz parte do acompanhamento dos cuidados com a Lorena”, como vimos desde o início. Segundo Joana, tal aproximação já estava

acontecendo há várias semanas. A rigor, a participação da AD havia começado logo no início. Joana reforça que se tratava de uma pessoa que não estava mostrando condições de manejar adequadamente este caso. E a supervisora mantém o questionamento: “Mas, então, as VDs já acontecem?”. Desta vez, a própria “AD”, Lívia, responde: “Não. A gente estava com a hipótese das VDs, mas ainda não tinha entrado. Como ela estava com esse quadro todo, meio assustada, a gente estava tentando vincular ela”. E acrescenta: “O atendimento tava muito difícil, por conta dela estar o tempo todo junto da criança”. Acrescenta: “Eu já liguei algumas vezes pra ela, por telefone, para saber como estava, mas a VD na casa dela ainda não aconteceu”. Em relação a esse assunto, Glauco lembra que “quem for botar a mão aí, até essa chegada da Lívia pode ser complicada”, pois “ela pode estar entendendo que é uma supervisão do cuidado dela, que está faltando de alguma forma. De modo que pense: *Por que a Lívia está chegando aqui em casa pra me visitar?* - já que ela tem isso com todo mundo”.

Glauco lembra que ela fez exatamente isso com a pediatra, tendo sido “isso que criou esse desdobramento”. No primeiro momento, a paciente havia feito também com o Glauco, pelo fato específico de ele ser homem, além de ser um “homem estranho para ela”. Aos poucos, no entanto, foi se “adaptando à gente”, até que “relaxou, se adaptou ali com a gente”. O psiquiatra acrescenta a importância da AD: “Em particular a Lívia, foi excelente nesse primeiro contato. Eu achei incrível que ela conseguiu pegar o bebê no colo. Para a Lorena, isso é uma coisa de outro mundo. É que vocês não têm ideia...”. Glauco estava querendo dizer que era claramente notado, por diversas vezes, o fato de a paciente estar sempre segurando o bebê e que, “olhando para ela, é como se ela estivesse segurando uma jarra de vidro. Ela fica olhando pra criança, fica checando a fralda da criança, fica passando a mão na boca dela”. E conclui: “É uma coisa meio obsessiva. E isso tem a ver com as questões dela”.

Uma das psicólogas da equipe, Bárbara, que ainda não havia se manifestado, se dirige aos colegas responsáveis pelo caso: “Acho que vocês têm que pensar no caso de uma psicose puerperal, né?” De imediato, o psiquiatra Glauco responde: “Não é psicose não, Bárbara.” Ela argumenta: “Será que não é uma psicose puerperal? Porque para ser uma psicose puerperal, não precisa ter traço psicótico anterior”. Glauco rebate: “Eu não vejo nada que indique isso. Ela tem vários traços clássicos para mim, vários sintomas clássicos de TEPT, por causa do estupro”. E enfatiza: “Vários, vários”. E complementa: “Mas assim, muito clássico, de livro, mesmo”. E mais: “E ela está atualmente num

episódio depressivo, com, talvez, um delírio de ruína, de que nada vai dar certo, que não é nada de psicose delirante, *estão me perseguindo*, uma psicose solta”.

Chegara, finalmente, a esperada segunda-feira, em que Glauco e Joana, uma semana antes, esperavam saber o que aconteceu na consulta com a pediatra. Ainda que tenham tomado conhecimento do que ocorreu, a partir da reunião de equipe, ainda restava ouvir a própria paciente, sobre como ficou, como estava, sobre como reagira, enfim, às repercussões da última semana. Mas a paciente faltou. Joana, que também não foi neste dia, por suspeita de Covid, não chegara a desmarcar com a paciente, na esperança de que ela fosse ao ambulatório ao menos para a consulta com Glauco e para conversar também com Lívia. Para Lívia, faltar a essa consulta significava, em seus termos, o sinal de um “basta”, de uma “barreira” que colocara com a policlínica como um todo. Ela diz: “É justamente o que eu estava falando, ela não veio por conta disso, porque normalmente ela vem umas 11 horas. Eu tentei falar com ela na sexta-feira, liguei pra ela duas vezes e ela não me atendeu.”. A policlínica passara a representar um sinal de perigo. Lívia aponta, em tom de indignação, que “falta amor” para muitos dos profissionais de saúde, em geral. Ela compara com os profissionais da saúde mental, dizendo:

É porque esse pessoal aqui do posto são meio desumanos pra algumas coisas. (...) Eles fazem meio que descaso. O nosso trabalho aqui não é tudo por amor, lógico que não. Quando você trabalha com o cuidado do próximo, você tem que ter compaixão, amor, independente da educação, de qualquer coisa. E eles não tem. E eles só usam quando eles acham que tem que usar.

Sua visão era que devia existir um treinamento, “nem que fosse quinzenalmente”, um treinamento de saúde mental ofertado aos outros profissionais da policlínica. Glauco, em sintonia com ela, também analisa, dizendo que a falta à consulta de hoje era uma “reação” à consulta da semana anterior com a pediatra. Concordando com sua colega, ele complementa: “Ela botou tudo num saco só: *Eu não fui assistida. Ponto*”.

Lívia manifesta preocupação com o que pode acontecer com a paciente: “Ela já tem intenção suicida e só não faz por conta do neném. Chegando alguma notificação, alguma coisa referente à criança, você acha que ela vai se comportar bem nisso?” Glauco é enfático: “Não, não vai”. E lembra que a “gente”, enquanto “saúde mental”, é a parte que não controla. “A gente só vai acolher o desastre”. Ele explica: “Depois que tudo isso acontecer, a notícia chegar, se o negócio for sério, vai cair aqui de novo. E a gente vai ter que começar do zero”. Também reforça que a questão da “saúde mental” para esta pediatra era como uma “nota de rodapé” em sua prática clínica. Lívia lembra que eles, da

“saúde mental, não deveriam perder tempo ensinando nada pra ninguém, porque isso já deveria ter acontecido na própria formação. Um pouco de saúde mental para você poder lidar com as outras coisas”. E complementa: “Mas é tipo, não é possível.” Daí sugeriu que “tinha que ter uma palestra, nem que fosse de quinze em quinze dias, com profissionais da saúde mental, para dar um choque de realidade nessas pessoas sobre como lidar com algumas situações”. Observa a diferença nos atendimentos realizados pelos profissionais da saúde mental e pelo restante da *saúde*: “Se é uma relação em que se a gente parar, como é que a policlínica fica? Ela pode se dar ao luxo de não querer atender? E se alguém agitar, fizer uma bobagem aqui? Eu posso dizer *não atendo gente alterada?*” Ora, não existe isso de não querer atender! Imagina se eu não quisesse, de repente, mais atender a Augusta por mal comportamento!?”

No final desta semana, ainda não tínhamos notícias da paciente, sobre como ela havia ficado deste então. Neste dia, Lívia me disse que tentaria contato telefônico com a paciente para saber como estava. Esta espera de alguns dias era um sinal de respeito ao afastamento da paciente, conforme acordo entre Joana e Lívia, pensando que era “melhor a gente dar esse tempo para ela”.

Afinal, na segunda-feira, Lívia me contou como foi o encontro com Lorena, ocorrido na semana anterior. Ele se deu após um telefonema de Lorena, que pediu desculpas e acertou que as duas poderiam se encontrar naquele mesmo dia. Lívia me deu mais detalhes: “Quando eu fui lá na casa dela, pela primeira vez, ela não estava. Ela me ligou, eu fui lá novamente. Aí eu fui e falei, acho, com a vó dela, que me disse: *Não, ela não está aqui. Não sei se ela vai retornar*”. A paciente estava num bar, num lugar que, naquela altura, poderíamos ver como “mais seguro” que a instituição onde estava sendo atendida. Era um bar simples, de esquina. Lorena estava sentada com sua mãe, seu filho e o marido, que saíra pouco antes de Lívia chegar. Enquanto as duas conversavam, o bebê ficou no colo da avó, algo incomum, como sabemos. Então, a paciente contou um pouco mais da sua história para Lívia, especialmente sobre sua relação com a mãe: “Ela falou que não se dá muito bem com a mãe, e ela nunca deixa o filho com ela porque a mãe é alcoólatra. E assim, bêbada, alcoolizada, ela tem medo de deixar ele cair”. Lívia lembra que, neste dia, entretanto, ela deixou-a pegar o garotinho. E nesse dia, como era importante, ela se esforçou para não beber”. O vício da mãe afetou Lorena desde a mais tenra idade. Era ainda bebê quando, certa vez, sua avó notou que ela estava desmaiada. O exame médico revelou que o desmaio fora provocado pela ingestão de álcool, através da amamentação. Quando questionada pelo médico sobre qual seria a sua escolha,

amamentar ou continuar com o vício da bebida, a mãe escolheu o vício, fato que a marcou desde então, conforme Livia me contou: “E aí o médico pergunta se a mãe prefere parar de beber, ou passar um suplemento pra Lorena tomar. E aí nesse dia ela começa a tomar, ao invés de beber. E aí já começa a criar os conflitos dela desde esse momento”.

Segundo Lorena, a mãe, naquele período, bebia cerca de trinta latinhas por dia, de modo que sua desconfiança não era, de modo algum, sem motivo real, além do que sua insegurança se atualizava. Neste encontro, Lorena compartilhou algumas de suas angústias e pensamentos. Quando andava na rua, por exemplo, era comum que perguntasse a si mesma o porquê de não conseguir ser uma mãe como as outras. Livia me diz: “Ela vê as outras mães sendo mães e ela não consegue ser mãe. Ela fala que acha que não é importante.” Reclama também com Livia de si mesma, por não conseguir ser como os outros, por não conseguir melhorar, apesar dos longos anos de tratamento. Livia me diz, agora, como se fosse a paciente: “É porque eu faço tratamento há anos, mas eu não consigo melhorar, eu não vejo melhora. Então não vai adiantar...”. Ela lembra da resposta dada à Lorena.

Aí eu fui e falei pra ela, que não seria no primeiro atendimento que ela iria melhorar logo, ela iria se abrir um pouquinho, que iria fazer e as coisas iam se resolver. Ia demorar um tempo. Ela teria que dar um passo de cada vez. Ela foi e viu, mas você não quer deixar a gente tentar fazer isso. As coisas não vão resolver de uma hora pra outra. Por isso a gente não desistiu de você.

Lorena também contou a Livia que passava a maior parte do tempo no apartamento da mãe, mas trancada no quarto, e que estava sendo bom estar ali, naquele bar, naquele dia, pois estava gostando de ver as pessoas e, principalmente, o verde. Livia perguntou o que ela gostaria de fazer. Lorena disse que não gosta de ir ao shopping e que, embora goste de praia, não gosta muito, pois normalmente “é cheio”. Livia pergunta se ela gostaria de ir no final da tarde. Lorena respondeu: “Eu topo”. Lorena acrescentou que gostava de fazer trilhas, embora nos últimos tempos estivesse se privando de tudo. Questionada sobre o motivo, explicou que, por causa dos cuidados com seu bebê, não fazia mais nada, diferentemente de seu marido, que continuava a fazer as suas coisas. Ficou surpresa e, aparentemente, feliz por Livia ter se oferecido a acompanhá-la nas trilhas. Talvez acostumada mais à frustração do que com a satisfação, tratou logo de falar que sua maior preocupação era quanto à possibilidade de, durante a trilha, contemplar a paisagem, começar a “pensar nas coisas de sua vida e acabar fazendo alguma besteira”.



Neste encontro, Lorena relatou também que se deparou com o último homem que abusou dela, andando na rua. Disse que, como estava sozinha, ela se assustou, ficou desesperada e não soube o que fazer:

Ele passou com roupa de academia, que ela falou, junto com uma mulher, e quando ela viu ele e ele viu ela, ficou olhando pra cara dela tipo debochando. Não sei se isso aconteceu mesmo ou só se ela bateu de frente com ele e isso foi tipo só uma perseguição dela com a pessoa. Aí ela falou e ficou meio que desesperada, porque ela tava sozinha e meio que não soube o que fazer. Aí ela foi pra casa correndo. Ficou bem assustada.

Em relação ao tratamento na policlínica, confessou que achava que Glauco não gostava dela. Em relação a isso, Lívia rebateu, explicando e lembrando-lhe que todos da equipe estavam preocupados com ela e que, inclusive, a escolha do Glauco para ser o seu psiquiatra não havia sido casual. Segundo Lívia, Lorena falou que Glauco não gostava dela, “porque ele falou pra mim é que eu sou complicada e ele fica insistindo pra eu dar o suplemento pro meu filho”. Lívia explicou, entre outras coisas, que a escolha de Glauco como seu psiquiatra havia sido feita tendo em vista ele ser pai e de sua esposa trabalhar na área de puericultura. A AD disse que a escolha, portanto, foi pensando “justamente nisso, porque ele tem uma esposa com um neném, a esposa dele é obstetra, então ele tem um neném pequeno, então ele sabe do assunto do que as outras pessoas”. De todo modo, acrescentou que está em aberto, já que “outro psiquiatra pode te atender”, Lívia ainda reforçou: “Se isso for um incômodo, isso ainda pode ser mudado”.

Em relação à psicóloga, Lorena diz que gosta, embora esteja de fato fugindo do tratamento atualmente. Para Lívia, em resumo, o encontro foi bem positivo. Ainda de acordo com Lívia, ao final, Lorena chorou. Então, Lívia segurou o bebê para que Lorena tivesse um pouco mais de espaço e pudesse desfrutar um pouco mais do alívio.

Esta conversa entre mim e Lívia se deu num momento em que havia pouco movimento na secretaria do ambulatório. A psicóloga Bárbara, tendo testemunhado a maior parte da conversa, ali mesmo, comentou: “Agora, é muito engraçado, essa pessoa, o profissional não gostar dela, porque chamou ela de complicada. Seria estranho dizer que ela é um caso facinho, né?” Lívia explica-lhe que, na verdade, aquela paciente tinha algumas sutilezas, e que “seria um caso delicado”. Ela coloca o seguinte para a colega: “É que, de repente, por ser um caso mais delicado, ela estava chegando, meio com medo, a gente ainda está tentando criar um vínculo para ela poder fixar no serviço”. E complementa: “Eu acho que essa palavra não deveria ser usada nesse momento. Porque se a pessoa está chegando, a gente está tentando criar um vínculo”. Bárbara retrucou,

mantendo sua interpretação da paciente: “Sabe o que eu acho? Eu acho que ela ia se agarrar em qualquer coisa que ele falasse. Qualquer coisa que ele dissesse, ela ia se agarrar. Isso não tem a ver com o que ele disse. Tem a ver com a posição dela na vida. Ele pode inclusive não ter dito isso”.

Passou um mês. Não houve muitas notícias a respeito, salvo algumas, pontuais, sempre referentes às dificuldades do caso e à cronicidade daqueles sintomas e dificuldades da paciente já apontados. Se temos alguma novidade, neste momento, é que algumas mudanças na equipe estão ocorrendo, entre elas a da aposentadoria da psicóloga Joana, responsável pelo caso da Lorena. Além disso, a questão da paciente com o psiquiatra Glauco se solidifica, de modo que ela passa a ser acompanhada por uma psiquiatra mulher, Manuela, mais jovem, residente em psiquiatria na equipe. Em conversa comigo, Manuela me relatou suas impressões de sua primeira consulta, que havia ocorrido bem recentemente. Ela me diz que Lorena caiu de paraquedas para a primeira consulta, porque estava sem receita de clonazepam. Manuela contou que, já neste primeiro encontro, percebeu que o caso era “bem pesado”, que não havia entrado “em muitos detalhes dos abusos”. Como era a primeira vez, perguntou coisas gerais da vida, “pra conhecer um pouco ela”. Mas a própria paciente entrou nos detalhes desse último abuso, quando tinha uns *17 anos, se não me engano*, e foi *depois desse abuso que isso tudo começou*, e que *entrou numa depressão profunda*.

A psiquiatra percebeu que havia um comportamento na paciente de querer dirigir o tratamento, ao mesmo tempo muito desconfiada, com o “pé atrás”. Ela reparou que Lorena estava muito resistente a ela: “Eu não sei de que ordem é isso, de não confiar, de não conhecer, enfim”. Complementa que não sabia “descrever a postura dela, mas é um pouco assim meio que desafiadora em certo sentido e meio que querendo escolher o tratamento dela”. Ressalta que era muito assustada com tudo: pessoas, barulho. Ela resume: “A primeira impressão foi essa, meio com um pé atrás. Percebo que os barulhos são muito difíceis pra ela, tipo porta batendo, porta que abre, ela tá assim e ela faz assim na hora. É demais. É tipo um susto mesmo”. Ouvindo nossa conversa, o secretário do ambulatório entra de repente e fala: “Ah, eu já dei um susto nela uma vez. Fui abrir a porta para falar uma coisa e ela [imitando alguém assustado], segurou o filho e eu: *que isso gente?*” E finaliza: “Não sabia, tinha que pegar um negócio lá dentro”.

A psiquiatra Manuela me diz que basicamente foi isso, em clima de tensão, o que ocorreu na primeira consulta. Acrescenta que, num momento posterior, foi relativamente mais tranquilo, quando então Lorena conseguiu falar de mais coisas, de como vinha se

sentindo: “Ela tá muito mal, pra ela isso tá muito difícil. Ela fala dessa dificuldade, porque ela trabalhava, ela era super ativa. E que ela tá com medo, que ela não tá conseguindo ficar perto das pessoas”. E que tudo começou depois desse segundo abuso, aos 17 anos. Depois, tudo piorou, inclusive a depressão muito profunda. Manuela diz que achou tudo muito pesado e que ela se cobra, tendo passado três anos desde esse abuso, por não ter se recuperado ainda. Além dessa cobrança interna, a família a julga, tem preconceito, recriminando-a por “ter dado chance”. Segundo a jovem psiquiatra, Lorena fala bastante da família, diz que a chamam de “fraca”. Antes de ter o filho, de ficar grávida, Lorena contou que fazia o tratamento em outro instituto de psiquiatria. Mas com a gestação, teve que interrompê-lo. Embora tenha ficado bem por um tempo, depois tudo veio à tona de novo. E com maior gravidade. Relata que Lorena tem sentido muito medo, não conseguindo andar de ônibus, andar em qualquer lugar onde haja muitas pessoas. Diz que não é tanto “lugar fechado”, mas lugar com “pessoas”. Manuela finaliza: “Ela basicamente não confia em muita gente”.

#### **3.15.4.2 Caso 2: Renato**

Quando eu o entrevistei, Renato era paciente do ambulatório há pouco mais de um ano. Foi “identificado” como um potencial entrevistado para a nossa pesquisa pelas duas psicólogas que o acompanharam até aquele momento. Primeiramente por Joana, que o recebeu na sua chegada ao ambulatório e o acompanhou até se aposentar. Fora também lembrado por Fátima, que, assim que o recebeu como seu novo paciente (transferido para ela, após a aposentadoria de Joana), lembrou-se de mim e, portanto, da pesquisa. Fátima me conta que, desde o primeiro encontro com o paciente, comentou com ele sobre a pesquisa que estava em curso no ambulatório. Foi neste sentido que, numa de nossas conversas, a psicóloga me apresentou o caso:

Então, esse é um paciente que era atendido pela Joana. E, assim, é um paciente com tanto perfil para sua pesquisa que eu acho que eu falei com ele duas vezes. Eu falei com ele antes de sair de férias e hoje eu falei de novo: *Renato, eu já te perguntei?. Sim, você falou antes de sair de férias.* Então, assim, por duas vezes eu, nos dois atendimentos, eu vi o perfil para sua pesquisa. É um paciente que tem aproximadamente 50 anos.

Então, logo após o retornar das férias e destes primeiros contatos, Fátima reforçou com Renato a possibilidade e vontade de participação, de maneira que, em algumas semanas, eu mesmo o contatei para que pudéssemos, enfim, conversar. Vale lembrar que,

na oportunidade que pude conversar mais longamente com Joana, Renato logo fora lembrado como um exemplo claro do que eu estava querendo pesquisar. Ela destacou que, no caso deste paciente, o seu trauma estava diretamente ligado ao momento em que, na idade adulta, teve de sair da casa de seus avós, que, como veremos, assumiram um papel essencial, fundamental, na vida de Renato. No caso de Fátima, embora tenhamos conversado poucas vezes especificamente sobre este paciente, ela enfatizara outros aspectos, alguns dos quais veremos mais à frente. É importante acrescentar que Renato era acompanhado também pelo psiquiatra Glauco. Em minha entrevista com Glauco, o nome de Renato não foi lembrado. Por outro lado, seu papel, segundo o que pudemos depreender da fala do próprio paciente, fora de extrema importância ao longo do curso do tratamento, desde sua chegada na instituição.

Em nosso encontro, que ocorrera uma única vez em formato de entrevista no próprio ambulatório, Renato deixou evidente que o final de sua primeira década de vida foi um dos períodos mais marcantes. Ele conta que foi a partir da mudança para a casa de seus avós paternos, por volta de 9 anos, que tudo mudou. Até os 7 anos, no entanto, enquanto morava com seu pai e sua mãe, sua vida era um “inferno”. Refere-se ao pai como um homem violento, que lhe batia desde muito pequeno, como se estivesse batendo num homem adulto. A impressão que tinha era que nem seu pai nem sua mãe gostavam dele. Talvez não tivessem preparados para assumir tal papel - em algum momento ele conjectura. Não o matricularam, por exemplo, na escola. Pelo menos, ele não se lembra de ter frequentado qualquer tipo de colégio até se mudar para a casa dos avós por volta de nove anos de idade. Refere-se a si mesmo como sendo triste desde sempre: “Eu sou uma pessoa que sempre fui assim desde novinho. Eu fui acompanhado por um neurologista, porque eu era muito nervoso, muito ansioso e muito agitado”. Em relação aos pais, Renato lembra: “Eu, com nove anos de idade, fui muito maltratado por eles, a ponto de ser agredido mesmo, fisicamente”. A agressão vinha mais do pai, já que, “por parte da mãe, era menos”. Ele continua: “Mas o meu pai me agredia como se estivesse batendo num outro homem, num garoto de sete anos. E eu tinha pavor dele. Eu não tinha respeito por ele, eu tinha medo”.

Ele lembra:

Na minha infância, até os nove anos de idade, eu fui criado por um pai e por uma mãe que não tinham nenhum cuidado comigo. Se tinham, eu não percebia, porque eu só fui perceber um cuidado por parte dos meus avós. Faz tanto tempo que eu nem sei se minha mãe chegou a me matricular

na escola. A impressão que dá é que eles não tavam preparados para ter filho. Eu sofri muito, as amigas que eu tinha morando com meus pais não foram as mesmas, quando eu morava com meus avós.

Em evidente contraste, lembrando dos avós, ele comenta:

E aí minha avó, sempre que ia lá, eu pulava nos braços dela e falava: “Vó, me leva pra casa, me leva pra casa, deixa eu passar o final de semana”. Aí, ela deixava eu passar o final de semana com ela. Aos poucos, ela foi vendo o que eu estava sofrendo lá. Ela e o meu avô foram vendo o que eu estava sofrendo lá. Eu não era matriculado em colégio e ela falou: “Esse menino não pode continuar assim. Tem que ser matriculado num colégio”. E aí, no fim, ela acabou ficando comigo.

É preciso observar que se tratava de um caso particular, não pelas idiossincrasias de seu histórico de vida, por algum evento vivido ou sintoma específico, mas pelo fato de ser um paciente homem, o que o destacava de uma longa série de pacientes mulheres vítimas de algum tipo de violência, as quais eu estava acompanhando. A rigor, fenômeno para o qual a literatura aponta, relativo às maneiras pelas quais determinados contextos históricos engendram maior ou menor visibilidade a determinados grupos, enquanto excluem outros. Acreditamos que é sobre esta seletividade socialmente construída a que Sarti<sup>1201</sup>, por exemplo se refere, quando escreve que o

impacto dos movimentos sociais de cunho identitário repercutiu nas esferas do Direito e Saúde, que se articulam no processo de produção da vítima, fazendo com que o reconhecimento de um ato como violência e a atenção na área da saúde que daí decorre pressuponham a construção prévia de determinados grupos sociais, recortados por gênero e idade, como vulneráveis à violência, portanto como vítimas potenciais e detentores do direito a uma assistência específica, delimitando, assim, a abrangência do atendimento.<sup>1202</sup>

<sup>1201</sup> Cynthia Sarti. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 89-103, 2009. De forma análoga ao presente caso discutido, a autora discute o caso de um paciente homem, vítima de violência sexual, cujo atendimento em determinada instituição hospitalar foi negado devido ao seu gênero. Para esta discussão, cf. Cynthia Andersen Sarti, Rosana M. Barbosa e Marcelo M. Suarez. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

<sup>1202</sup> Sarti, op. cit., p. 51-52. No escopo deste trabalho, não é demais observar que a atenção a determinadas catástrofes (sejam individuais ou coletivas) é relativa a um conjunto complexo de fatores (histórico, tecnológico, biomédico, políticos etc). Existem, portanto, momentos mais ou menos propícios a falar e a escutar determinados grupos. Há momentos em que o clima social, político e institucional anseia por determinados testemunhos, em detrimento de outros. Este foi o caso, como vimos, das vítimas diretas ou indiretas do período ditatorial militar, onde as narrativas em primeira pessoa foram abundantes, graças a um enorme esforço político em prol do resgate da Memória, da Verdade e da Justiça, nos períodos pós-transicionais. Por outro lado, uma série de vozes, por diferentes motivos, permanecem sem visibilidade. A partir da presente incursão etnográfica, é evidente o contraste entre o estatuto e a legitimidade que o conceito de trauma assume entre a população atendida neste serviço público de saúde e o caso já citado das vítimas da ditadura. Por outro lado, ainda é possível apontar para nuances entre os próprios usuários deste dispositivo. Tendo em vista o presente caso deixamos em aberta a seguinte questão: de que modo a violência sofrida por homens é entendida entre os profissionais de saúde mental? Estaríamos incorrendo em anacronismo, se enxergássemos ressonância entre a “bravura” e a “coragem” novecentista – que faziam com que a Medicina deste período enxergasse os males do espírito de um ex-combatente como produtos de uma falha moral e de caráter – e a abordagem do mal-estar atual entre os homens, atendidos num

Estávamos, portanto, diante de um caso não muito visto, praticamente desconhecido da equipe como um todo de saúde mental. Foi somente, portanto, em entrevista com Joana, como observamos acima, que Renato foi logo lembrado como um primeiro exemplo do que seria um “caso de trauma”. Nesta ocasião, a psicóloga mencionou uma série de passagens da vida de Renato, incluindo estes primeiros momentos de agressão pelos próprios pais. Na sua visão, seu pai deveria ter passado por um tratamento, pois teria ajudado, uma vez que ele não era assim só com Renato. Ela comenta: “Muitas vezes, quando bebia, ia para casa dos pais dele [avós de Renato], agressivo, e o Renato tinha que sair da casa da avó, para que o pai não agredisse a avó, a mãe dele”. Ela comenta seu caso:

O Renato tem um histórico pessoal com um sofrimento muito grande. Ele teve tanto o pai quanto a mãe que o rejeitaram desde muito novo. Muito autoritários. A mãe, também, sem nenhuma empatia, tanto que essa maternagem a mãe não tinha. Tanto é que, aos oito anos, ele foi morar - foi uma colocação dele, ele exigiu, e a avó acolheu muito ele -, com os avós. Foi quem fez algum suporte pra ele. Porque o pai brigava com ele, exigia demais, o agredia verbalmente, as vezes até fisicamente. Então ele tem uma história de um sofrimento com esses pais muito grande.

Ao me apresentar o caso, a psicóloga Fátima destaca alguns dos sintomas que o paciente apresenta na vida atual. Segundo ela, Renato “não consegue sair de casa, que ele tem medo de ir pra rua, que ele tem medo do barulho do carro, que ele tem pânico, que ele começa a suar, e não quer sair de casa e tal”. Ainda sobre essas dificuldades atuais, ela lembra uma fala dele numa consulta recente: ‘Hoje, eu até pedi para minha esposa vir me trazer. Ela tá aqui comigo. Ela tá aqui fora’. Fátima finaliza: “Um cara com muita dificuldade de ir à rua, sabe?” Ela também compartilha detalhes deste primeiro período de vida do paciente. Em seus próprios termos, ela diz:

E aí eu começo a perguntar, peço para ele falar de onde que ele acha que vem isso, quando é que isso começou, quando que foi. E ele fala: *Na verdade, desde criança, eu sempre fui muito estranho. Eu sempre apanhei muito do meu pai. Meu pai batia em mim, batia com minha cabeça na parede e tal. Eu era espancado, meus pais não gostavam de mim, até que, com oito ou nove anos, eu vou morar com meu avô e minha avó, porque eu já não aguentava mais.* E aí ele vai falando de uma dificuldade de falar com as pessoas, de interagir com as pessoas, de fazer amizades.

O paciente lembra algumas passagens difíceis de sua infância:

E, um dia, eu achava que estava tudo bem, brincando com meus coleguinhas, meu pai chegou lá... e ele maltratava muito meus avós. Quando eu tinha sete anos, eu vi, eu não sei se ele tinha algum problema mental, não sei, mas eu o vi pegando uma chave de fenda e ir pra enfiar no pescoço da minha avó assim, dando uma gravata nela. E isso eu tinha sete anos de idade. Eu fiquei, eu gritei, tremi todo, eu quase que desmaiei. Uma criança de sete anos ver uma cena dessa. Então, ele era desse tipo. Então, eu não ficava totalmente livre dele. Porque ele ia pra lá, almoçava, ia para o trabalho, voltava bêbado. Aí ameaçava agredir minha avó, ameaçava agredir meu avô. Ameaçava me agredir. Várias vezes eu tinha que ir pra casa de um coleguinha, eu e minha vó, sair pela porta da sala, subir... porque meu avô era policial. Ele tinha um temperamento mais calmo. Sabia se controlar em certas situações. Mas sempre avisava, “Olha, ele tá indo pra lá com uma faca”.

Em nosso encontro, ele aborda o dia fatídico em que se mudou para a casa dos avós. Tendo passado o dia na casa deles, o pai, dirigindo-se aos dois, falou: “Eu quero meu filho lá em casa às nove horas da noite”. Renato lembra que viu aquilo e logo começou a chorar, além das últimas palavras do pai, antes de sair: “Às 21h!” E continua: “Eu comecei a chorar, falando: *Não quero ficar com ele! Não quero ficar com ele!* Minha vó botou minha roupa, chegou lá, conversou normalmente com ele”. Neste dia, segundo lembrança da avó, ele ficou “roxo, azul, amarelo, verde”, porque não queria ficar com o pai “de jeito nenhum”. Até que chegou o momento em que, segundo o paciente, “caiu uma ficha” no pai, que disse: “Quer saber? Podem ficar com ele, já que ele não quer ficar aqui mesmo. Leva ele”. E finaliza, como que sendo acompanhado por um alívio: “Aí, isso foi oficialmente”.

Renato lembra que gritava quando andava com a avó pela calçada: “Vó, vamos embora!” Ele tinha medo de que o pai desistisse e perseguisse ambos. Lembra que deu a mão para avó e ela lhe disse: “Não, meu filho, calma”. E ele respondeu, puxando-a: “Vamos embora vó!” Renato comenta: “Olha o desespero”. Finalmente diz que, depois desse episódio, “acabou”, e que à medida que foi crescendo, “pegando idade”, ficou uma “certa distância” entre ele e o pai.

Nesses primeiros anos “infernais”, embora Renato morasse num bairro de classe média, seus colegas eram mais velhos e “judiavam” dele. Esta “judiação” surgiu, quando lhe perguntei como era o “antes” em relação às amizades do tempo em que ainda morava com os pais. A rigor, elas se encaixavam na dinâmica da agressividade sofrida dentro e fora de casa: “Tinha gente maior que eu, garotos e garotas maiores que judiavam de mim”. Ele detalha: “Judiam me dando tapão na cabeça. Eu não pedia ajuda, por exemplo, pra minha mãe, porque não adiantava”. Lembra-se de uma ocasião em que, estando sozinho com a mãe no apartamento, estava “molhado no corredor e correndo”. Ele escorregou e caiu de costas: “Nessa que eu caí pra trás, bateu com tudo no chão, e aí fez aquele barulho”. Renato diz que acha que no “prédio, todo mundo ouviu aquele barulho. E ela

ouviu também”. Ele foi até a mãe, que sempre foi uma “pessoa difícil”. Ele conta como reagiu: “Eu cheguei na intenção dela me dar um carinho, eu cheguei *Mãe, bati a cabeça tá doendo*. E ela falou: *Eu ouvi. Isso é pra você aprender a não correr*. Eu queria que ela me pegasse, passasse a mão na minha cabeça. Mas ela não tinha isso”.

Mas tudo mudou a partir de um determinado período. Na fala de Renato, quando tinha nove anos algo acontece, para melhor. Essa idade de nove anos se confunde, mesmo para o ouvinte atento, com a idade de sete. Seja como for, aos sete ou aos nove, seus avós se deram conta de certas coisas, entre elas, que ele não estava matriculado em colégio algum. E decidiram: “Assim não pode continuar”. Os avós colocaram um ponto final nesta sequência de eventos, sobre os quais, certamente, temos um conhecimento só muito superficial.

Segundo uma das psicólogas que o atendeu, numa determinada sessão, Renato compartilhou o seguinte: “Eu acho que eu deveria te contar uma coisa que eu não te contei ainda. Acho que eu deveria te contar”. Com sete anos, ele foi abusado por um rapaz que morava no mesmo prédio. Ela nos conta: “Ele fala que o cara vira pra ele e fala: ‘Você é homem? Você quer ser homem? Você quer se tornar homem mesmo? Então, vem aqui que eu vou fazer um negócio com você? Pra você ser homem, você deve fazer isso aqui. Nunca saberemos o que ocorreu, pois “ele não dá detalhe, mas fala que é abusado sexualmente”. Ela conta:

E aí ele fala que, se não me engano, o zelador ou o porteiro olha e vê, e fica rindo. Fica olhando e rindo e não faz nada. Ele fala que isso acontece e se sente estranho. Isso acontece de novo. Ele fala que isso acontece umas quatro vezes. Até que ele diz que, nessa última vez, ele pensa: *Não. Tem alguma coisa de estranho nisso, tem alguma coisa de estranho, alguma coisa errada*. E aí vai contar pros pais. E ele fica muito chocado, porque ele fala: *Os meus pais não gostam de mim porque eu contei pra eles. Porque eu contei pra eles, mas eles não acreditaram em mim*. E ele fica muito mais chocado com o fato dos pais não terem acreditado nele do que com o ato em si, com o abuso.

A psicóloga complementa: “Ele fala disso com muito pesar, com muita dor”. Renato não lembra se ele contou para o avô, algum tempo depois, ou se foi o próprio pai que contou. E segundo recorda, como o avô era policial, “ele quer ir atrás desse cara e o cara meio que some, foge”. É neste momento que ele vai morar com os avós. É neste momento que o avô vira e fala: “Vocês não têm condições de cuidar dessa criança e ele vai morar comigo”. A psicóloga menciona que não ocorrera apenas um abuso. Ela diz: “Ele fala de dois abusos. Duas pessoas diferentes”. Entretanto, em relação a esse segundo, “a gente não aprofundou”. A Tais episódios somou-se o fato de Renato não estar



“matriculado no colégio”. Não foi à toa que o paciente chamou a primeira década de sua vida de um período infernal e enfatizou a mudança que ocorreu a partir de quando, finalmente, mudou-se para a casa dos avós. Como ele próprio lembra:

Com nove anos de idade, eu fui morar com os meus avós. E aí foi uma coisa maravilhosa. Foi como se eu tivesse saído do inferno e ido morar no paraíso. Eu amava a minha avó. Amava demais. O meu avô também. E eu tive uma infância maravilhosa. Eu tive muitos coleguinhas, morava num apartamento no \*\*\*, na Rua \*\*\* (...) e eu tinha muitos coleguinhas, jogava botão, soltava cafifa, jogava bola.

Renato chamava a atenção por seu físico. Um homem indiscutivelmente forte, alto, na faixa dos 1.90m de altura. Por outro lado, como me contou Fátima, havia nele um evidente contraste, quando se sentava. Sua voz refletia, neste momento, uma forma infantil e de volume bem diminuído. Renato se curvava na cadeira, apresentando, de um modo difícil de descrever, ser menor do que realmente era. Isto chamara atenção de Fátima, que me relatou, desde o início: “É um cara super alto, muito alto assim. Forte. Mas quando ele senta na cadeira, ele parece um adolescente de 15 anos, e isso chama muita atenção”.

Como já é evidente, uma revolução acontece a partir da mudança para a casa dos avós. Certamente, uma das mudanças centrais, além do afeto que passou a receber e de uma paz estável, foi o ingresso de Renato no mundo dos esportes. Talvez como uma das sequelas da negligência anterior, ele frequentemente tinha crises asmáticas: “E eu sofria muito de asma, né. Durante as madrugadas, eu tinha que sair pra procurar uma clínica pra fazer nebulização. Porque o meu pai nem isso fazia”. Ele lembra que os avós o colocavam no carro, e que isso aconteceu “muitas e muitas vezes mesmo”. O médico recomendou que fosse matriculado na natação. Ele lembra da fala do médico: “Sabe o que vocês podem fazer por ele? Coloca ele na natação. Coloca ele na natação, porque os brônquios dele vão abrir.” Segundo Renato, “não deu outra”. Sua avó o colocou e ele chegou a nadar pelo Clube. Nunca mais teve asma e se foram “aqueles problemas de ter que sair de madrugada”. E acrescenta detalhes desta nova fase de sua vida: “Gostei do esporte, nunca tinha feito esporte. Mas tomei gosto. Comecei a praticar basquete. E aí eu ficava na natação e no basquete. E aí do basquete pro vôlei, do vôlei pro ciclismo e pra musculação”. E finaliza: “E aí minha vida sempre teve o esporte como base”.

Apesar do evidente progresso, Renato lembra que, durante grande parte da adolescência, ainda se sentia desconfortável com o próprio corpo. Conta que, ao entrar na adolescência, “tinha um complexo horrível dele próprio”, talvez atualizando, de um modo

sombrio, uma das falas comuns do pai sobre ele, que, segundo sua psicóloga me disse, o “achava feio demais”. Seja como for, na puberdade, Renato se viu diante deste “complexo”. Conta, por exemplo, que, embora suas aulas começassem às sete horas, ele chegava às seis e meia na sala, quando não havia ninguém: “As pessoas iam chegando aos poucos e eu já estava lá”. E complementa: “Eu tinha vergonha da sala cheia e de entrar por último”. E confessa: “Porque eu me achava um monstro. Eu me achava muito horrível e desconjuntado. Eu era altão e magro, então eu era muito desconjuntado”.

Renato lembra de uma vez em que estava simplesmente rindo com um amigo, quando uma menina da sala disse: “Você está rindo de quê? Você está rindo de que, seu monstro deformado?!” Embora tenha chegado a tentar explicar que sua risada não tinha relação com a garota, a lembrança, décadas depois, deixa evidente o quanto isto o impactou: “Eu falei caramba... Mas aquilo ficou na minha cabeça. Foi o gatilho”. Para Renato, com a palavra “gatilho” faz referência ao início, segundo lembra, de perder a vontade de ir à escola. Ele nos dá detalhes desse período:

Eu saía de casa às oito horas da manhã. Ficava sentado no corredor, pra minha vó pensar que eu tinha ido à aula, mas eu tava no corredor. Quando dava umas dez horas, eu voltava, e ela falava, “ah, você voltou mais cedo”, eu falava é, hoje não teve muita coisa não. Eu mentia pra minha vó. Eu acabei perdendo o ano letivo, porque eu tinha vergonha do meu corpo, eu tinha vergonha de mim. Nessa época, eu tinha uns 16 17 anos.

Também como exemplo, lembra que quase foi atropelado algumas vezes, porque tinha “obsessão de que estavam olhando”. Ele diz: “Eu tinha tanta obsessão que estavam me olhando, que estava todo mundo me olhando, que eu andava as vezes e esquecia de olhar para ver se vinha carro”. Um dia, “um carro parou e deu uma freada antes de me atropelar”. Por pouco, não o atingiu. E finaliza: “Olha só o ponto que a chegava. Tem o sinal fechado e os carros parados na faixa. Eu não atravessava na faixa, porque, na minha cabeça, todos que estavam parados ali iam rir de mim”. Em certa ocasião, perguntou a si mesmo se o seu aspecto físico, agora transformado, não poderia servir também como fonte de renda. Foi assim que Renato ingressou na “carreira de segurança”. Ele diz: “Não era bom, porque é muito cansativo. Mas acaba que eu passei a ser chamado para trabalhar com isso, como segurança”. Ele resume como foi o ingresso neste trabalho. Perguntou a si mesmo se estaria malhando “à toa”. E ele próprio respondeu: “Não, vou ganhar um dinheiro”. Foi assim que começou a ser segurança, que, segundo ele, foi o trabalho da sua vida.

Segundo Fátima, seu quadro atual começou quando um dos avós faleceu. Na verdade, ela cita o episódio mencionado por Joana e pelo próprio Renato. A universidade em que ele trabalhava demitiu um contingente grande de funcionários, acarretando na perda de algumas das conquistas recentes, tanto de Renato quanto de sua esposa, como o direito de cursar uma faculdade na universidade. A informação de Joana complementa o entendimento deste período, quando ela menciona que, na imaginação de Renato, a morte dos avós poderia representar o caos para ele. Na verdade, não ocorreu desta forma. Renato continuou a viver com sua esposa no apartamento. Em relação a este ponto, Joana coloca que, a rigor, o “trauma para ele foi a saída do apartamento, quando trabalhava como segurança e a faculdade, num momento em que teve que dispensar muitos, acabou com o serviço de segurança”. Segundo Joana, quando “ele foi mandado embora, isso, na época, foi muito, muito difícil, muito traumático”. Ele teve de procurar um novo emprego, mas não conseguiu se manter de maneira estável em nenhum deles, sendo obrigado a sair do apartamento em que moravam. Diz Joana que foi a partir deste momento que “ele teve que sair do apartamento, a partir daí que ele fez um quadro depressivo muito grave”. Ela diz: “Não foi nem a saída e a perda dos avós. Foi a saída da casa que o desorganizou”. Como parte desta crise, ainda segundo ela, Renato se “desorganizou”, tendo como parte de seu quadro de sintomas “ideação suicida”, sendo que “até hoje ele diz que reza para não acordar no dia seguinte”. Além do sintoma claramente depressivo, Joana menciona também a alucinação e o fato de ele ouvir vozes, ainda que, segundo ela, o quadro depressivo, ao que tudo indica, seja o sintoma mais proeminente.

Como já foi dito, Renato teve de sair do apartamento de seus avós. Ele próprio recorda que, tendo se mudado com sua esposa para um bairro mais “pobre”, começou a ter uma sensação de “tristeza muito grande”. Ele diz: “Era tristeza com agressão. Eu fui para outro mundo que não era meu.” Acrescenta que não era que tivesse algo contra, mas que não estava acostumado, “não sabia da malandragem”. Completa: “Eu sofri muito”. Recorda que, num dia, o teto da cozinha desabou, mas “Graças a Deus não tinha ninguém na hora”, já que a esposa estava no quarto. O sofrimento chegou a um nível insuportável para ele. Foi necessário que Renato fosse levado à emergência do hospital psiquiátrico municipal. Foi encaminhado primeiramente para um ambulatório do mesmo município, mas depois, foi recebido no ambulatório onde atualmente realiza o tratamento. Renato me explica qual é o seu maior problema: “Sabe qual era o maior problema, da depressão? O problema maior da minha depressão era que eu não conseguia esquecer o passado”. Ele enfatiza que até hoje não consegue: “Eu vivo muito no passado. Não consigo aproveitar

e sinto falta do passado”. Ele diz: “Chegou a um ponto que, ia para o trabalho arrastado. Chegou um ponto que eu não conseguia mais comer. Tudo que eu colocava na boca me dava ânsia de vômito”. Ele diz: “Olha doutor, se você soubesse a sensação. Não tem como explicar. A sensação é que eu ia morrer”.

Renato lembra que tomou, em certa ocasião, um vidro de clonazepam para morrer: “Eu não tava aguentando, não tem como explicar, mas é horrível”. Entre uma série de outros detalhes, complementa a descrição de sua vivência de sofrimento:

Eu não queria sair de casa, porque eu tinha um terror quando saía de casa. Eu só saía de casa dando a mão forte pra minha esposa, às vezes até machucava a mão dela. Sozinho não tinha condição, sem condição. Eu tinha um medo, um medo que não tem como explicar. Não era medo de assalto, não era medo das pessoas. Não era isso não. É um medo que não tem explicação, do mundo, de se expor, de sair do teu cantinho ali do teu quarto, de ver pessoas, entendeu?

Para Renato, o que mais o ajudou desde a chegada ao ambulatório era poder “falar, falar, falar” e sentir que estava sendo escutado. Ele explica:

Foram as conversas com as psicólogas, com o Dr. Glauco. Foram muitas conversas, aconselhamentos. Elas ouviam muito. Eu vou dizer, sinceramente: eu ainda sinto um pouquinho de incômodo de sair da minha casa. Eu prefiro ficar no quarto, mas completamente diferente do que era. Eu ouvia muito isso delas, de tomar iniciativa. Ah, mas não quero. Não, eu vou assim mesmo. Eu vou assim mesmo. Vai com a sua esposa. Eu fui com ela no Shopping, comprei duas blusinhas pra ela. Foi tão legal. Só que, é o que o dr. Glauco falou. Eu falei pra ele: *Dr. Glauco, tem vezes que eu tô bem, e tem vezes que eu não quero nem sair da cama.* Ele falou que isso faz parte da depressão: *Às vezes você está 100% bom, às vezes você está mal. Isso faz parte, enquanto você está tratando.*

Ele repete: “Às vezes, elas deixavam falar, falar, falar e só ouviam. Entendeu?” Acrescenta: “No final, quando elas falavam aquilo, era pra me fazer pensar... e eu fui usando aquelas coisas que eles falavam”. Renato diz na entrevista que a experiência do tratamento está sendo boa: “Eu sempre gosto de colocar as coisas pra fora, me traz um alívio”. Além do acompanhamento no ambulatório, ele enfatiza a ajuda da esposa, que “também me ajuda muito, é uma companheira maravilhosa”, ele diz. “Mas ela não é profissional”. Está otimista: “Parece que eu vim com um peso e deixei um peso aqui. Sabe? É assim que acontece”.

### 3.15.4.3 Caso 3: Melissa

O primeiro registro de Melissa no ambulatório remete ao final de abril, quando então foi recebida para acolhimento pela psiquiatra Marcele. Era um caso atípico, já que

não havia chegado por demanda espontânea ou por encaminhamento do setor de emergência do hospital psiquiátrico mais próximo da região. Melissa fora encaminhada pelo sistema de notificação de violência hétero ou auto infligida. Há poucas semanas, parou no pronto-socorro de um hospital próximo, após a ingestão de aproximadamente 30 cápsulas de um remédio antipsicótico. Neste primeiro registro de acolhimento, lemos as informações deste episódio e, de maneira resumida, o relato da própria paciente, de que foi vítima de “violência sexual há algum tempo”, que estava passando por “momentos conturbados, como o desemprego da mãe”, e ter feito tratamento com psicóloga há anos, além de estar sentindo sentimentos de “tristeza” e de “raiva”, relacionados a conhecidos e a familiares, pelos quais se sente constantemente “julgada”. Neste primeiro encontro, também relata nova tentativa de suicídio, desta vez com ingestão de água sanitária.

Exatamente uma semana após o primeiro encontro, ocorreu a “recepção” da paciente. Ao que tudo indica, como podemos constatar na assinatura e no carimbo do documento, o encontro ocorrera novamente entre a psiquiatra Marcele e a paciente, diferentemente de outros casos, quando eram encaminhados para a recepção em grupo. Os registros desse segundo encontro dão a entender que, além de atualizar o estado em que a paciente ficara nos últimos dias e repetir as informações relatadas no primeiro, outros elementos foram agregados. Por exemplo, Marcele escreve no item da ficha Histórico pessoal: “Refere que começou tratamento psicológico desde criança, quando à época sofria racismo”. Além disso, fala de “uma tristeza permanente e que nunca foi feliz. Refere que sofreu dois abusos sexuais de pessoas da família e que não conseguia contar para ninguém (um aos 19 e o outro aos 29 anos). Refere também que está em uso de medicação que diz não ajudar. Além disso, fala que se “sente um peso para a mãe e que um dia, após ingerir grande quantidade de álcool e não se lembrar do que fez, tomou as 30 cápsulas de quetiapina, sendo internada no hospital”. Registra a informação de que “fala muito de uma fofoca em sua família sobre ela, que a angustia e a incomoda”. E ainda que “fala sobre crises de angústia em que quebra tudo o que estiver em sua frente. Faz planos para conseguir um emprego para ajudar em casa”. A psiquiatra finaliza o registro: “A indicação é de tratamento psicológico e psiquiátrico”.

Aproximadamente um mês após este registro, podemos acompanhar novas informações. Neste dia, segundo a mesma profissional, a paciente relatou melhora com o escitalopram (10mg por dia), associado à quetiapina (25 mg por dia), ainda que a paciente afirme que a “ideação suicida ainda está presente”. Ao que tudo indica, Melissa disse: “Sou um estorvo para minha mãe”.

Uma semana depois, o caso de Melissa foi levado pela primeira vez para a reunião de equipe. Em geral, casos considerados de alta complexidade, graves e com risco iminente de tentativa de suicídio, não demoravam a aparecer na pauta da discussão em conjunto. Marcele recoloca alguns dos pontos principais, desde a chegada da paciente, como o racismo sofrido, razão pela qual, tinha acompanhamento terapêutico desde a infância. Sublinha também a perda do pai, quando tinha 13 anos, e que isso foi um “trauma” (nas palavras da psiquiatra residente) para a paciente. Ela resume:

Ela já fez tratamento psicológico e psiquiátrico, mas ela mencionou, na infância, coisas relacionadas a racismo que ela sofria na escola. Então ela fala do racismo, fala que começou terapia bem pequena. Depois ela fala que teve que cuidar do pai, que ficou doente, e aí ele acabou falecendo, e ela marca isso como um trauma muito grande pra ela.

Sublinhemos o trecho “coisas relacionadas à racismo”. Ainda que esta questão específica do racismo, ou do sofrimento gerado por ele, tenha sido mencionado inúmeras vezes ao longo do acompanhamento da paciente, não tivemos oportunidade de conhecer, em detalhes, exemplos; como de fato ocorreu; em resumo, da experiência, em detalhes, da própria paciente. Nesta fala, portanto, devemos sublinhar o racismo, mas também a fala de detalhes relativos a isso, além, certamente, de outras questões ligadas ao seu sofrimento, como a perda do pai. Marcele informa à equipe que Melissa “não tinha tanto uma proximidade com a mãe”, embora, hoje, more só com ela. A psiquiatra continua: “Aí teve esse trauma” [a perda do pai], “essa questão, mas ela chega pra gente com esse encaminhamento do hospital psiquiátrico pela tentativa de suicídio”. E detalha: “Há um mês e meio mais ou menos, tomou 30 comprimidos de quetiapina. Conta que bebeu muito no dia, no dia anterior ela bebeu, ela falou que se considera um peso pra mãe”. A psiquiatra acrescenta que ela é assistente social, que se formou em universidade pública e “demorou oito anos para se formar”. E continua: “Aí, ela tomou 30 comprimidos de quetiapina, que ela já usava, de um médico particular. (...) Só que aí ela não se lembra muito, ela tinha bebido e encontraram ela caída assim, no corredor do prédio”. Complementa com a informação de que foi encontrada “em frente ao apartamento dela”, que foi socorrida por uma vizinha, que conseguiu mandar uma mensagem para a mãe dela. E comenta: “Uma coisa bem grave”. É uma “paciente que fala que nunca foi feliz, que tem um vazio, que já sofreu muito preconceito, tanto racial, e que na faculdade as pessoas achavam que ela era burra”. E finaliza: “Então ela tem muitas questões.”

A psicóloga Larissa observa outros detalhes. Ela própria estava presente nos primeiros momentos de chegada de Melissa ao ambulatório (embora esta informação não esteja presente no registro dos prontuários). Larissa fala dos dois abusos sofridos pela paciente. Sobre isso, diz o seguinte: “Ela conta também que duas violências sexuais que ela sofreu. Uma aos 19 anos e outra agora em janeiro desse ano, aos 32”. E complementa o que lhe chamara a atenção: o “significante abandono” na fala da paciente, referindo-se a um psiquiatra anterior que a “abandonara” e que esperava que esta questão surgisse durante o atual curso do tratamento.

Para Marcele, o caso de Melissa era um exemplo de trauma. Em entrevista, quando lhe perguntei sobre algum caso que poderia ilustrar a questão, ela me trouxe, como exemplo, um pouco da história de Melissa. Na entrevista, abordou as “duas situações de estupro”, e a “dificuldade com a aproximação de algum homem”, embora seja da opinião de que a paciente está “mais para deprimida”, não sendo à toa que tentou suicídio “pelo menos duas vezes”. Na visão da psiquiatra, neste caso, costuma-se colocar no prontuário, por exemplo, “depressão grave com ideação suicida”, de modo que “depressão mais TEPT, seria mais uma questão de colocar o que é mais grave”. Marcele diz que o “TEPT é muito”. Mas explica: “Pelo menos eu acho, ele é muito bem demarcado, deixa muito marcado, a pessoa foi assaltada, por exemplo, ela fica revivendo aquilo, fica tendo aquelas sensações de novo, fica tendo aquelas imagens, tem pesadelo...”. No estupro, também ocorre isso de “ficar imaginando, pensando na pessoa que está vindo, enfim, confundindo rostos”. Então, ela repara: “Eu não sei se a gente não pergunta o suficiente e aí a depressão fica, porque o resultado é meio esse, é a depressão que fica em primeiro plano, sabe?” No caso de Melissa, ainda que o termo “trauma” tenha sido trazido à tona por Marcele no relato para a equipe, ele fora ligado à perda do pai, aos 13 anos. Nunca saberemos se os dois estupros produziram trauma, nem se o racismo poderia também ser enquadrado nesse termo. De todo modo, a informação foi passada. Também é válido observar que não gerou reverberações, discussões ou quaisquer hipóteses relacionadas à importância de Tais eventos no sofrimento da paciente atual.

Numa entrevista posterior, Larissa compartilhou comigo sua experiência com Melissa. Tocava em Larissa, em particular, o modo como Melissa lidara com as violências sexuais. À época, temendo atrapalhar o curso da terapia, compartilhou com a supervisora da equipe sua questão, expressando seu desejo de repassar o caso. Em entrevista particular, Larissa falou da chegada de Melissa ao ambulatório: “Eu fiz o acolhimento dela e, na época, alguma coisa aconteceu comigo, porque eu não consegui cuidar dela”.

Ela continua: “Ela era uma moça negra linda e ela me conta: *Tentei me matar duas vezes. Na primeira vez, com medicações, e na segunda eu tomei um monte de coisa, água sanitária. Minha mãe me levou para outro lugar, para eu espairecer e, chegando lá, eu quase morro*”. Larissa me diz: “Pelo que eu vi, não foi trauma. Foi um sofrimento que ela levava desde a infância, que ela não nomeou como trauma”, além destas “duas tentativas de violência sexual (...) com duas pessoas da família”. Pego pela dúvida, pergunto mais claramente, nesta entrevista, se houve abuso concretizado. Ela me diz: “Sim, teve um abuso, quando ela era mais nova e outro agora. E eu só consigo me ver com meu ódio. E acho que não consegui ouvir mais nada. Não sei se consigo ajudar quando essa questão chega de cara”.

Ao que tudo indica, foi este ponto que a psicóloga identificou como uma “dificuldade” de sua parte, de modo que quis indicar outro profissional da psicologia para acompanhar a paciente. A supervisora, requisitada pela psicóloga, concordou que seria recomendável a indicação de outro psicólogo. Por isso, Cláudia (a supervisora), nesta reunião a que estou me referindo, perguntou se algum membro da equipe gostaria de assumir o caso: “A gente tirando o nome de alguém aqui, a gente liga pra ela para dar o nome de quem vai ficar de fato”. E finaliza: “Eu não sei, nesse caso, eu só pensei no José, só que ele não está aí”. A psicóloga Taís concorda: “Eu também pensei nele”. A discussão é concluída: “Eu vou falar com ele, então, e dou um retorno para vocês”.

Na semana seguinte, provavelmente, ocorreu a primeira consulta com o psicólogo José, que passou a acompanhar Melissa. Não há muitos registros deste dia, mas é possível extrair que, devido a uma viagem da paciente, a consulta seguinte com ele ficou marcada para algumas semanas depois. Vê-se que, neste dia de retorno da paciente, ela se consultou, separadamente, com a psiquiatra e com o psicólogo.

Na primeira delas, Melissa relata estar com “falta de memória” e com “falta de sentimentos”. Por exemplo, refere que não consegue lembrar de uma rotina do dia anterior, que não “tem certeza do que fez”. Ao ser perguntada sobre as amigas, em dado momento, a paciente diz que se sente deixada por elas. Diz que procura sua amiga, mas que a “recíproca não é verdadeira”. Além disso, refere que no último sábado percebeu e estranhou uma “falta de sentimentos”. Segundo a psiquiatra, a paciente neste dia se apresentou “eutímica”, enxergando nisso uma relativa “melhora de seu processo depressivo”. Logo em seguida, José registra suas observações. De maneira semelhante à sua colega, relata os “esquecimentos da paciente”, os relativos às situações mais recentes e de eventos “mais antigos”, como o velório do pai, sobre o qual “lembra pouca coisa”.



Além disso, “no último fim de semana”, diz não ter sentido nada (como disse antes, à psiquiatra): “nem alegria e nem tristeza”. Por fim, “chora por não saber o que estava sentindo”. O psicólogo relata que, “quando questionada sobre a ocorrência de alguma situação anterior ao episódio, recorda-se de ter visto a foto de uma amiga, que disse não poder ir visita-la. Na foto, no entanto, a amiga parecia “feliz” e se “divertindo”. Finaliza, acrescentando a informação de que Melissa quer que as pessoas se preocupem com ela, quer “empatia”, mas percebe que não ligam para o fato de ter “tentado suicídio”.

Pouco mais de um mês após estes registros, lemos pela primeira vez no prontuário a indicação da categoria “F32 com ideação suicida” para se referir ao quadro de Melissa. Segundo Marcele, a paciente, há 3 dias fez uso intenso de álcool, caiu no banheiro, cortando gravemente a boca. Além disso, fez uso abusivo de medicamentos: “Relata ter humor deprimido (...) desesperança. Diz ter ideação suicida ainda”.

Na semana seguinte, as observações iniciais permanecem, isto é, “F32 com ideação suicida”, além das referências habituais das medicações (neste caso, escitalopram e quetiapina). Acrescenta, por fim, que a paciente fala de uma “tristeza que sempre a acompanhou, de falta de um prazer em tudo, e que a vida não vale a pena ser vivida assim”. Além disso, “chora ao falar do abuso que sofreu do primo (50 anos)”.

O atendimento da semana seguinte é feito de maneira remota, já que a paciente está viajando. Há uma mudança na classificação diagnóstica. Pela primeira vez, cogita-se de “Transtorno borderline”, além de depressão grave. Segundo o registro, a paciente não está bem, “só querendo ficar no quarto”. Segundo Melissa, um tio disse que ela está “ficando com um traficante e que descobriu que outro tio soube de tudo o que ocorre, pois viu o WhatsApp da mãe”. Segundo o registro, “deve ser difícil para a mãe dar conta de toda a questão que ocorre com ela e coloca a questão sobre o que pode fazer para melhorar”. Por fim, uma nota: “Discutir caso com a equipe”.

Três dias depois desta consulta, Marcele levou novamente o caso para a reunião de equipe. Como se passara mais de dois meses desde a última vez que compartilhou suas opiniões, Marcele iniciou seu relato retomando algumas das informações já passadas. Lembrou, por exemplo, o fato de Melissa já ter feito tratamento psicológico e psiquiátrico e que chegara ao ambulatório, após uma tentativa de autoextermínio. Lembra que as três tentativas foram realizadas neste ano. Em duas a paciente utilizou remédios e na última tentou se matar com uma tesoura. Acrescenta que, recentemente, ligou para remarcar uma consulta, quando perguntou à paciente se poderia ser no dia seguinte. Nessa ocasião, a paciente disse que não poderia, “pois estava com a boca muito cortada, e que ela não

conseguiria falar com a máscara”. Melissa havia tentado suicídio, caído e cortado a boca. A psiquiatra enfatiza a forma desafetada da paciente ao abordar o assunto: “Ah, tentei suicídio e minha boca tá cortada e eu não consigo falar com a máscara”. Compartilha também que se trata de uma paciente “difícil de falar, que a gente precisa sempre estar ali perguntando, cavando, porque é difícil ela falar o que está acontecendo de verdade”. Também informa que Melissa tem sentido “medo de sair às ruas” e que, na última consulta presencial, viu que a paciente estava como que à espreita, olhando para uma fila de pessoas na própria policlínica. Marcele veio a saber que ela estava observando se seu primo estava ali, o mesmo primo que abusara dela no início do ano. Trata-se de um “homem de aproximadamente 50 anos e que um dia a acordou fazendo sexo oral nela, enquanto ela dormia com a sua irmã”. A psiquiatra complementa: “Esse fato faz com que Melissa tenha um pânico de encontrá-lo em qualquer lugar da cidade. Ela pensa que em qualquer lugar vai encontrar esse primo”.

Além de Marcele, o psicólogo José dá à equipe sua visão do que está acontecendo com a paciente. Sua preocupação é que “diante de nossos esforços, a gente vê esses eventos acontecendo com uma frequência muito grande. É como se não tivesse diminuído”. Ou seja, “cada vez que a gente liga, ela traz alguma desse tipo, e isso tem espantado a gente”. José pergunta aos colegas: “O que fazer?” Ele dá detalhes do contexto onde vive a paciente: “Ela traz um cenário social de pessoas com as quais ela não pode contar”. Segundo José, a rigor, a “única pessoa que ela consegue dizer dessas dificuldades é a mãe, e ainda assim ela tem diminuído isso, porque ela acha que vai levar mais problemas para ela”. O psicólogo aborda a questão específica do abuso “que ela sofreu, lá no início do ano”. Este episódio deixa Melissa “ficar muito preocupada com esse primo”, que recentemente mandou umas mensagens, mandou uns “quinze áudios para ela”, ameaçando-a, dizendo que “se visse ela por ali, ia tirar satisfações”. Isto tudo, porque ela “contou para os irmãos que ela tinha sido abusada por esse primo, esperando alguma reação deles, que não existiu”. O primo, então, “ao saber disso, começou a ameaçá-la, mandou os áudios e ela começou a ficar com medo”. Por isso, ela “tem ficado muito desconfiada também, se sentindo bastante insegura”. José acha que o que fica para ele são esses “poucos recursos que ela tem, daí o desafio de pensar sobre como lidar com esse cenário muito empobrecido que ela vem trazendo”.

Marcele dá detalhes da família da paciente, referindo-se constantemente a Tais pessoas como fofoqueiras, que julgam Melissa e com as quais eles não poderiam contar. Acrescenta detalhes de uma festa na qual a paciente tomou coragem para contar para

algumas pessoas sobre o que havia ocorrido com ela. Marcele diz que, “na penúltima tentativa de suicídio, sem ser essa da tesoura, ela não conseguiu se machucar de nenhuma forma, ela saiu para uma reunião onde haveria uma reunião”. Lá, “ela bebe e toma uma certa coragem de falar desse primo que abusou dela, que, se não me engano, ela fala de dois abusos - então não sei se é o mesmo primo - ela é muito difícil de falar!” A psiquiatra continua: “É aí que ela consegue ter coragem de falar desse abuso para todo mundo que tava ali”, na esperança de que pudessem fazer alguma coisa. A psiquiatra diz: “Ela com essa esperança”. E, de fato, parece que eles “falaram que iam falar, iam ajudar, todo mundo ficou chocado com a situação”. Segundo Marcele, na mesma casa, a paciente “caí bêbada, caí e corta a boca”. No dia seguinte, arrependida ingeriu uma quantidade maior de remédios, caindo no chão e sendo “salva”, “mais uma vez”, pela vizinha.

Cláudia expõe algumas preocupações, sublinhando: “Me parece que é exatamente porque ela não fala que é mais preocupante, né? Pessoas que fazem um apelo enfático, fica mais fácil a gente saber”. Para Cláudia, não era o caso de Melissa. Cláudia coloca que, como se trata de um estado melancólico, “não tem muita coisa que vincule ela à vida, mas ainda acho que ela consegue pedir ajuda pra algumas pessoas”. Então, Mônica entra na discussão e repara que, quando ela tenta o suicídio, se trata de situações em que “algo acontece”. Ela expõe seu pensamento: “Me parece alguma resposta a algum acontecimento, já que não teve nenhuma tentativa ‘do nada’, a não ser esse *Sempre fui triste*”. Marcele concorda, lembrando que dois episódios, sem exceção, ocorreram ou quando uma determinada situação ocorreu ou quando ela se viu “pensando” ou “lembrando” de determinado “assunto”. Ela diz: “Pelo que eu lembre, é isso. Ela sempre faz, pensando em alguma coisa. Em relação ao abuso, ela tava pensando no que aconteceu, e com medo do primo dela. Foi aí que ela tentou. Dessa última vez, foi porque a mãe falou com o tio da vida dela. É aí que ela tenta. Ela sempre traz alguma coisa externa assim, da vida dela”.

Talíria pergunta se realizou formalmente a denúncia: “Porque uma coisa é ela falar com policial numa festa e outra coisa é fazer uma denúncia na delegacia da mulher”. Talíria observa que, “quando ela abriu a boca, ameaçaram ela”, de modo que não seria surpreendente entender que, quando ela fala sobre o que aconteceu, recebe ameaças e ela apaga tudo. Observa que existe aí uma questão que falar não é fácil.

Cláudia pondera: “É que eu fico um pouco às voltas com essa coisa, por exemplo, isso: o que será que ela espera do outro, que ele faça por ela?! E quando ela não encontra, ela faz essa tentativa de suicídio”. Enumera: “Porque na situação do abuso, ela fala da

situação para um monte de gente, esperando que alguém faça alguma coisa, mas isso não acontece”. Cláudia pergunta: “O que ela própria fez em relação a isso? O que ela espera que as pessoas façam por ela?” Ela dá um exemplo: “Essa situação que a mãe falou para o tio, e aí ela faz uma tentativa. Ela fica tão de objeto, o tempo todo, que isso me chama atenção”. Para a psicóloga, “essa posição de, como se ela não tivesse possibilidade de fazer alguma coisa, como se ela precisasse sempre que o outro fizesse por ela. Como se ela não pudesse fazer alguma coisa”. E finaliza: Eu posso estar enganada, mas eu fiquei com isso na cabeça: o que será que ela espera que os outros façam por ela? Ela diz isso?” E, encaminhando-se para fechar a discussão, ela compartilha seus últimos comentários:

É porque tem alguma coisa do nosso lado, da gente achar que tem que fazer alguma coisa. É claro que existe uma gravidade importante, que a gente não pode descuidar. Mas talvez a gente tenha que se vigiar para não preencher rápido demais as lacunas. Me parece que vocês estão fazendo isso. Mas, talvez, se vocês se debruçarem num trabalho mais investigativo, vão recolher mais informações, vão ter mais elementos do caso. Por exemplo, vocês já pararam para pensar se é uma psicose ou uma neurose? O que vocês acham?

José responde: “Eu acho que é uma neurose”. Uma de suas colegas contribui, com a observação de que a paciente não apenas “tentou suicídio”. O que ela mais fez da vida? Ela pergunta. É só isso, a vida dela? Marcele finaliza: “Nesse momento, ela fala da vida dela, mas sempre pelo viés negativo. Sempre está falando do *bullying* e do racismo”. Ela diz: “Para mim, ela fala dos fatos. E das coisas ruins que aconteceram. (...) Eu ouço vocês dizendo da questão de ouvir e tentar mais, eu não sei se fica demais, acabou que nós ficamos com atendimento semanal, eu atendo na terça, ele na quinta, e aí fica muita coisa pra ela”. E finaliza: “Aí eu fico pensando no que fazer...”. Ao fim, o psicólogo também se despede: “Obrigado gente. Eu acho que a gente estava cedendo um pouco a esse lugar de responder por ela, deixando ela nessa posição de objeto”.

#### **3.15.4.4 Caso 4: Sandro**

Particpei do acolhimento de Sandro junto da psicóloga Bárbara, logo na primeira vez em que ele chegou ao ambulatório. Foi uma “demanda espontânea”, como diziam, ou seja, ele não tinha sido encaminhado por uma instituição, como, por exemplo, o setor de emergência do hospital psiquiátrico da região. Chamou a minha atenção a mão enfaixada do paciente, o que me fez pensar se se tratava de uma lesão ou qualquer coisa do tipo. Estávamos os três na sala de atendimento: Bárbara e eu, de um lado, e o paciente do outro

lado da mesa, cada um na sua cadeira. Sandro lamenta, logo de início, não conseguir mais enxergar quaisquer possibilidades de continuar daquela forma com a sua esposa. A crise conjugal tinha virado, aparentemente, um inferno, e suas crises de agressividade despontavam naquele momento como o maior problema a ser enfrentado. Como em outras vezes, na véspera, ocorreu uma crise e ele quebrou vários objetos da casa. Conta que tudo começou, quando, assim que chegou da rua, com algumas sacolas do mercado, teve um desentendimento com a esposa, sobre o qual não deu detalhes naquele momento. Sandro então destruiu os pacotes que trouxera e lançou-os em todas as direções. Confessa sua ira e também o momento em que, perigosamente, pegara uma faca e, ao invés de dirigi-la contra a esposa, cortou a própria mão.

Sandro e Luciana eram casados e felizes até pouco tempo atrás. Estavam juntos há aproximadamente 25 anos. Tudo mudou, no entanto, há menos de dois anos, quando ele conheceu uma pessoa, e se relacionou, mantendo um romance extraconjugal por alguns meses. Conta que, a despeito de gostar da esposa, para ele, o longo tempo de relacionamento e um certo acúmulo de problemas não resolvidos contribuíram para a situação. Em resumo, nos diz: “O que está havendo está acontecendo há um ano e pouco. Eu tenho ficado um pouco violento, e eu não era assim. Tenho quebrado muitas coisas”. Ele confessa: “Em casa, qualquer coisa que não me agrada eu começo a quebrar”, e que chegou “até a fazer tratamento com psiquiatra”, quando começou a tomar remédio, embora não tenha “sentido muito efeito”. Até então, a despeito dos problemas da rotina conjugal, não apresentara nada semelhante com que vinha sofrendo, muito pelo contrário: “Eu sempre fui um cara muito tranquilo. Muito tranquilo”. Atualmente, no entanto, ele reconhece: “Eu tenho estado muito violento. Qualquer coisa, eu pego e quebro. Eu já quebrei umas quatro pranchas de surf que eu tenho lá em casa”. Conta que, por causa desses episódios, parou com tudo, com suas atividades, incluindo as que ele gosta, como a prática do surf e com as aulas do jiu-jitsu, às quais se dedicava bastante anteriormente.

Bárbara pergunta o que o enfurece e ele responde: “Às vezes, é com alguma coisa que não me agrada”. Diz que em outras situações, “eu penso que eu estou certo, mas não estou né?” Lamenta que a esposa tenha feito muito por ele, mas que não tem reconhecido isso, e finaliza: “É aí que eu descarrego toda a minha raiva em cima dela”.

A psicóloga pede ao paciente que fale dessa relação extraconjugal, o que leva o paciente a dar mais detalhes do que aconteceu para que os problemas chegassem a essa situação. Conta que conhecia a mulher “há muitos anos” e que frequentemente a via no ponto de ônibus em que ele costumava pegar o transporte para o trabalho. Em algum

momento, a partir de troca de telefone, entre outros detalhes, a relação iniciou e se aprofundou. Mas observa: “Eu não sei se foi um lado carente. Eu estava conturbado”. Aliás, diz que a situação como um todo foi “conturbada”. E reforça: “Foi um período conturbado, foi um horror”. Em determinado momento, fala do dia em que sua esposa o viu dirigindo o carro “desta pessoa”. Neste dia, sua esposa confrontou-o: “De quem é esse carro? É daquela vagabunda!” Sandro diz que lhe respondeu: “Peraí, vamos conversar”. Sem dar-lhe tempo para completar, a esposa começou a “destruir o carro”. Ele detalha: “E eu fiquei totalmente perturbado da cabeça, porque ela não tinha necessidade de fazer o que ela fez. E de lá para cá, eu nunca mais fui o mesmo”. Segundo ele, a partir deste ponto, passou a se ver diferente, de fato. Foi como um ponto de virada em sua trajetória, já que antes era um “cara muito tranquilo”. Defende-se dizendo que as “pessoas sempre falaram para ele que ele era de fato um cara muito tranquilo”. Ele mesmo diz: “Nunca fui uma pessoa violenta, mas de lá para cá, eu venho me sentindo assim. E de algumas semanas para cá, eu venho me sentindo assim, eu estou muito violento, eu tenho quebrado muita coisa dentro de casa. Tenho quebrado muita coisa. Qualquer coisa que não me agrade, de repente o falar dela, ou outra coisa, essa culpa toda, eu não sei!”

Sandro lembra que, a não ser quando foi assaltado à mão armada, há cerca de 20 anos, nunca antes sentira nada parecido. Naquele período, o tratamento medicamentoso de alguns meses surtiu resultado, e não lembra de ter voltado a sentir aquelas sensações. Ao que tudo indica, os momentos de terror experimentados no fatídico episódio do carro não cessaram de produzir efeitos. Ele detalha:

Eu fiquei com a síndrome do medo. E isso surgiu a partir desse carro. Então, tipo, se eu estava num restaurante, eu tinha a visão da minha esposa chegando, chegando a qualquer momento. E se eu andava na rua, eu andava olhando para tudo quanto é lado. Eu estava com medo.

Ele ainda diz: “Quando estou no carro, eu fecho logo as portas. Porque talvez se eu tivesse fechado aquele dia, ela não teria destruído o carro todo”. Entre outros detalhes abordados neste primeiro encontro, Sandro confessa alguns de seus pensamentos recentes: “E, assim, eu penso muito em morte. Eu penso em morrer para acabar com esse sofrimento. Eu penso muito em tudo, mas ao mesmo tempo, parece que eu estou no limbo”. E complementa: “Eu não consigo relaxar a mente. Deitar e relaxar, eu não consigo”. Ainda sobre o que foi dito neste encontro, vale observar que Claudio e sua esposa ainda estavam juntos, pois resolveram dar a si próprios uma segunda chance. Apesar da decisão, a situação ainda estava bastante conflituosa.

Aproximadamente um mês após o acolhimento, ocorreu o encontro seguinte, a recepção. Novamente Bárbara e eu estávamos presentes. Sandro chega de novo após uma briga ou uma discussão que ocorrera na véspera. Tal como antes, revela arrependimento e remorso por estar dando trabalho à esposa: “Ontem eu discuti um pouco com minha esposa. E às vezes, nessas discussões, eu fico meio, eu fico agressivo”. Quando questionado por Bárbara se há algo que funciona como um disparador, responde que fica agressivo, quando não se sente entendido: “Às vezes, eu sinto que ela não entende o que eu estou falando, o que eu estou sentindo. É aí que eu não consigo dormir direito”. Confessa que pensa durante 24 horas sobre “tudo o que aconteceu” com ele, desde o momento em que saiu de casa, “em tudo”.

Além da agressividade e do medo, o paciente se refere à dificuldade relacionada aos pensamentos em excesso: “Eu não consigo parar de pensar”. Diz que já era assim de alguma forma. Sempre teve dificuldades com o pensamento constante e com a dificuldade de dormir, problema que desta vez estava bastante agudizado: “Eu já não conseguia dormir direito. Sempre pensei muito”. Confessa que as vezes pergunta para si mesmo como é que não consegue parar de pensar e que parece que não dorme: “Parece que eu tô dormindo acordado. E fico assim desse jeito”. Em relação ao impulso de quebrar as coisas, diz que é como “pra ter um escape”. E complementa: “Porque às vezes, eu olho pra ela, assim, quando eu tô falando, berrando, gritando, e a minha vontade, às vezes, é bater nela”. É nesse momento que ele pega “alguma coisa” e “quebra”. Ele dá o exemplo do que aconteceu no dia anterior: “Tipo ontem, uma garrafinha de água, de metal, eu joguei no chão.” E diz: “Eu falo, falo, falo, falo, e vou parando quando canso”.

Seus pensamentos atualmente giram em torno do que ocorrera, logo após sua saída de casa, e “tudo” que aconteceu desde então. Complementa com a informação de que os remédios não surtiram efeito. Pelo contrário, explica, complementando algo que chegara já a mencionar no primeiro encontro, no ambulatório, que Tais remédios se tornaram um efetivo perigo, já que, em situações em que se via claramente fora de controle, fazia uso abusivo dos mesmos. Diz que vem sendo “mais ou menos constantes” os pensamentos extremos de exterminar a própria vida. Ele diz: “Eu gosto de viver, mas eu não aguento mais tudo isso. Eu não tenho mais alegria pra viver. Ontem mesmo, às vezes, eu peço a Deus para me levar”. No dia anterior, ele disse à esposa: “Por mim, eu me matava. Porque eu tô te dando um trabalho danado, tô te fazendo infeliz”. Ele também fica intrigado com os momentos bons que se alternam com os de piora: “Eu não entendo. Porque às vezes, assim, eu tô bem, né”. Ele dá um exemplo: “Na semana passada, fiquei bem na segunda,

na terça, na quarta, na quinta, e aí, daqui a pouco, do nada, cai aquele baixo astral, aquele negócio assim: pô!” E explica: “Às vezes parece que você tá indo bem, melhorando, e vem aquele negócio, aquele baixo astral”. E se pergunta: “Será que vai começar tudo de novo?” Ele afirma que é então que vêm à sua mente os pensamentos “de tudo”.

Sandro também relata pesadelos. Os temas são variados, são intensos e frequentes. Menciona, em particular, um sonho que teve recentemente: “Eu lembro, há cerca de duas semanas, por exemplo, que sonhei que tinha virado mendigo. As pessoas passavam por mim e eu estava lá, no chão, jogado. Eu tava deitado na rua, no chão, na rua. E as pessoas passavam e eu lá, deitado”.

A psicóloga pergunta o que ela acha disso, e ele responde: “Eu não sei, às vezes fico falando: *Será que eu vou me tornar um mendigo, um andarilho?*” Bárbara pergunta de onde é que ele acha que vem isso. Ele responde: “Não sei, não sei. Sei que esse último pesadelo foi isso. Eu tava no chão, com o rosto na rua, olhando as pessoas, maltrapilho. Eu não queria ficar pensando nisso, mas é muito ruim né?”

O intervalo entre esse encontro e o terceiro foi menor. Uma semana depois, Sandro relatou que ele e a esposa não haviam discutido nos últimos dias: “Não tivemos nenhuma discussão”. Além disso, conversaram sobre “algumas coisas”. Complementa que “a única coisa que realmente estava atrapalhando era o sono”, já que não consegue dormir ainda: “Eu não sei o que acontece, parece que eu durmo acordado”.

Como novidade desta última semana, conta que seu professor de jiu-jitsu, aparentemente sabendo de sua condição, o colocou para auxiliá-lo nas aulas e que isto ajudou-o a enfrentar melhor seu dia-a-dia, já que estava muito mal, ficando, por um longo período, sem fazer nada em casa. Ele detalha: “Ontem, por exemplo, eu tava vendo um filme e do nada me vem uma vontade de chorar”. Então “quando eu saio, isso me faz bem”. Acrescenta que ele e sua esposa experimentaram, no último fim de semana, uma antiga atividade, vendendo roupas de ginástica numa feira. Ambos notaram uma evidente melhora. Ele repara que qualquer coisa que ocupe sua mente normalmente lhe faz bem. Ainda sobre esse assunto, como *hobbie*, o paciente retoma o exemplo da prática do surf, que gostava tanto de fazer. Fala que, embora pratique desde os 12 anos, e tendo muito prazer nisso, sentiu que nas últimas oportunidades, não “foi a mesma coisa”. Diz que ocorre o mesmo com o jiu-jitsu, já que, antes, “entrava às 06h e saía às 22h da academia”. Conta que, nessa última semana, chegou a ir à academia, mas, tendo passado pouco tempo, já estava pensando em ir embora.



Intrigada, Bárbara lhe pergunta quando começou essa perda de prazer e satisfação. Sandro não tem dúvida de que foi a partir “daquele episódio” em que sua mulher quebrou o carro: “Foi de lá pra cá, que desencadeou várias coisas”. Bárbara o questiona sobre o que ele pensa desse momento. E ele responde: “Pra mim foi muito ruim, né? Foi bem traumatizante.” E complementa: “Primeiro, assim, foi a vergonha que eu passei. Porque eu dava aula pra crianças. E havia vários pais passando na hora. Foi bem traumático”. Diz que foi “isso tudo que desencadeou o que estou passando nesse momento, né?” Lembra também o fato de que ele sempre foi “um cara muito alegre. Um cara que me descontraía bastante, conversava”. Já atualmente, “eu sou um cara super fechado, não falo. Eu chego do trabalho, eu entro mudo e saio calado”. Além disso: “Quando eu tô lá, eu só falo o essencial, ou quando me pedem alguma coisa”. Após a fala de Sandro, Bárbara pergunta: “Você acha que foi a vergonha que tem feito isso? Já que foi a palavra que você usou?” Ele responde: “É, pode ser”.

Entre outros pontos, a sessão avança no sentido de investigar como anda a vida sexual do casal. Claudio confessa que pouco tem buscado, que sua esposa pouco corresponde às suas “investidas” e que ele próprio não vê esse aspecto como uma área central da vida conjugal. Confessa até estar preocupado com sua saúde física.

Após a sessão, pude retomar com Bárbara algumas das suas opiniões sobre a questão do trauma, visto termos tido já três encontros com Sandro. Bárbara, embora não tenha dito isso ao paciente, pois considerava “muito para ele”, achava que “ela”, a esposa, “quebrou ele”. E que Sandro “quebra as coisas para tentar ocupar, de alguma forma, o lugar dela”. Porque foi ela que quebrou as coisas, e agora é ele que fica nesse lugar. Bárbara também entendia que o paciente retirou o peso “daquele evento do carro e colocou todo em cima da relação que ele teve”. Sobre este evento em particular, entende que ele foi mais “uma forma da esposa emascular ele”, quebrando o carro “na frente de todo mundo. E esse seria justamente o “lugar do pânico, do medo, da ansiedade, do lugar da fragilidade”. Bárbara corrobora a ideia de que se trata de um caso de pós-trauma, mas se entendemos o “trauma desse jeito dilatado”. Ela desenvolve: “Não só como o evento traumático, mas como um contexto traumático”. Ela diz: “Ele caiu numa onda muito grande e não conseguiu sustentar a onda que ele entrou”. E complementa: “É quase que um trauma autoinfligido”. No sentido de que ele investiu muito, mas não conseguiu sustentar a longo prazo. Ela diz que esta foi uma forma que a mulher dele encontrou de que ele não a esquecesse, pois ela foi “quebrando, quebrando, quebrando, até conseguir

quebrar ele né.” E finaliza: “Eu não sei, mas um casal que uma pessoa pensa em fazer sexo três vezes ao ano, isso é um jeito de quebrar uma pessoa também né?”.

Em relação à ideia de que seria um trauma autoinfligido, a psicóloga explica. Seria autoinfligido, uma vez que “ele deixou. Tem alguém disposto a quebrar, mas tem alguém deixando quebrar”. Acrescente que ele poderia não ter “se exposto dessa maneira; “poderia sair, não conheço essa mulher, estou indo embora”. E isto é um comportamento, um sintoma muito do “neurótico obsessivo, que faz isso com “alguma frequência na vida”. Ele poderia dizer o que a maioria dos homens diz: “Essa mulher é doida, não tenho nada a ver com ela”. E finaliza: “E ele se penitencia”. Lembra o que o paciente disse, em outros termos, numa sessão: “Eu peço a Deus para resolver essa situação”. É neste sentido que é autoinfligido, porque ele está em penitência. Ele está pagando pelo que ele fez. Ele falou isso algumas vezes”. Diz que essa depressão, esse “quadro que parece mais deprimido, é ele gozando em cima desse sofrimento”. E conclui: “Ele merece sofrer.”

#### **3.15.4.5 Caso 5: Sara**

##### *Acompanhando os prontuários*

No início de maio de 2017, Sara chegou pela primeira vez ao ambulatório. Veio encaminhada pelo setor de emergência do hospital geral municipal, ao qual se dirigiu, primeiramente, em busca de ajuda. Lemos em uma das fichas de seu prontuário, realizado pelo médico daquele hospital, que resumiu o seu quadro: “Paciente ansiosa, chorosa, devido a problemas pessoais na área de trabalho, há aproximadamente um ano”. No registro da sua chegada ao ambulatório, encontramos informações adicionais do que estava passando, especialmente dos conflitos que vivenciava no ambiente de trabalho. O profissional (não identificada sua assinatura ou carimbo) escreveu o seguinte: “Há três semanas, teve um desentendimento no trabalho com a chefe e se sentiu humilhada”. Acrescenta que ambas, paciente e chefe, eram amigas, mas já se sentia “incomodada com a maneira que ela a tratava”. Era comum ser chamada pela chefe de “mal-humorada”. Inicialmente, Sara entrou com um pedido de licença, achando que iria melhorar. E finaliza: “Está com medo de ficar sozinha, passar próximo do ex-emprego e encontrar a amiga e sofrer algum tipo de represália (atitude de agressividade por parte do outro”. Uma hipótese diagnóstica é indicada, ao fim desta primeira ficha de acolhimento, “F48 – Outros transtornos neuróticos”.

Na semana seguinte, a paciente retornou ao chamado grupo de retorno. De acordo com o registro da assistente social, estava “muito chorosa”, dizendo que “no dia anterior à vinda do ambulatório”, esteve no setor de emergência do hospital psiquiátrico da região. Sua ida até lá se deveu à “dificuldade de dormir e passar o dia (por causa do cansaço). No setor de emergência, embora relutante, iniciou o uso de Fluoextina e Rivotril (uma vez à noite). Além disso, a assistente social diz que Sara se sentiu muito mal, após a participação no grupo, por ter “revivido o acontecimento”. Após este segundo encontro, o caso foi levado à reunião de equipe do ambulatório, tendo sido discutido que seu tratamento psicológico não se daria na “saúde mental” (isto é, no “ambulatório”), mas no setor de psicoterapia da própria instituição, no setor conhecido como “Policlínica”.

Agora, no mês de junho de 2017, a mesma assistente social informa a Sara deste encaminhamento à policlínica. Neste encontro, a assistente social registra que a paciente ainda encontra “dificuldades para dormir”; “que os sintomas têm oscilado bastante” e que “chora ao lembrar dos eventos ocorridos”. Vale destacar que este encontro não ocorreu em grupo, como os outros. Dele apenas participaram Sara e a assistente social.

As consultas com o psiquiatra (da saúde mental) e com a psicóloga (da policlínica) ocorreram no final de junho, no mesmo dia. Vanda, a psicóloga, faz um breve relato: “Paciente encaminhada pela saúde mental relata angústia, choro fácil e ansiedade. Atendimento semanal”. O psiquiatra registra outros detalhes na ficha, confirmando informações anteriormente mencionadas: “Relata que, desde janeiro de 2017, após conflito no trabalho, iniciou quadro de estresse, cansaço, choro fácil, labilidade emocional”. Lembra ainda que a paciente se dirigiu ao hospital psiquiátrico, onde começou a seguir a prescrição medicamentosa.

O relato da psicóloga, na semana seguinte, também é breve: “Compareceu”. Nunca saberemos como foi após a primeira consulta. Mas após três semanas, encontramos outro registro: “Hoje, bastante depressiva. Crítica verbalizada por seu pai contribuiu para este quadro. Em uso de antidepressivo”. Quinze dias depois, lemos que a paciente se sente melhor e que passou a última semana na companhia de uma amiga. Nesta consulta, a psicóloga escreve que conversaram sobre a importância de “compartilhar os feitos da vida”. Passam várias semanas, embora sem registros detalhados. De todo modo, ficamos sabendo que, em setembro, segundo a psicóloga, Sara continua comparecendo, “ora depressiva, ora com entusiasmo”. Além disso, num breve registro, lemos: “Questões pendentes relativas ao ex-trabalho. Parecem ter influência importante”. A ausência de detalhes é marcante aqui. Não que isso seja incomum. Em alguns casos, as informações

dos prontuários abundam. Em outros, nem tanto. Mas aqui, a ausência de ênfase relativa às questões específicas do trabalho diz algo, refletindo aspecto central do tratamento, como veremos. A despeito de ser ou não comum, é importante frisar que este caso, de qualquer forma, se destaca, uma vez que a história registrada em prontuário não irá condizer com a verbalizada na experiência compartilhada, com muito mais riqueza de detalhes, conforme pudemos obter a partir de entrevista.

Aproximadamente um mês após as informações registradas, temos o importante registro de que a audiência na justiça ocorreu. Em relação a isso, a psicóloga relata a “melhora da ansiedade e da angústia”. Também registra: “Após ter passado por uma audiência relacionada ao seu trabalho anterior”.

No final de outubro, temos o registro de nova consulta psiquiátrica. Destaca-se aqui a presença da categoria F32<sup>1203</sup>, além do resumo sempre atualizado do episódio de conflito no trabalho. A psiquiatra registra as próprias palavras da paciente, provavelmente ditas nesta sessão: “Ficava chorando no trabalho. Às vezes me irritava, mas continuei trabalho muito”. E completa: Após conflito com a chefe, em maio voltou aos trabalhos. Audiência ocorreu há 15 dias”. Também no fim de outubro, encontramos o registro de uma consulta com a psicóloga. A profissional destaca a “intensa labilidade emocional da paciente, com episódios depressivos, especialmente após demonstrar satisfação relativa aos seus feitos”. Em dezembro, lemos que Sara faltou por três semanas consecutivas. Sabemos que a psicóloga não obteve sucesso ao tentar fazer contato com ela por telefone.

No início de 2018, logo em janeiro, a psiquiatra registra a insatisfação de Sara com seu acompanhamento psicológico. Na consulta referente a janeiro, lemos: “A paciente vem ao ambulatório solicitar troca de psicóloga”. E registra as palavras da paciente: “Estou andando em círculos”; “Criei um bloqueio e não estou vendo saída”. Pouco tempo depois, ainda em janeiro, num último registro, a psicóloga escreve que estava acompanhando Sara.

### *Entrevista com a paciente*

Assim como ocorreu com outros casos, só pudemos acompanhar este indiretamente e de maneira restrita, praticamente, através dos prontuários. Isto é, não foi um caso que gerou grandes repercussões, debates, nem sobre ele os profissionais se

---

<sup>1203</sup> “Episódios depressivos”, de acordo com o CID-10; cf. WHO (1993).

debruçaram em reuniões de equipe. Mas uma das psicólogas enxergou nele elementos que, na sua perspectiva, se enquadrariam no meu escopo de pesquisa. Sendo assim, uma vez que a psicóloga Mônica conversou com Sara sobre a pesquisa e a paciente prontamente aceitou colaborar, nós marcamos um encontro, tal como fizemos com tantos outros, no qual pudemos conversar mais profundamente sobre sua própria experiência.

No único encontro que tivemos, Sara foi bem clara em relação ao motivo de ter precisado recorrer ao tratamento na saúde mental: “Eu vim por causa de um episódio que aconteceu no meu trabalho”. Tudo começou, segundo ela, quando estava atendendo a uma estudante, na faculdade em que trabalhava, e sua chefe lhe pediu alguma coisa. Em dado momento, sua chefe se dirigiu a ela desta forma: “Sara, vem cá agora”. Ela respondeu: “Não posso, porque eu estou ocupada”. A chefe insistiu: “Vem cá, vem cá agora”. Ela sustentou a resposta: “Não posso agora, porque estou ocupada”.

Daí, então, a chefe chegou à sua mesa e começou a gritar, dizendo que ela era uma criança mimada, “não sei o que, que comportamento infantil, que eu estava ali ouvindo música, que eu estava proibida de ouvir música, que não podia ouvir mais fone de ouvido”. Além disso, lembra: “Ela disse que minha atitude não correspondia, falou um monte, e isso na frente de todo mundo. E aí, depois, me chamou pra sala dela”. Segundo Sara, antes disso, ela já estava abalada com “muita coisa do trabalho”. Lembra, inclusive, de já ter alguns sintomas, só que não percebia e que só foi perceber depois. Um deles “era chorar à toa”, como neste momento dos gritos, quando então correu para o banheiro e começou a “chorar, chorar, chorar”, tendo saído com o rosto vermelho. Ficaram marcadas as palavras de sua chefe: “Sara, entra na minha sala pra gente conversar”. E ela respondeu: “Agora não, eu ainda estou atendendo à menina”.

Sara recorda que, a esta altura, já sabia que a chefe ia gritar com ela: “Eu já sabia como ia ser. Eu só não sabia que ia ser tão ruim e foi aí que eu falei *Espera eu terminar de atender*, até porque ia dar tempo dela se acalmar”. Foi então que a chefe começou realmente a gritar, pediu licença à menina que estava sendo atendida e trancou Sara na sala dela: “Senta, senta agora”. E Sara tentou responder: “Eu não quero sentar”. Ela relembra que a chefe ordenou que se sentasse “como se fosse um cachorro”. E como as paredes eram de vidro, todos ouviam. Entre outras coisas, a chefe disse: “Você não tem disciplina, porque você não faz as coisas, porque você age dessa forma, parece uma criança mimada. Vou ter que ficar te disciplinando?”

Sara lembra que foi desmoronando até que a chefe pediu para que assinasse uns “dois, três papéis, sei lá ...e eu assinei, eu nem vi o que era, minha mão tava tremendo

demais. Eu assinei e sai da sala dela”. Segundo seu relato, quando ela saiu, a chefe completou: “Tá vendo como você é petulante? Eu só não te mando embora, porque eu penso em você, eu sou sua amiga. Porque se eu te mando, você não ia ter direito ao seu seguro desemprego”. Foi quando Sara decidiu ir embora, mas não sem antes ler uma parte do que estava escrito no papel: “Era uma advertência, por insubordinação, e o outro era uma suspensão de três dias”. Ela diz: “Eu nunca havia levado nenhuma advertência no trabalho. Sempre fui uma excelente funcionária”. Sara lembra que, nesse dia, era uma segunda-feira. Na quinta-feira, teria que voltar. Neste dia, tentou voltar, tendo inclusive entrado no prédio, subido as escadas até o primeiro andar, até que escutou a voz da chefe. Sara dá detalhes de como foi esta tentativa de retorno: “Eu tentei subir, mas quando eu ouvi a voz dela, congelei. Eu congelei, comecei a tremer e chorar. Foi aí que eu descii correndo, com muito medo, muito medo”. Ela lembra:

Na hora que eu escutei a voz dela, eu só consegui chorar. E aí eu descii. Não conseguia entrar. Eu paralisei ali na porta. Comecei a ligar para advogados amigos meus, perguntando o que eu podia fazer, porque saí com uma mão na frente e outra atrás, injustamente, porque eu era praticamente a única pessoa que trabalhava lá dentro.

Eu lhe pergunto quando passou o medo e se ela se lembrava desse momento. Sara responde: “Não passou. Eu saí, mas não consegui entrar”. Em resumo, foi a partir desta constatação que ela foi procurar ajuda. Sara lembra que sempre que tinha que passar na região próxima ao trabalho, ia hiperventilando: “Sabe? Coração muito acelerado, olhando pra tudo quanto é canto para não vê-la. Eu caminhava, mas deixei de caminhar na praia com medo de me encontrar com ela. E no shopping também, deixei de ir, porque sabia que ela ia almoçar lá”. E complementa: “Então, eu comecei a evitar os lugares que eu achava que eu ia me deparar com ela”. Até que, num dado momento, ao conversar com sua mãe, que já havia lhe aconselhado a procurar uma ajuda especializada, Sara foi até os bombeiros e eles indicaram o atendimento na saúde mental. Ela lembra: “Na época, eu estava muito magra. Eu emagreci, eu costumava pesar 58, e fui pra 50”. Acrescenta: “Fiquei com muita dor na mandíbula, muita, muita dor. O corpo todo ficava com dor também, aquele travado até para dormir. Comecei a ter insônia e não conseguia mais dormir”. Observa que aos poucos “foi caindo a ficha, que ela já vivia tensa, com a musculatura toda dolorida, com o maxilar trancado, e que toda vez que ela levantava da cadeira o coração acelerava”. Por isso, percebeu que esses assédios “vinham lá de trás”, que ela [a chefe] “já vinha me humilhando, me maltratando lá na frente de todo mundo”.

Sara acrescenta: “As próprias palavras, o jeito de falar, a agressividade no jeito de falar, o jeito grosseiro, o jeito de falar na frente de todo mundo, de me diminuir”. E conclui: “Ao mesmo tempo, tinha uma fala agressiva e uma que me diminuía”.

Podemos ver pelos prontuários que tudo isto ocorreu em 2017. Como ela conta: quando “eu tive o surto”. Entre outras consequências, Sara passou a ter uma dificuldade, até então inexistente, o “pavor da palavra trabalho”. Ela diz: “Eu ouvia a palavra trabalho e começava a chorar. Eu tinha medo de trabalhar. Eu tinha pavor de trabalhar”. Sara só conseguiu retornar ao trabalho em 2019, que foi uma atividade dentro da própria família, quando houve a oportunidade de cuidar de uma tia-avó. Ela conta que, nesta ocasião, a filha desta tia-avó, “sua tia”, como estava de viagem para Paris, perguntou se Sara poderia ficar com sua mãe durante a viagem. Seria um período de acompanhamento que ia ser remunerado. Era, portanto, um trabalho: “Mas na hora que eu desliguei o telefone, e me dei conta do que eu tinha feito, eu comecei a chorar. Foi daí que eu liguei para minha irmã falando: *Eu não consigo fazer esse trabalho*”. A outra respondeu: “É só dormir lá”. Mas Sara ainda resistiu: “Eu não dou conta”. Ela lembra que quando tinha que dar o jantar para sua tia, achava “que tinha dado a janta errado, tinha dado demais para ela comer, tinha dado pra comer de menos”. E ainda achava “que eu tinha sido grosseira com ela, e aquilo ficava pipocando na minha cabeça o tempo todo!”

Sara lembra que sua chegada ao ambulatório foi acompanhada de muita ansiedade, principalmente porque, no início, eram somente os acolhimentos, onde havia um intervalo longo entre estes primeiros encontros. Acrescenta que, neste momento, tudo era muito difícil, que só sabia chorar, e mais, que não chegou a falar para nenhum “familiar sobre o seu assédio moral”. Ela explica: “Eu não conseguia dizer, não conseguia dizer *assédio moral*. Era *alguma coisa no trabalho*. E minha amiga psicóloga falava pra mim: *Não, Sara, você sofreu assédio moral*”. Ela diz que era “vergonhoso”: “É como se não tivesse acontecido (...) é muito difícil você aceitar isso, que você tava no papel da vítima, da pessoa que foi abusada de uma certa forma, que foi violentada de uma certa forma. Não foi fisicamente, mas foi moralmente”. E continua: “Teve palavras. Palavras falando que eu era inútil na forma de lidar com clientes, falando que eu era inútil na frente de clientes”. E conclui: “E isso era muito duro e vergonhoso para mim”.

#### **3.15.4.6 Caso 6: Alessandra**

*Início do tratamento psiquiátrico: do CAPS ao ambulatório*

O primeiro registro da paciente Alessandra data de agosto de 2019, quando foi recebida no ambulatório pela mesma psiquiatra residente que, desde março do mesmo ano, a acompanhava em um CAPS da cidade. Neste primeiro registro de entrada já estão presentes alguns dos elementos que, com certa frequência, aparecerão no relato de outros profissionais também diretamente responsáveis pelo caso. Cito, a título de exemplo, que a paciente iniciou o tratamento psiquiátrico a partir de uma “emergência”, de uma “crise”, quando apresentava “delírios de perseguição” e de “grandeza”. A paciente levou uma faca para o trabalho, pois se sentia “perseguida” pela chefe, ao mesmo tempo em que falava que o prefeito da cidade estava indo lá para falar especialmente com ela. Constatam informações como ter sido criada “pelo pai” e pela “madrasta”, sendo também relatada “história de violência psicológica e física”.

Antes da crise, Alessandra, agora com 39 anos, nunca fora submetida a quaisquer tratamentos psicológicos ou psiquiátricos. Trabalhava como técnica de raio-x em conhecido hospital público municipal. Cabe mencionar as informações das medicações, como a risperidona, o ácido valpróico e o clonazepam, que ministradas no início do tratamento. A psiquiatra registra que, no período em que esteve no CAPS, seus sintomas de atitude pueril, alucinações visuais, bem como delírios de grandeza e perseguição não responderam à introdução daquelas medicações, em particular, à risperidona, ao haloperidol e à olanzapina. Dada a hipótese da presença de um “transtorno dissociativo”, indicou-se, então, a supressão do antipsicótico, bem como o seu encaminhamento ao ambulatório. A paciente, desde esse primeiro momento, é acompanhada por sua filha, uma vez que seu quadro pede cuidados especiais.

Cerca de duas semanas depois, segundo ainda registro incluído em prontuário, a paciente apresentava “boa aparência”, sendo acompanhada pela filha e ainda mantendo atitude pueril. Vale destacar que, embora as circunstâncias tenham sido discutidas de maneira resumida, ao pedir para à paciente que se lembrasse da situação no hospital “a paciente se mostrou chorosa”. Ao que tudo indica, neste dia, Alessandra foi apresentada a Larissa, iniciando o tratamento psicoterápico com essa psicóloga.

Aproximadamente um mês depois da primeira consulta, encontramos alguns elementos novos na “evolução” do “caso”. Uma primeira informação que antes não havia diz respeito às hipóteses diagnósticas. A psiquiatra diz que seriam de F44.9, isto é, transtorno dissociativo, conforme a Classificação Internacional das Doenças. A psiquiatra relata também uma importante diminuição de peso da paciente, resultado direto da



suspensão do lítio. Sem especificar uma relação de causalidade, referente a algum manejo terapêutico ou a outro motivo ou situação de vida, a psiquiatra anota a diminuição de sua atitude pueril e teatral neste momento. A paciente aparentemente trata das dificuldades no ambiente de trabalho, relacionadas à chefe, e anteriores ao início do tratamento psiquiátrico. Relata também que quando Alessandra era requisitada para ir na ouvidoria, ela “tinha que explicar, mas não entendiam, e pensavam que ela não queria trabalhar”.

### *Introdução da psicoterapia no tratamento*

Na mesma semana desta consulta psiquiátrica, ocorreu a primeira consulta psicoterápica propriamente dita. Esta primeira sessão ocorreu na presença de Tamara, filha de Alessandra, e de Emilia, a psiquiatra. Chamamos atenção, aqui, do leitor, para alguns elementos que ainda não haviam ganhado destaque. É a primeira vez que o termo “Lê” aparece, diminutivo de seu nome, tal como preferia ser chamada. Algo que talvez indique um tratamento menos formal e “mais próximo” da paciente. Foi possível perceber que Lê não gostava do CAPS, pois lá era muito “confuso” e “agitado”, quando comparado ao ambulatório. Durante a conversa, buscando acessar mais elementos de sua história, Larissa percebe que a conversa flui, o que aqui se configura como uma novidade no percurso. Larissa percebe que a conversa “flui”, não em qualquer momento, mas apenas quando eram abordados elementos que não “estressassem”, “chateassem” e “magoassem a paciente”. Segundo a psicóloga, foram estas as palavras utilizadas por Alessandra, ao se referir àquelas histórias que faziam com que a conversa parasse de “fluir”. Nestes momentos de perda da fluidez, “Lê contorce o corpo, as mãos e o pescoço”. Além disso - ela observa - “se eu interrogo, ela me olha fixo e sem expressões, e desconversa algo constrangida”. Ao final do registro desse dia, a paciente resume a conduta terapêutica a ser seguida: “Resgate da história pessoal, identificação de pontos conflituosos, diagnóstico diferencial e retomar alguma autonomia”, apontando também, a presença de “vínculo positivo, sem sintomatologia psicótica aparente ou produtiva”.

Nesta mesma semana, alguns dias após a consulta, foi a primeira vez que o caso foi levado à reunião de equipe. Suponho que, ao longo de mais de dois anos, foi a única vez. Também foi a primeira vez em que eu ouvi falar diretamente dele, pois chegara ao ambulatório há pouco mais de um mês. Larissa o levava, pois estava com uma questão para ser compartilhada com a equipe. Seria um caso efetivamente para a saúde mental? Então, uma psicóloga perguntou: “Se é um caso tão complexo, por que tratá-lo no

ambulatório?” Aqui se referia à possibilidade de que talvez tivesse que levar o tratamento de volta à unidade do CAPS.

Ao que tudo indica, a esta altura, estamos em um momento “de avanço”, ao longo do percurso de Alessandra. No registro do prontuário do final de setembro, lemos que a paciente presenteou sua psicóloga com um mamão, trazido do próprio quintal. Nesta sessão, ao que parece, Lê fala de quanto se sente mal e desconfortável ao caminhar sozinha na rua, pois se sente olhada, vigiada e não bem-quista pelas pessoas. Em relação ao presente, ela diz para Larissa: “Trouxe esse mamão, porque quero agradecer a você por cuidar de mim”. Nesta sessão, parece ter ficado evidente uma certa continuidade com a sessão anterior, no sentido do estabelecimento de uma “confiança” na relação. E também que o aprofundamento do material ou, se quisermos, o acesso aos elementos históricos considerados difíceis, se tornou possível com o estabelecimento deste “ambiente” mais favorável. Da leitura dos registros era possível depreender um certo cuidado intencional com o respeito e a segurança da paciente. Isto porque, justamente nesta sessão, não há indicativos da “quebra do fluxo” ou da paralisia mencionada antes. Ao contrário, a psicóloga registra no prontuário que a paciente fala sobre se sentir vista, olhada, vergonha, solidão, chegando a “falar sobre a situação em que um homem mexeu em seu corpo quando criança (abuso, quando ela estava sozinha, à noite, sem seu irmão e desprotegida”. Registra também um momento em que a paciente diz: “Você disse uma coisa importante, realmente, eu poderia ter um quarto meu, que isso poderia ter acontecido mesmo assim”. Registra-se, além disso, que “hoje as meninas aprendem na novela e na TV a gritar e a correr”. E, por fim, Larissa anota o que disse à Alessandra: “Eu digo que ela era criança, que a culpa não era dela, e que hoje ela pode fazer diferente, mas naquela época não”. A paciente se sente aliviada por falar e poder proteger a filha desse problema: “Eu tento fazer diferente com a Tamara, e não expor ela a situações assim em casa. Muita mãe não sabe que essas coisas acontecem com os filhos delas em casa”.

Cerca de uma semana depois da consulta, Alessandra retorna ao ambulatório para a consulta com a psiquiatra. Conforme lemos nos registros, sua atitude é direta. Colocou uma sacola cheia de remédios em cima da mesa e afirmou: “Estou boa. Esta é a última vez que venho”. Nunca saberemos o que de fato motivou Alessandra a se colocar desta maneira, embora não seja impertinente cogitar que tal atitude pudesse ter sido um resultado direto de sua melhora e, em particular, da última consulta. O entendimento da psiquiatra, no entanto, pareceu seguir numa outra direção, uma vez que questionou a paciente se algo havia acontecido, diante do que a paciente insistiu: “Estou boa”. Vale

dizer que Emilia observa que essa fala foi dita com “atitude pueril e leve irritação”. Explicou à paciente que “na saúde mental, a alta tem que ser programada e não se pode suspender a medicação de um dia para o outro”.

Somente dois meses depois, aproximadamente, podemos nos atualizar sobre o caso, seguindo o fio dos prontuários. Neste momento, ao que tudo indica, a “atitude pueril” havia retornado, conforme observa a psicóloga. Por outro lado, a confiança estabelecida anteriormente continuou, de modo que elementos novos de sua história emergiram ao longo das sessões de terapia.

A sequência de atendimentos alternados com a psiquiatria prosseguiu. Também de maneira alternada, a partir dos registros, se mostrava o quadro da paciente. Enquanto no *setting* de psicoterapia, o material histórico aparecia, com a psiquiatria, lemos que a “paciente se nega a falar, apresenta atitude negativista. Depois fala que tem pensado em sumir”. A psiquiatra diz: “Perguntei diretamente se tem pensado em fazer *algo*, diante do que a paciente se mostra não querer falar”. Por fim, mais uma diferença: “A paciente relata estar escutando vozes, faz pouco tempo que falaram coisas ruins”. A psiquiatra conclui: “Percebo mudança de quadro psiquiátrico para um quadro depressivo, com sintomas psicóticos. Diferentemente do início do tratamento com quadro dissociativo”. A partir disso, a risperidona é reintroduzida “devido aos sintomas psicóticos”, além disso, retorna-se com a fluoxetina, mantendo-se o ácido valpróico e a clorpromazina. No mesmo dia, logo após a consulta com Emilia, Alessandra teve de ser atendida emergencialmente por Larissa, que também estava no ambulatório. Nunca saberemos os detalhes do que ocorreu nesta consulta, muito embora a descrição acima destacada, somada a esta da psicóloga, nos permita saber o efeito da consulta. A psicóloga registra: “Encaixe de emergência pós-Emilia. Ficou zangada com a espera e a desmarcação. Ameaça interromper medicação e tratamento. Fala é manejo SOS. Topa retornar”.

Um registro posterior, ainda que não detalhado, indica o que ocorreu nas semanas seguintes, no acompanhamento psicológico. Em um registro onde se indica dezembro de 2019 e janeiro de 2020, indicando tratar-se de sessões ocorridas nesses meses, lemos de maneira resumida que Alessandra vem “comparecendo, podendo contar sobre sua história pessoal, profissional e diferentes papéis como filha, mãe, colega de trabalho e mulher”. Por fim, Larissa registra que combinaram que, “caso seja difícil abordar certos assuntos, que avise”. Observa que o combinado produz “bons efeitos”. E finaliza: “A paciente fica mais objetiva e menos pueril”.

Em fevereiro de 2020, o estágio de residência da psiquiatria havia terminado e a consulta deste dia, foi realizada por um supervisor permanente da equipe. Se antes, ao longo do processo da paciente, o diagnóstico ainda estava em questionamento, agora, não havia mais dúvidas. Tratava-se de F.29, isto é, psicose não orgânica não especificada. O supervisor brevemente aponta para o comportamento pueril, estereotipado, além de observar que a paciente obedece aos comandos da filha sem questionamento.

### *Algumas mudanças a partir da pandemia*

No ano de 2020, como consequência da pandemia, o percurso do tratamento foi alterado significativamente. Temos poucos registros deste caso em particular, ao longo do ano. Lemos um registro deste período, em que a psicóloga escreve: “Telefone e falo com Tamara e Lê. Estão em quarentena e bem. Manifestam alegria e gratidão pela ligação. Referem ansiedade pelo confinamento, mas optam por continuar. Retorno em 15 dias”. Ainda como exemplo, outro registro de algumas semanas depois, também deixado pela psicóloga responsável: “Segue em quarentena e diz que, tirando o vírus, tudo está bem. Agradece muito à ligação e me deseja que cuide e me proteja”. Além disso, observa a profissional: “Estável, vinculada, protegendo-se com suporte”.

Neste período, também temos o registro da saída da psiquiatra residente Emilia do ambulatório, substituída pela nova residente, Fernanda. Conforme vemos nos registros deixados por Larissa no prontuário, a psicoterapia seguiu, durante este primeiro ano da pandemia, até junho, mas de modo bastante esparso e através de contato telefônico apenas. Ao que tudo indica, serviu como manejo do quadro, com recurso complementar no manejo da ansiedade evocada pelo então enclausuramento, mas também como forma de manutenção do vínculo da paciente com o ambulatório. É possível depreender também que o vínculo entre Larissa e Alessandra permanecia bom e estável até a saída da psicóloga, que deixou o ambulatório em julho deste ano.

A primeira tentativa de contato feito pela nova psicóloga, Bárbara, que veio substituir Larissa no segundo semestre, foi realizada no final de agosto. No primeiro registro, encontramos: “Feito contato telefônico sem sucesso. Deixei mensagem para retomar atendimentos psicológicos”. Cerca de duas semanas depois, ao que tudo indica, a primeira sessão de psicoterapia foi realizada, já no formato presencial. Como todos os profissionais anteriores, Bárbara registra a atitude pueril, somada à atitude da paciente não conseguir dar informações consistentes. Lemos que a paciente “vem acompanhada

da filha”, que “apresenta comportamento pueril importante”, além de “não saber dar informações sobre si e nem sobre a filha”. A paciente pergunta à psicóloga se seria ela que iria ficar no lugar da “Dra. Larissa” e, ao ser perguntada pela nova psicóloga sobre o que ambas, anteriormente, falavam, responde que “falavam dos cachorros”. Neste encontro, a filha retoma o histórico do adoecimento da mãe, acrescentando o fato de que a mãe “trabalhava demais”.

O tratamento psiquiátrico foi realizado logo em seguida, no início de setembro. Já na primeira consulta, Fernanda questionou a hipótese F44.8, de transtorno dissociativo. Observa a psiquiatra o “bom aspecto” da paciente, o discurso organizado, porém pueril, a eutimia, seus gestos infantis, bem como o fato de olhar para filha sempre que Fernanda lhe fazia perguntas. A situação ocorrida no ambiente de trabalho também fora mencionada, a partir da qual se constatou a reação tantas vezes manifestada por Alessandra, quando tal assunto era trazido à tona. A psiquiatra registra: “É necessário pedir que elabore mais sobre questões. Caso contrário, responde com frases curtas e vagas”. Além disso, diz que “quer trabalhar, mas tem medo de não saber fazer direito”. Acrescenta que via a sua ex-chefe em seu quintal, “atrás da árvore”, e que certa vez um segurança do supermercado teve que expulsá-la do estabelecimento. Por fim, a filha, novamente presente na consulta, relata episódio de irritação e de agressividade por parte de sua mãe, e que a chama de “fofoqueira”. A psiquiatra deixa o registro do que a paciente lhe perguntou: “Você não vai me julgar, né?” Diante disso, a psiquiatra registra: “Reitero que não a julgarei e que estou aqui para ajudá-la”.

#### *Um mundo se descortina: entrevista com a filha*

Como vimos, a maior parte das informações acima foram analisadas com base nos registros deixados (principalmente) nos prontuários. Este caso, diferentemente de outros abordados aqui, salvo uma vez em que fora levado pela psicóloga para discussão na equipe, não gerou tantas repercussões no ambulatório. Apesar de sua complexidade, da dificuldade no acompanhamento medicamentoso ou psicoterápico, não fora mencionado nas reuniões pelos profissionais diretamente envolvidos e não gerara grandes repercussões nos “bastidores”, ou seja, nas conversas travadas entre as consultas, na secretaria, nos corredores ou outro lugar qualquer. E uma vez que os profissionais da equipe conheciam o meu interesse pelo “tema do trauma”, o caso de Alessandra foi aventado por uma das psiquiatras residentes que o acompanhou a partir de 2021, depois

da troca anual dos residentes que compunham a equipe. Foi Marcele que me colocou em contato com este caso, a partir da entrevista que tivemos, e nos nossos muitos encontros no dia a dia de minha incursão presencial no campo. Havia muitas questões ainda não respondidas sobre o caso, a questão diagnóstica, por exemplo, já que, desde o início, se aventou, como hipótese classificatória, um possível “transtorno dissociativo”, deflagrado a partir do fatídico evento de agressão sofrida pela paciente no ambiente de trabalho. Intrigava Marcele e a psicóloga Bárbara como poderia ser possível uma mulher muitíssimo inteligente, trabalhadora, produtiva, desenvolver, a partir de um único evento tardio, um quadro de tamanha complicação, uma regressão sem variação aparente. Muitas vezes, em contraponto à hipótese dissociativa, era aventado o transtorno esquizofrênico, já que, corroborando tal hipótese, havia a informação de que a mãe da paciente era de fato esquizofrênica. Em alguns momentos, pareceu bem claro para a maior parte dos profissionais que se tratava de uma esquizofrênica hebefrênica.

Por outro lado, as notas referentes à condução da psicóloga Larissa dão margem para pensar em outras possibilidades. Sua condução, tal como podemos deduzir dos registros deixados por ela, dão a entender que a rigidez e a cronicidade do caso não eram imutáveis, mas, pelo contrário, podiam ser trabalhadas. Sua abordagem deixa clara a importância do ambiente suficientemente seguro e do vínculo na condução terapêutica.

Então, a partir da “porta” que Marcele me abriu, pude conhecer mais de perto o caso e marcar uma entrevista com a filha de Alessandra, já informada da pesquisa e aberta para participar. Há de fato um contraste entre aquilo que surge ao longo do acompanhamento de saúde mental e o relato pessoal do usuário, no caso, de Tamara, que melhor do que ninguém, ao que tudo indicava naquele momento, sabia o que realmente acontecera com sua mãe. Então tivemos o privilégio de ouvir mais detalhes a respeito de Alessandra que, até aquele momento, para mim, seguindo apenas as notas do prontuário, e algumas interrogações dos profissionais, se tratava “apenas” de um caso difícil, na melhor das hipóteses, ou de uma esquizofrênica.

Tamara me contou que sua mãe sempre foi normal, que sempre a criou sozinha, e que sempre foi “eu e ela”. Lembra das dificuldades, que sempre tiveram, como quando ela era criança, que sempre teve “estresse” e sua mãe sempre “batia muito” nela: “Eu sempre apanhei muito”. Ela conta: “[A mãe] Sempre vivia muito estressada”, mas sempre me criou normal, com “aquela pressão de me criar sozinha e tudo mais”. E aí aconteceu que, em 2018, “ela foi mudada de setor, no serviço”. Inicialmente, Alessandra era auxiliar administrativo e a colocaram na farmácia, e depois, na ouvidoria. Foi justamente na

ouvidoria que ela sofreu “alguns abusos da chefe”. A filha recorda que realmente, na época, Alessandra “falava que estava acontecendo, que a chefe a estava ameaçando”, inclusive ameaçando de mandá-la embora por justa causa. Diz Tamara: “Foi nesse decorrer do tempo que minha avó, que mora lá no Maranhão, que é a mãe dela e tem esquizofrenia, e avisaram ela foi internada”. Ela continua: “Foi nesse meio tempo que minha mãe simplesmente mudou. Ela mudou realmente. Foi aí que ela começou a ter surto e passou por várias coisas até chegar ao jeito que está hoje”. E conclui: “Depois desse dia, ela nunca mais voltou ao normal, entendeu? Ela virou criança de novo”.

Eu pergunto se a sua mãe se reconhece como criança e ela responde: “Parece que sim, parece que ela me trata como mãe dela. Ela gosta de boneca, gosta de doce e coisas de criança”. Eu continuo a entrevista: “Ela já disse quantos anos tem?” Tamara responde: “Não. Isso ela nunca falou”. Lembra que na infância, Alessandra foi abandonada pela mãe: “Minha avó foi embora, deixando ela e o irmão. E nunca mais voltou”. Tamara diz que seu avô a procurou por alguns dias, e acabou achando “ela e o irmão”. Ela diz: “E achou, encontrou eles”:

Só que o meu avô é militar. Meu avô é coronel da policia e ele não tinha com quem deixar eles. E ele chegou uma vez levar os dois para um terreno baldio para dar um tiro na cabeça dos dois e depois na cabeça dele. Porque ele não tinha com quem deixar as crianças e ele não tinha o que fazer. Ele tinha que trabalhar.

Tamara lembra que foi uma tia sua que começou a cuidar da mãe e do tio. E complementa com a informação de que, tendo sido ambas as crianças filhas de um relacionamento extraconjugal, em algum momento mais tardio, o avô decidiu levar ambos para morar em sua própria casa, passando a morar com sua esposa. Ela diz: “Porque minha mãe e o meu tio são decorrentes de uma traição. O meu avô era casado”. Ele levou os dois filhos para serem criados pela esposa, com quem ele era casado oficialmente, embora comente que “a minha avó [a esposa do avô] não aguentasse muito a minha mãe e o meu tio”. Nunca saberemos o que significa este “não aguentar”. Tamara continua: “Minha mãe conta que foi a pior fase dela, que minha avó batia muito neles, deixava eles trancados dentro de casa o dia todo, não tinham cama e dormiam num carpete, entendeu?” Informa ainda que eles não “tinham roupa nova”, que usavam “roupas usadas”. Ela conclui: “Foi uma fase bem difícil a infância dela. Eles foram muito maltratados”.

Tamara lembra que seu tio, com a idade de 13 anos, pediu para ir morar no Maranhão, onde sua mãe morava, pois não estava aguentando mais. Ela diz: “E, então,

ele foi embora e nunca mais voltou”. Assim, Alessandra não vê o irmão há quase 30 anos. Quando o irmão foi embora, Alessandra sofreu mais ainda e, conforme Tamara, “deu um problema na fala”; “ela não falava direito”. Tudo indica que o pai de Alessandra não se importava com isso naquele momento. Mas Tamara conta que sua mãe, quando criança, gostava de fazer esportes, judô, natação, “essas coisas”, ainda que fizesse tudo “sempre sozinha”, já que o avô tinha que trabalhar, deixando-a com a madrasta. Tamara complementa: “Foi assim que ela ficava à mercê de certas coisas, como ficar sem “comida”, “sem lanche”, entendeu?”

Entre outros detalhes, informa que sua mãe conheceu o seu pai, quando tinha 18 anos e ele 50. Segundo Tamara, nesta época, o avô queria que Alessandra se casasse, com cerimônia, “e tudo mais”, ainda que esse homem fosse uma pessoa “muito abusiva” e “muito controladora”. Ela detalha:

Ele tirou minha mãe de tudo, de curso, de estágio, de escola, de tudo. Ele acabou realmente com a vida da minha mãe. E levou minha mãe para uma casa em Itaboraí. E ficou com a minha mãe nessa casa. E nesse decorrer do tempo, eu nasci. Quando eu nasci, ele foi embora eu tinha seis meses de vida, entendeu? Ele deixou minha mãe numa casa alugada, sem trabalho, sem comida, sem nada.

Segundo Tamara, seu avô não “aceitou muito essa situação”, “abandonando” a mãe, a ponto de “ninguém da família querer saber dela”. Acrescenta que seu pai, com certa frequência, aparecia em sua casa, ameaçando a mãe, e que “tentou bater nela várias vezes”. Ela diz: “Ele inclusive já tentou sair comigo, correndo, falando que iria me levar embora”. E ela ia atrás, complementa a filha. Foi somente depois de muito tempo que uma tia de Tamara, sabendo de toda a situação que estava ocorrendo, informando, enfim, o avô, ajudou de modo que eles pudessem morar em uma casa de sua propriedade. Ainda que isso os tirasse de uma situação muito difícil, “a casa estava caindo aos pedaços, não tinha esgoto, água encanada, não tinha nada, embora fosse do meu avô. O meu avô jogou a gente lá e a gente morou lá”. Foi então que, segundo Tamara, Alessandra começou a trabalhar e começou a reconstruir a vida. Chegaram a passar fome, embora as coisas posteriormente, depois de muita luta, fossem melhorando, tanto que depois se mudaram. Foi a partir disso também que, “melhorando tudo”, sua mãe estudou e conseguiu passar em concursos, como este concurso do hospital em que trabalhava.

Sobre o pai de Tamara, ela conta o interessante episódio em que, no dia do seu falecimento, recente, sua mãe subitamente apresentou uma melhora: “Neste dia, minha mãe parece que voltou ao normal. Parece que ela ficou normal”. Foi Alessandra que tratou dos problemas de documentação e que foi “minha mãe que, na hora, resolveu tudo,



basicamente”. Tamara lembra: “Meu irmão até falou, caramba, parece que sua mãe voltou ao normal!” Ela conclui: “Mas foi só nesse dia”. Segundo Tamara, parece que foi “um dia em que os traumas, parece que os traumas foram enterrados junto com ele, entendeu? Parece que foi um dia muito leve pra ela”. Quando peço mais detalhes do que percebeu em sua mãe, neste dia de melhora, ela acrescenta: “Ela estava leve nesse dia, ela tava rindo. E não foi uma risada de ironia, de deboche, nem nada. Ela estava leve. O peso que tinha em relação a ele. Porque ele destruiu a vida dela, na verdade”. E parece que “ali, tinha acabado pra ela”.

E quando pergunto mais detalhes sobre seu pai, sobre a causa de ele ter sido tão nocivo à sua mãe, ela adiciona ainda mais detalhes: “Ele era muito perigoso. E ela [Alessandra] fala isso. Ela fala que quando eu era criança, ele já ameaçou me matar. Já ameaçou matar ela também. E nessa época, eles moravam juntos. Mas ele sempre foi um homem perigoso. Agora, ela, minha mãe não fala claramente, para não me deixar traumatizada, mas dá para ver que ela já passou muitas coisas com meu pai. Além do meu avô, ela passou com ele também”.

Tamara retoma uma informação com a qual eu já tivera contato superficialmente, a partir das notas da psicóloga Larissa: “Desde que eu comecei a adolescência, mais ou menos, minha mãe sempre falava que nossa tia, que ela foi pra casa quando era adolescente, que ela pediu ajuda dessa tia pra alguma coisa que tinha acontecido, mas ela não ajudou. E que falou para ela esquecer e seguir com a vida”. Tamara lembra que sempre pediu para que sua mãe falasse mais dessa situação, que “completasse” a parte faltante dessa história: “Ela só falava isso. E uma vez aí, eu fui, olhei pra ela e falei: *Mãe, eu sei que você não quer, não gosta de falar desse assunto. Mas eu só preciso saber se isso foi com meu avô.* E ela falou: *Foi.* E mais nada. Entendeu?”

Tamara expõe como vê as questões em relação ao tratamento da mãe no ambulatório: “Eu acho que o pessoal do ambulatório teria que tentar conversar mais sobre isso do que o que aconteceu no serviço dela. Porque minha mãe vai lá, e os psicólogos, os psiquiatras só perguntam como está sendo o dia dela, se tá tomando remédio e tá tudo bem”. Continua: “Então, eu acho que seria melhor tentar resolver esse assunto interno que está nela”. Diz que já tentou falar sobre isso a alguns profissionais, mas “nunca me deram atenção. Ela diz um pouco de como entende o que acontece: “*Oi, Alessandra, como é que você tá, o que tem feito no seu dia, tá tomando remédio e tchau.* E pronto, entendeu? Eles falam do caso do abuso que ela sofreu pela chefe pra cá. Mas não tratam do que ela passou na infância, na adolescência e tudo mais”. Tamara diz que tentou falar desse

assunto com as primeiras psiquiatras que a acompanharam. Sobre as últimas, ela diz: “Eu meio que desisti, porque já estou há quase quatro anos nisso, e já estou cansada de tentar explicar, falar”. Sua percepção é de que essas informações “passam batido”. Ela resume o modo como enxerga os profissionais: “Ah, tá bom, é isso e pronto.” Dá o exemplo de uma residente que, acompanhando sua mãe, disse uma vez para Tamara: “*Não vai ter cura*. Ela disse isso, que ela poderia melhorar e tal, mas cura, voltar ao normal, ela nunca voltaria. Então eu acho que eles meio que acham isso e pronto, só dão remédio. Mas eu acho que um tratamento não pode ser assim, não é só com remédio”. Ela lembra, entretanto, que com o tratamento com Larissa, foi a melhor experiência para a mãe, se distinguindo das demais. Ela lembra que com essa psicóloga, “a minha mãe conversava e tal”. Ela observa que via que “Larissa tentava chegar nesse ponto lá do passado, embora não tenha ido suficientemente a fundo”.

#### **3.15.4.7 Caso 7: Roberta**

Este é um dos casos cujo conteúdo não foi conhecido a partir das discussões em reuniões de equipe, realizadas às sextas-feiras, durante dois anos e três meses. Até onde pudemos acompanhá-las, nenhuma questão referente ao caso de Roberta fora levada para a reunião. É importante dizer que isto não era incomum. Afinal, os pacientes eram centenas. Firmei a impressão de que os profissionais faziam um grande exercício de filtro e seleção, mais ou menos intencionalmente, para que decidir sobre um caso. Era necessário um motivo, aos olhos das psicólogas, para que fosse levado para a reunião. Na maior parte das vezes, como vimos, a discussão era trazida pelas psicólogas, embora não fosse incomum - é importante observar - que os psiquiatras também os levassem. Em sua maior parte, eram levados aqueles casos ao mesmo tempo crônicos e muito graves, os chamados de alta complexidade, em que havia certa excepcionalidade, surto, risco iminente de suicídio, etc.

Este não era o caso de Roberta, embora nele houvesse, sim, um sofrimento importante envolvido. O que poderia defender a relevância de levá-lo à reunião, seria o fato concreto de que não era um caso “óbvio”, em que o trabalho clínico e psicoterápico propriamente dito estava dado, independentemente da gravidade dos sintomas. Meu primeiro contato com o caso foi logo depois de algumas semanas de incursão no ambulatório. A psicóloga Mônica me disse, em particular, que se tratava de um caso onde não havia outros elementos clínicos além do “evento” que acontecera com a paciente.

Para a psicóloga, a questão era, portanto, como trabalhar um “evento”, “tão externo” ao longo do processo psicoterápico, não tão obviamente relacionado às questões do passado, à família, às relações etc., como acontecia com uma parte importante dos casos. Chamo a atenção aqui para o fato de que, salvo certas passagens registradas em prontuário, a maior parte das informações foram obtidas na entrevista que realizamos com a própria paciente e com sua psicóloga. Não teríamos chegado sequer a saber da existência de Roberta, se não fosse a total abertura dessa profissional para a nossa pesquisa, indicando pacientes potenciais para entrevistas.

Nessa entrevista mencionada, Roberta diz que veio procurar o atendimento “porque, em 2010, aconteceu aquele acidente no morro [nome do morro], lembra?” Conta que morava em outro morro, e “aqui também caiu, e matou um monte de gente, de vizinho, de gente conhecida”. Para Roberta, “era um barro que tinha caído na casa do vizinho. E era aquilo. Matou todo mundo que a gente conhecia”. Ela recorda: “E toda hora, achava corpos, então isso me deixou com muito trauma”. Lembra que, na época, tinha um sono muito leve. E aí, lembra que, quando aconteceu, escutou “um barulho muito forte”. Ela conta: “Aí eu fui e acordei assustada. Parece que você sonhou com aquilo, mas era realidade. Aí eu levantei, abri a porta, tava chovendo muito, ventando, faltou luz. E aí, com tudo isso, eu acordei”. E quando acordou, foi até a varanda. Ela diz: “Eu escutei os gritos de socorro. Aí, eu peguei a lanterna, peguei o chinelo e fui lá. Fui descendo, tava muito escuro. Eram três e pouca, quatro da manhã. E eu fui na direção das pessoas gritando, eram meus vizinhos”. E finaliza: “Caiu o barro. Mas pra mim era só aquela parte, né? Não sabia o que tinha acontecido”. Ela lembra que foi até lá, levantou sozinha e foi. E que, na sua casa, “ninguém ficou sabendo de nada”. Lembra que correu, logo de volta para casa, com medo do que pudesse acontecer. E que acordou todo mundo: “No escuro, meu sobrinho chorando com medo do escuro. Na época, não tinha esse negócio de celular igual hoje”. E conclui: “Aí foi uma cena de horror”.

Roberta diz que foi depois disso que “eu fiquei com trauma”. E continua: “Porque eu vi tudo, eu escutei as pessoas de madrugada, pedindo socorro. E eu fui socorrer, então, a gente não sabia da dimensão do que tinha acontecido. Hoje, eu tenho muito medo de chuva. Fico toda hora na previsão do tempo olhando se vai chover, se não vai chover”. E dá o exemplo da noite anterior, quando caiu uma chuva forte: “Eu acordei à noite de madrugada e comecei a me tremer. Não consegui dormir mais, entendeu?” Ela diz que estava dormindo e escutou o barulho e “era a chuva”. Ela bebeu água, tremendo. Tentou dormir, mas não conseguiu “porque fiquei com medo de chover forte a noite toda”.

Roberta diz que “quando a chuva é mais forte, ela tem mais medo”, mas “quando a chuva é mais fraca”, não tem. Conta que o teto de sua casa é de telha, e “dá pra ouvir mais, né? E isso me assusta”. Tenta encontrar maneiras de lidar com isso, inclusive, a terapia: “E é por isso que eu fui trabalhando isso com a Mônica, trabalhando isso na minha cabeça, *que é só a natureza*, que eu não tenho como evitar a natureza. Eu tento trabalhar isso pra não ficar assim, porque quando é uma coisa que dá para evitar, tudo bem. Mas e a natureza? Não tem como evitar, entendeu? E é por isso que eu procurei ajuda”. Hoje, ela diz que tem “outros problemas, ansiedade, e aí ela tem a psiquiatra Deise”. Além disso, tem uma mãe que é doente, muito doente, mas “ela mora longe e eu fico preocupada com ela”, além das preocupações com o filho de três anos. Fala que é ansiosa para muitas coisas, mas que foi “por conta da chuva”, que precisou de ajuda.

Pergunto a Roberta como ficou entre o ano de 2010 (ano em que ocorreu o desastre) e 2019 (ano em que procurou tratamento para os seus sintomas). Ela explica: “Pra mim, as pessoas tinham que ir no psicólogo, porque tavam ficando lélé da cuca. Porque quando a gente é mais novo é um pouco ignorante. Depois que a gente vai aprendendo as coisas, vai sabendo”. Foi uma de suas clientes, no salão em que trabalha, que era psicóloga, que recomendou que procurasse ajuda no ambulatório. Esta cliente, na ocasião, lhe disse: “Vai, se cuida, e não fica assim”. Roberta lembra que a indicação aconteceu, porque “um dia, ela viu o meu desespero. Eu tava no salão, e começou. E esse medo é só quando eu estou em casa. Quando eu tô em outros lugares, eu não tenho medo. Só quando eu tô dentro da minha casa, por conta do que aconteceu lá”. Mas nesse dia, aconteceu fora de casa. Roberta lembra que o “tempo fechou”, “escureceu muito”, o dia virou noite e “começou o temporal”. Ela conta: “Eu fiquei desesperada, porque meu filho tava em casa com a menina que tomava conta”. Nesse momento, sua cliente, vendo seu desespero, indicou o tratamento. Roberta fala um pouco dos seus sintomas:

Então, eu acordava de madrugada com muita tremedeira. Não era por fora, era por dentro, a carne tremia. O coração acelerava e me dava muita falta de ar. Eu acordava tipo quando a gente acorda de um pesadelo assustada assim? Eu acordava. E ficava assim bastante tempo, fazia um pouquinho de água com açúcar e tomava, ficava respirando fundo, pra pegar no sono eu demorava. Aí comecei a ter insônia, começou tudo isso.

Roberta conta que acontecia de tudo, “quando eu ficava com medo da chuva”. Lembra que era “aí que me dava essas tremedeiras, o coração acelerava e eu ficava nervosa. Parecia que eu ia enfartar, parecia que o coração ia sair pela boca. E aí depois foi piorando”. Observa que, no início, pensou que seus sintomas, com a passagem do

tempo naturalmente, que iriam melhorar. Ela diz que, desde o início, ia “trabalhando a sua cabeça”, dizendo a si mesma que ia “melhorar aos poucos”. Mas não aconteceu assim, porque sempre que chovia, “tentava ficar calma”, mas quando vinha “aquela chuva forte, com ventania, o tempo começava a ficar agitado”, começava a se descontrolar, “ficava nervosa”. Quanto à tentativa de autocontrole, mencionada algumas vezes, de ir “trabalhando a cabeça”, me explica que consistia em dizer para si mesma, “mentalmente”: “Fica calma, é só uma chuva, é a natureza, vai passar, não vai acontecer nada”. Diz que, no meio desses pensamentos, tentava lembrar que na casa dela mesma, “nada aconteceu”. E finaliza: “Nunca aconteceu nada pro lado em que eu moro. Nunca aconteceu. E eu moro aqui desde nova. Já vi telha voar dos outros, mas aqui nunca teve nada”. Mas mesmo assim, diz que fica falando: “É a natureza, vai passar, não tem porque ter medo”.

Roberta lembra que várias vezes “sonhou que tinha avião caindo e matando todo mundo também”. Sonhou também que o “morro tava todo caindo” e “que tentava salvar as pessoas”. E finaliza: “Foi bem traumático pra mim. Eu perdi muito amigo. Todo mundo entrou no meio da lama pra tentar salvar as pessoas. Foi horrível”. Lembra que ligaram para o corpo de bombeiros, de madrugada, e que “de manhã, de madrugada, ficava todo mundo gritando, porque faltou luz, caiu poste, caiu tudo”. Recorda que, durante a madrugada, “parecia que era uma casa só que tava entrando barro dentro, e as pessoas tentando tirar as crianças daquele quarto”. E acrescenta: “E eu fui lá com a lanterna, no escuro, eu lembro que eu tava com roupa de dormir, e só escutava as pessoas falando *sai, tá descendo*. Eu não sabia a dimensão”. Foi aí que eles acordaram pela manhã, e viram aquilo, a quantidade de casas “caídas, e tinha gente, teve gente que conseguiu sair viva, soterrada”. Ela diz: “Eu lembro muito de três gemeaszinhas, trigemeaszinhas, que tinham lá, pequenininhas, que ninguém conseguiu salvar. Aí saiu com elas no braço. O pai delas chegou lá chorando muito, porque elas moravam com a avó. Isso tudo fica muito na minha cabeça, sabe?” Lembra também que os bombeiros não vinham, pois estavam “no outro morro”, e aí “a gente mesmo, morador teve que catar enxada, com cuidado, pra que se tivesse alguém não machucar. Olha, foi horrível. E eu fiquei com isso pra mim”.

Em relação aos outros moradores, ela dá alguns exemplos: “Olha, eu sei que, assim que aconteceu, muita gente foi embora. Minha mãe foi uma. Com isso tudo, minha mãe também desenvolveu síndrome do pânico. Ela ficou muito doente. Ela trabalhava. Mas daí desenvolveu depressão e síndrome do pânico. Ela tá bem ruinzinha, sabe? Não sai sozinha e não trabalha”. Roberta lhe pergunta “vem morar comigo?” Sua mãe responde: “Deus me livre!” Roberta finaliza: “Só ficou eu praticamente, já que minha

mãe pegou as coisas e foi embora, e eu não podia, porque eu estudava, trabalhava aqui”. Roberta lembra que chegou a sair do local por um tempo, para morar em outro bairro. Então, seus sintomas diminuíram, mas um tempo depois, quando precisou voltar a morar ali, logo “começou tudo de novo”.

Para Mônica, psicóloga de Roberta, esse é um dos casos que a faz refletir sobre o tema do trauma. Apesar de colocar uma questão se determinado caso ou outro tem relação com uma situação eventual, externa e traumática, no caso de Roberta, parece-lhe bem evidente que não houve nenhum outro evento, antes dessa tragédia, a fez procurar ajuda. Em entrevista que me concedeu, Mônica se refere ao caso de Roberta, que até então “nunca teve nenhum tratamento, nenhuma passagem pela saúde mental, e aí naquela época, daquela chuva, algumas casas acima da dela desabaram”. Mônica reforça um comentário de Roberta: “Com a dela, nada aconteceu, mas, enfim, tiveram vizinhos mortos, casas que foram destruídas pela chuva, e aí a partir disso ela toca avida, é casa, tem um filho, mas se fechar o tempo e começar a ventar, ela abre uma crise de ansiedade que se se treme toda”.

Mônica confessa que nesse tipo de caso, “onde a coisa é muito circunscrita a algum evento”, ela fica com mais dificuldade: “A Roberta traz essa sensação de medo, e eu tenho mais dificuldade de trabalhar”. Comparando com o caso de outra paciente, cujo quadro é muito mais grave, “muito mais”, confessa que sua dificuldade é muito maior no atendimento a Roberta do que com essa outra paciente. Ela explica: “Porque o da Roberta é uma coisa muito circunscrita, ela não traz questões, mas tem esse momento de *escureceu, ventou*. E aí eu fico me perguntando: *Será que tem uma forma específica de trabalhar esse tipo de trauma?*” Ela conclui: “Não sei, eu fico me perguntando. Será que existe uma forma de trabalhar melhor com isso? Porque é muito circunscrito”. Ela diz que, nestes casos, acaba-se recorrendo mais facilmente ao uso da medicação que em outros casos. Ela prolonga a reflexão: “Será que existe alguma coisa que dê conta daquele momento?” E reitera sinceramente sua dificuldade: “Nessas situações muito circunscritas que se repetem da mesma forma, eu acho muito difícil”.

Em relação à questão de considerar o sofrimento da Roberta nos termos de um quadro eminentemente pós-traumático, Mônica diz que não haveria dúvidas que sim, mas que, na prática, lembra de ter colocado, em sua ficha, o “F41, Transtorno de ansiedade”. Ela diz, em relação à classificação de TEPT: “Eu nunca usei, eu vou procurar qual F é, mas pode ser que nem os médicos usem muito”. Uma das suas hipóteses é de que sempre “se dá o diagnóstico do que vem depois”. Ela continua: “Tem uma situação traumática

que gera uma crise de ansiedade. Nesta situação, a gente dá o diagnóstico da crise de ansiedade”. Mas se tem uma situação traumática que “gera uma depressão, a gente dá o diagnóstico da depressão”. No decorrer da entrevista, Mônica confessa que fica pensando que talvez uma das consequências desse uso da terminologia diagnóstica, seria: “A gente dá o diagnóstico somente para o efeito”. Diz que talvez fosse interessante, levando-se em conta o caso específico da Roberta, se [a gente], “futucando, não descobrisse casos de uma situação traumática que está sendo apenas medicada, sabe?” Sua intuição é que seriam encontrados muitos casos assim: “De situações, sabe, que abriram um quadro de insônia, de ansiedade, que foi uma situação traumática daquelas que mudou tudo e que está sendo só medicado, e que isso talvez possa ser ressignificado”. E conclui seu raciocínio: “Eu pensei nisso agora. Eu acho que esses casos muito circunscritos, acho muito difícil de cuidar, de escutar, de atender”.

Mônica ainda acrescenta que talvez fosse importante estar mais atento ao momento da recepção. Talvez, neste primeiro momento de chegada do paciente, “eu acho que quando é uma situação traumática muito forte, não sei se tem medida de intensidade, mas quando é uma situação traumática que traz muito sofrimento, muito adoecimento, não passa despercebido”. No caso da Roberta, acredita “que a gente possa ter muitos quadros de ansiedade só medicados por alguma situação que tenha acontecido, e que continuam a ser medicados para dar conta dessa ansiedade, dessa angústia, desse sofrimento”. E conclui: “Mas a coisa, ali, o que aconteceu, continua não sendo trabalhado, não sendo falado”. E finalmente: “Estou pensando isso a partir o caso da Roberta e eu me preocupo muito com esses casos de neurose mais *light*. Fico pensando na sociedade, a gente medica a ansiedade, a insônia, muito facilmente. Às vezes a gente indica. Mas é isso: a demanda é enorme”.

#### **3.15.4.8 Caso 8: Andréa**

Andréa chegou ao ambulatório em junho de 2015, encaminhada pelo setor competente do hospital psiquiátrico mais próximo. Lemos um breve resumo sobre a paciente no pequeno papel de encaminhamento que assinou o plantonista desse hospital. Segundo esse médico, a “paciente informa ter saído de casa há poucos dias, após estressores crônicos e graves com um parente. Atualmente tem apresentado sintomas ansiosos incapacitantes. Tem demanda de psicoterapia individual”.

Acompanhando o volume de seu prontuário, constato que sua chegada efetiva ao ambulatório foi pouco mais de uma semana depois desta consulta no setor de emergência. Num pequeno papel enfiado no meio do grosso prontuário, temos a seguinte informação: “Declaro que Andréa está em processo de Recepção neste ambulatório de saúde mental, a fim de começar tratamento psicoterápico e psiquiátrico, encaminhada pelo” setor de emergência do hospital psiquiátrico. Já no início de julho, lemos o primeiro dos muitos registros feitos pela psicóloga responsável pelo acompanhamento. A profissional resume o primeiro encontro: “Fala da história com detalhes das mudanças em sua vida. Atualmente, com muitos medos”. Detalha também que a paciente não consegue ficar em locais onde há muita gente, além de que “Não pôde falar com sua mãe quando quis, e que não denunciou, antes, o seu padrasto, por medo das ameaças”.

Passados dois dias após a consulta psicoterápica, ocorreu a primeira consulta com uma das psiquiatras. O registro da médica completa as informações dadas acima pela psicóloga: “Andréa conta que foi abusada sexualmente pelo padrasto desde os 11 anos. Vivia sob ameaças constantes. Agora, foi encorajada pelo namorado a denunciar e a sair de casa”. A paciente estava morando com outra pessoa da família: “Sente muito medo de sair de casa, de andar em meio a multidões e de ficar sozinha”. Segundo o registro, a paciente precisa de alguém até para tomar banho, além de sentir que o padrasto possa aparecer a qualquer momento. E finaliza: “Insone, se alimenta pouco, humor ansioso/deprimido”. As primeiras medicações prescritas para Andréa foram fluoxetina e clonazepam. Foi encaminhado um laudo ao INSS, ao que tudo indica, e marcada a próxima consulta para 30 dias depois.

Segundo os registros da psicóloga, das semanas seguintes, a paciente passou a se sentir melhor, mais calma, provavelmente “pelo uso das medicações”. Tem tentado não pensar no que aconteceu e sentido saudades da família, principalmente da avó e da tia. Nestas primeiras consultas, falou de alguns dos trabalhos que fez como vendedora em lojas, evidenciando que sempre fez amigos com relativa facilidade. A essa altura, contou que estava aguardando o dia em que seria ouvida pelo Ministério Público e o padrasto já foi intimado a comparecer ao MP. Diz também sentir falta dos amigos, pois, “por medidas de segurança, está isolada e não entra em contato com ninguém”. Segundo a psicóloga, a paciente “teme que o padrasto a ache e a mate”.

Ainda em julho de 2015, lê-se que a paciente apresenta tristeza, “com olhar para baixo”, sendo necessário estimulá-la para que fale. Segundo a terapeuta, apresenta-se um “pouco mais tranquila, embora os medos persistam”. Andréa conta que as tias e primas



deixaram mensagens em seu celular dizendo que o “padrasto confessou”. Fala ainda que “pela idade, ele pode ser preso e cumprir [pena]”. A psicóloga finaliza: “Ela continua com medo que ele a encontre”. O prontuário traz detalhes sobre a perícia do INSS que Andréa deveria fazer, perícia, adiantamos, que será repetida várias vezes no curso do tratamento. No final de julho, ainda em consulta psicoterápica, lemos que a paciente teve “notícias do processo e que tanto o padrasto como a mãe já foram intimados a comparecer perante o juiz, embora não saiba a data certa”. Nesta mesma sessão, a psicóloga registra uma de suas falas a respeito do medo que sente do que “esse homem possa fazer (matá-la)”. E diz que tem que “organizar sua vida”.

Decorrido pouco mais de um mês, entre outros fatos, notamos a primeira referência a um dos “sintomas” de Andréa, que a acompanhou por um longo período de tempo. Neste dia, A psicóloga Talíria registra: “Andréa chega um pouco atrasada. Diz ter tido pesadelos e ter custado a dormir. Sonhou que a mãe, que não sabe dirigir, pegava o carro e batia”. A psicóloga nota que sua paciente fala com mais soltura. Em outubro, agora em consulta psiquiátrica, a médica observa que a paciente apresentava melhora do humor em relação à última consulta.

Nos meses seguintes, houve várias consultas com a psicóloga e com a psiquiatra. Destacam-se no prontuário as referências das duas profissionais aos depoimentos que a paciente deu na vara criminal e aos constantes desafios emocionais enfrentados. Entre outros assuntos, também se destaca o trabalho da paciente com a psicóloga, visando projetos de vida, possibilidades de seguir em frente, seus caminhos, mas vinculando isso à prisão do padrasto. Numa consulta de dezembro de 2015, Talíria registra: “Coloco para ela a questão de pensar não só o que projeta fazer se o padrasto for preso, mas também como seguir sua vida, no caso dele não ser.” Entre os assuntos que se destacam nos meses seguintes estão os relativos a possíveis estudos e possibilidades de trabalho. No final de janeiro, por exemplo, lemos o seguinte registro de Talíria: “Disse estar se preparando para dois concursos, pois fica sem fazer nada, não é nada bom para ela, e também porque quer pensar no seu futuro”. Andréa diz que, além de estudar para os dois concursos, também pretende se preparar para o ENEM. A paciente gostaria de fazer “necropsia”, um sonho que tem desde criança, mas que exigiria que fizesse faculdade de medicina. Uma segunda opção de curso seria fisioterapia.

Começam a aparecer, na maior parte das sessões, junto com aquelas ideias, questões causadas pela necessidade de fazer as perícias. Em fevereiro de 2016, por exemplo, Talíria escreve: “A partir da perícia que terá que fazer em março, pelo benefício

que conseguiu, devido à impossibilidade de andar na rua sozinha, fala de sua angústia, de que, em momentos, acha que estão olhando para ela, que tem alguém perto, e que precisa revisar a porta, se está trancada várias vezes”. Neste dia, a paciente fora trazida pelo primo. No final de fevereiro, constatamos que comparece ao fórum judicial, mas que deverá voltar à delegacia para “atualizar os fatos”. Talíria anota que Andréa se sente como num “cativeiro”, pois não pode fazer muita coisa fora de casa. A rigor, só sai para ir a médicos e “vir aqui”. Segundo a paciente, a promotora do fórum “ficou chocada com o seu relato”, tendo, inclusive, esquecido de lhe pedir para assinar seu depoimento. Andréa deveria, nos próximos dias, voltar à delegacia e ao Fórum.

Em março de 2016, vemos novamente uma referência aos pesadelos da paciente. Segundo Talíria, neles, Andréa se vê discutindo com o padrasto, embora não lembre exatamente sobre o quê. Talíria diz que a paciente não sabe o que diz ou gostaria de dizer nessas experiências. Revela a saudade de casa e que ainda continua com “temor de andar na rua”. A paciente soube por parentes que, em sua versão sobre o ocorrido, o padrasto mentiu, disse que ela havia consentido e que o seduziu. A psicóloga acrescenta que um amigo da paciente o viu armado com uma faca, após ter sido convocado a comparecer.

No final de março, ao que tudo indica, houve uma troca da psiquiatra. Bárbara [a nova médica] provavelmente se refere à fala da paciente neste dia: “No início, chorava muito, não conseguia falar”, além de ter perdido 10kg, e que, hoje, relata “medo de sair de casa, medo do padrasto se aproximar”, além de ter tido que sair do trabalho, pois o seu “psicológico não estava bom”. Entre outras coisas, relata que os abusos começaram, quando tinha 11 anos e que a denúncia ocorreu há um ano e que, “ao deitar, ouve gritos e que às vezes vê o padrasto”. E finaliza, colocando-se no lugar da paciente: “Tenho muito medo de sair, de ficar no escuro, não sei como seria ao vê-lo”. No primeiro registro desta médica, encontramos a primeira referência explícita, em termos diagnósticos, ao trauma, ao “estresse pós-traumático”. Entre os itens da conduta terapêutica indicados, lemos ao final: “Trazer questionário TEPT”. Ora, não por acaso, veremos, pela primeira vez, numa consulta de maio, provavelmente reforçando as observações da primeira consulta, explicitada a categoria de F43.1 - Transtorno de Estresse Pós-traumático. Neste dia, a psiquiatra observa que, embora o sono e a alimentação estejam regulares, “apresenta labilidade emocional, choro fácil e anedonia”. Segundo o prontuário, a paciente reclama de que “tem dias que não quero levantar”. Nesta mesma consulta de maio, consta também afirmação provavelmente dita pela própria Andréa: “Tenho TOC, arrumo tudo de cores

iguais”. Segundo o registro, essa “mania de arrumação piorou”, pois lhe dá “agonia, até que ela arrume. Se não, não sossega”.

Em junho de 2016, Andréa conta para a psicóloga ter sido novamente atacada em pesadelos. A diferença notada pela paciente é que, neste momento, se vê conseguindo se defender, diferentemente de antes, quando “só era atacada”. Andréa reconhece nisto os efeitos do próprio tratamento. No mesmo mês, a psiquiatra registra-se que, no mês anterior, completou um ano do ocorrido. A paciente relata que, nas últimas semanas, provavelmente por causa disso, ficou pior, “sem conseguir tomar banho, comer e sair da cama”. Quanto ao processo contra o padrasto, acrescenta que, devido a um erro de digitação, ele responderá em “liberdade”. Neste dia, veio sozinha à consulta. Disse que estava com frequente insônia e os pesadelos. Repara que, coincidentemente, “de duas semanas para cá, voltei a não reagir nos pesadelos”, tendo perdido a fome e peso. A psiquiatra completa que o pai de morreu há 14 anos. No final do registro, além do usual comentário sobre sua conduta e medicação, lê-se a menção ao laudo encaminhado ao INSS e a marcação da data de retorno.

Em agosto de 2016, segundo Talíria, Andréa experimentou sair para a rua, mas que teve a impressão de ter visto o padrasto, e que então começou a correr, quase sendo atropelada. Na mesma sessão, a psicóloga anota que a paciente tem constantes pensamentos de “querer morrer”, para acabar com o sofrimento. Uma semana depois, a psicóloga escreve que, por causa desse “quase atropelamento”, Andréa não conseguiu mais sair de casa, mas que está “trabalhando a mente, desde então, pois precisa enfrentar essas possíveis situações a que se expõe”. No final de agosto, além do F43.1, Bárbara passou a incluir também o F32. Sua descrição deste dia, ao que tudo indica, é compatível com a inclusão desta última categoria, uma vez que a paciente, estando acompanhada da prima, está com “aparência muito emagrecida e humor triste”, e que “refere piora dos pesadelos, perda de apetite, alucinações visuais, agorafobia e irritabilidade”. A psiquiatra registra que conversaram sobre a alimentação, o início de uma nova medicação e o episódio em que viu o padrasto na rua e saiu correndo: “Diz que está em uso de SOS para conseguir sair. No dia a dia, só fica deitada e dormindo”. A mirtazapina foi acrescentada ao rol de medicações que já incluía, a essa altura, fluoxetina e clonazepam. Foi feita mais uma declaração para ser entregue ao INSS.

No dia 14 de setembro, a psicóloga registra que sua paciente se encontra “abatida com o que aconteceu”; “com pouca vontade para levantar da cama e fazer as coisas”. Andréa faltou às duas sessões seguintes com Talíria. Retornou em outubro, quando, entre

outras dificuldades, abordou a de ter que voltar várias vezes à vara criminal, e a de permanecer em lugares com aglomeração. Também estava preocupada por causa da prova do ENEM, que estava se aproximando. A psicóloga registra que continua o medo de “ver o abusador na rua, medo que tem origem nas múltiplas ameaças que ele fez ao longo dos anos, e que “continua trancada em casa e aguardando resposta do tribunal”. Tais sintomas são exemplificados na fala da própria paciente. No mesmo mês de outubro, ela disse à psicóloga: “Quando vou à rua, só de carro. Ônibus e barulho me deixam angustiada e tonta. Não saio sozinha”.

Em dezembro de 2016, vemos pela primeira vez uma menção à ideia de morar em Portugal. Segundo Talíria, Andréa acha que “seria muito bom, para morar, estudar, etc.”. No mesmo mês, Bárbara faz uma primeira referência à introdução da risperidona (antipsicótico), provavelmente devido à queixa de Andréa de que “todos estão falando de mim, tem alguém me perseguindo”, interpretada como “delírios autorreferentes”.

Em janeiro, passadas as festas de fim de ano, novamente em consulta psiquiátrica, a paciente relatada ter “ficado assustada com os fogos”. Segundo Bárbara, Andréa apresenta sono regular, embora “persistam os pesadelos”. Este início de ano é marcado pela notícia de que não passou na perícia do INSS, sendo obrigada a voltar a trabalhar nos meses seguintes. Em março, o prontuário registra que, durante a atividade de trabalho, “teme que ele apareça por lá”. Segundo a psiquiatra, a paciente relata dificuldade para trabalhar e, falando na primeira pessoa, escreve: “Ele está solto, fico me sentindo perseguida, não paro de olhar para a janela”. E finaliza: “Chora durante a consulta”.

No final de março, Talíria registra que os pesadelos voltaram, e acrescenta uma informação – antes não observada - de que tais pesadelos só passaram a ocorrer, após “ter feito a denúncia policial”, ou seja, imediatamente antes de iniciar o tratamento. Neste dia, a paciente disse que sua mãe tentou abortá-la, quando estava por volta dos cinco ou seis meses de gestação, “pois já tinha um filho de 10 anos e não queria mais um”, e que aos cinco anos de idade, os pais de Andréa se separaram. Talíria registra: “Pouco contato com os pais, pois a mãe sempre falou que ele não presta e também vivia se mudando”. Aos “10 anos, o pai falece de infarto fulminante”.

Nos meses seguintes, alguns registros ficam mais breves. Exemplos são o do dia em que a psicóloga diz: “Continuam seus planos de ir morar em Portugal e à espera de sair a cidadania da madrinha, para depois, tramitar a dela”. E do dia em que a mesma profissional escreve: “Forneço declaração para o INSS”. Também em maio, e de forma ainda breve, refletindo talvez um período de maior estabilidade na paciente, a psiquiatra

escreve: “Paciente orientada, estável. Relata que os pesadelos estão cada vez mais esparsos. Está comendo melhor”. Apesar de alguns contratemplos, desafios pessoais e queixas, encontramos em dezembro, Bárbara registra: “Paciente orientada, eufórica, pensamento organizado. Alimentação e sono regular. Sem queixas psiquiátricas”.

Em fevereiro de 2018, uma etapa importante de todo este processo é concluída. Num registro, lemos: “Saiu a sentença de prisão para o padrasto. A defensora sugeriu dela ficar em casa por 15 dias, até que seja publicado, que é o tempo que ele tem para recorrer. Está muito ansiosa e assustada”. Em abril, conseguimos identificar que a paciente ainda tem dúvidas acerca do andamento do processo. Em relação ao projeto da mudança para Portugal, diz que foi identificado um erro na documentação da madrinha e que tiveram que refazer. Por fim, informa que conseguiu a licença do INSS até o mês de outubro.

Em maio, ocorre nova mudança no acompanhamento psiquiátrico, com a entrada do Dr. Luís, substituindo a Dra. Bárbara. No registro de sua primeira consulta, o médico resume o caso: “Diz que continua não saindo de casa e não conseguindo trabalhar. Está aguardando a sentença de seu padrasto e que tem sido difícil esperar”.

Em agosto, Luís registra o falecimento da mãe de Andréa, ocorrido há apenas dois dias, e que estava sendo muito difícil para ela. Neste mês, Talíria faz uma breve observação: “Está bem aflita pelo falecimento da mãe”.

Em outubro, o psiquiatra registra: “Paciente relata que tem se sentido pior. Diz que não tem se alimentado direito, tem vomitado e tem tido crises de pânico”. Poucas semanas depois, Talíria percebe que a paciente se encontra “muito angustiada, tem tido pesadelos e que sonha com o que lhe aconteceu”. A psicóloga escreve que Andréa liga “isto ao falecimento da mãe, às possibilidades de que o padrasto tenha descuidado dela no último ano, em que ficou totalmente acamada e dependente”. Talíria também registra que contribuiu ainda mais para o agravamento do caso, o fato de que o “padrasto entrou com recurso na justiça, após ter sido sentenciada sua prisão”. Por fim, a psicóloga faz um importante registro, até então inexistente: “Pela primeira vez, fala alguns detalhes sobre o que ele fazia com ela, com muita angústia”. E, por fim, registra que a paciente tem “tido vômitos e está se alimentando com dificuldade”.

No decorrer dos meses, apesar das persistentes dificuldades e dos muitos desafios enfrentados, percebe-se uma melhora no quadro de Andréa. Um exemplo disto é o registro do final de janeiro de 2019. Luís escreve: “Paciente com melhora total do quadro. Relata estar se cuidando bem. Fala sobre tomar SOS para ir ao atendimento”. Pouco mais de um mês depois, como exemplo de sua dificuldade, a psicóloga relata: “Passou muito mal nas

festas de Natal e Ano Novo, lembrando das festas familiares”. Também registra sua vontade de ir “pensando em morar em outro Estado, pois aqui ela está presa”. Em maio Talíria registra as dificuldades ainda enfrentadas pela paciente: “Ansiedade, falta de ar, pesadelos”. Na semana seguinte, a psicóloga registra: “Continua chorosa, mas tem notícias de que o padrasto foi condenado a 17 anos de prisão”. Aproximadamente um mês depois, entre outros detalhes, Talíria nota Andréa “muito ansiosa por sua ida hoje, mais tarde, ao Fórum”, e “pensando em seu futuro e sobre sua reaproximação ou não da família, da qual está separada já há uns 4 anos”.

Destacamos que, no final de julho, vemos a primeira referência de Luís à categoria F42.1 Transtorno Obsessivo Compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos. Nunca saberemos se o profissional quis, de fato, fazer referência ao “TOC” ou a um possível quadro de estresse pós-traumático, uma vez que, num registro seguinte, não encontramos mais o referido “F42.1”, mas sim o “F43.1”, justamente o transtorno de estresse pós-traumático. Foi nesta mesma sessão que o psiquiatra se referiu pela primeira vez, desta vez de maneira explícita ao “TEPT” e não ao “TOC”. Ele relata também que a paciente “há duas semanas”, estava ansiosa, não dormindo bem, uma vez que finalmente fora expedida a ordem de prisão do padrasto.

Algumas semanas mais tarde, numa consulta com o médico, notamos uma virada no quadro de Andréa, a despeito dos sintomas e dificuldades recentemente observados tanto por ele quanto por Talíria. Vale notar que esta melhora coincide com a expedição do mandado de prisão. Em consulta do final de julho, por exemplo, Luís registra que a “paciente relata melhora expressiva do quadro”. No mesmo dia, já Talíria anota no prontuário: “Muito melhor. Sorridente como nunca a vi”.

Algumas semanas depois, em consulta com Talíria, lemos que “um policial entrou em contato com Andréa há uma semana e pouco, para saber se ela tem algum dado a mais sobre o padrasto, pois, como ele mora em área de risco, o policial não está podendo entrar para pegar ele”. Pelo registro da psicóloga, ficamos sabendo que dentro de um mês, em novembro, “sairão os papéis de Portugal, e que acha que, finalmente, irá para lá em fevereiro. Vem tentando estudar para o ENEM”. Em dezembro de 2019, observamos de novo no cabeçalho do registro psiquiátrico o “F43.1”, indicando que o diagnóstico de estresse pós-traumático estava plenamente estabelecido pelo psiquiatra. Vale notar, ainda nesta consulta, sua observação de que a “paciente está bem. E que apenas está aguardando a polícia prender seu padrasto”.

Finalmente, Talíria registra em janeiro de 2020: “A paciente já está com passagem para Portugal. Se vê bem, ainda que ansiosa por nunca ter viajado de avião”. Cerca de duas semanas depois, aconteceu o importante momento de fechamento do tratamento. Nunca saberemos precisamente a emoção da psicóloga, que registrou nesse dia: “Última sessão deste tratamento. Andréa viajará para Portugal e eu entrarei de férias semana que vem”. Talíria faz sua última observação no longo prontuário: “Importante trabalho sustentado ao longo destes anos. Sugiro já procurar acompanhamento no lugar em que for morar”. Na mesma semana, um pouco mais à frente, o Dr. Luís registra: “Alta médica com indicação de continuidade de tratamento em Portugal”.

### *Visão dos profissionais*

Como vimos, trata-se de um caso cujos meandros, ao longo do tempo, só foi possível acompanhar, devido aos registros detalhados dos profissionais envolvidos. Ele pode, assim, ser distinguido de tantos outros desprovidos, nos respectivos prontuários, de informações tão ricas, detalhadas e constantes, como encontramos neste. Pelo que se pode constatar, todos os profissionais se dedicaram, desde o início, de maneira aparentemente ininterrupta e mais ou menos detalhada, a cada sessão, através das suas observações, hipóteses, condutas de tratamento, sintomas, diagnósticos etc. Por outro lado, não pudemos acompanhar o choque de diferentes visões profissionais, como em tantos outros casos, em que isto foi possível, graças às conversas de “corredor” ou, como tantas vezes aconteceu, acompanhando o debate nas reuniões de equipe.

Vale também dizer que, quando cheguei ao ambulatório, em outubro de 2019, o caso já estava próximo dos “últimos momentos”, ou seja, nos meses imediatamente anteriores à finalização do tratamento e da ida de Andréa para Portugal. Desta maneira, não chegamos a saber se se tratou de um caso constantemente levado para as reuniões de equipe ou se “repercutiu”, e quanto, na equipe, além dos diretamente envolvidos. De todo modo, estando já no ambulatório nestes “últimos momentos”, pudemos entrevistar os profissionais, num período relativamente próximo à finalização do caso.

Nas entrevistas com o psiquiatra Luís e a psicóloga Talíria, o caso de Andréa foi mencionado. Vale esclarecer que a aproximação do mesmo, como de outros, se deu *a partir* dessas entrevistas. Nosso foco, portanto, é importante dizer, não foi um paciente específico ou outro, mas o tema do trauma, de modo que tais pacientes (como Andréa) foram mencionados como exemplos claros relacionados a este escopo mais geral.

*Dr. Luís*

Em determinado momento da entrevista, Luís lembra de dois casos que seriam “emblemáticos” na questão do trauma. Um deles era o de Andréa. Nesta ocasião, me explicou que se tratava de um caso de estupro, em que o padrasto abusou dela dos 12 aos 19 anos, “por muito tempo”, “até que ela consegue fugir”. Luís deixa claro que a paciente “sempre contou para a mãe, e a mãe nunca se importou”, até que ela “consegue fugir de casa” e hoje está escondida na casa da avó. Segundo o médico, ela tinha apresentado “uma melhora muito significativa, muito por conta de que ela sempre quis se vingar desse cara, e com razão né, até que ela queria que ele fosse preso”. E continua: “E consegui, há pouco tempo, que saísse a liminar [sic] na justiça, e acabou. Já foi decidido que ele vai ser preso, só que não conseguem prendê-lo, porque ele mora numa área de risco e o carro da polícia não consegue entrar lá. E ele está se refugiando ali”.

Luís diz que “hoje, ela está conseguindo dar uma super volta por cima, até porque ela mora aqui, mas não consegue sair de casa, porque tem medo de encontrar esse cara na rua a qualquer momento, e descobrir onde ela está”. Por outro lado, “ela tem uma família que mora em Portugal e quer recomeçar a vida lá”. Sobre os sintomas, Luís diz que “ela tem quadros de pânico o tempo todo, não consegue sair de casa e fica com muito medo, um pavor de encontrar esse cara em qualquer lugar que ela vá, e isso faz com que ela fique reclusa em casa”. Acrescenta que é por isso que ela “não trabalha, não estuda, não se relaciona com ninguém há quatro anos”. Quando lhe perguntei se ele notava algo de especial na interação com a paciente, respondeu que, “no início, ela não olhava nos olhos, por exemplo. Tinha muita dificuldade, no início, até porque chorava muito também né”. Além disso, ele lembra:

Ela evitava o meu olhar, nunca interagiu em nada nessa questão de toque, essa coisa física, e sempre foi muito desmotivada em relação ao futuro dela, sabe? Antes de sair essa liminar [sic], esse mandado de prisão do padrasto dela, ela não tinha quase que nenhuma expectativa. Ela achava que ia viver a vida fugindo e lutando contra isso.

Por outro lado, na medida em sai a ordem judicial, “tem uma importante mudança”. Luís afirma que “ela não chega demonstrando, lógico, uma alegria, alguma coisa assim, mas ela é uma outra pessoa. É como se fosse conseguir, finalmente. Ele vai pagar pelo que ele fez. E eu acho que essa questão de mudar de país ou de lugar, eu acho isso bom também. E isso tudo começou após a liminar [sic]”.



*Talíria*

De maneira semelhante, ao longo de nosso encontro, Talíria lembra deste caso como um exemplo do que estávamos buscando entender: “Yuri, lembrei de outro caso, muito importante, que é de uma jovem que chegou para a gente em 2015. Mas esse foi abuso, estupro, de fato consumado durante anos, do padrasto, dos 12 até os 19. Agora, ela deve estar com 24, eu acho, mas acho que ela chegou para a gente com 19”. Talíria repassa, neste momento, várias informações que já foram detalhadas acima, nos prontuários. É importante acrescentar, entretanto, alguns aspectos de sua prática, que mesmo, a partir de registros tão detalhados, feitos durante anos, não se pode apreender. Ela conta, por exemplo, que Andréa nunca “chegou a falar com a mãe, porque o cara ameaçava”. Ele “aproveitava todas as saídas da mãe de casa”. Talíria diz que, no início do relacionamento da mãe com esse homem, Andréa lembra que ele “a tratava muito bem, comprava brinquedos, sabe, toda uma coisa, assim, de um aparente cuidado”. No entanto, no momento em que ela cresceu um pouquinho, que ele “começa a fazer essas coisas”. Talíria enfatiza que, sobre “estas coisas”, ela “nunca” pediu detalhes. A psicóloga enfatiza que “ela *nunca* falou e eu *nunca* perguntei”. Talíria diz que a abordagem, o perguntar ou não sobre os detalhes, “depende de cada situação”, e que não há uma regra de conduta terapêutica rígida a ser seguida.

Talíria repara que não sabe precisar se possui “uma teoria do porque às vezes” insiste “mais e às vezes não”. Ela diz: “Me parece que quando é uma questão claramente traumática, de violência, porque uma coisa é aquilo que você não gosta, que seus pais dizem, mas você discorda” e - ela enfatiza - “outra coisa é quando há fato, que eu não vou corroborar se foi um fato consumado”. No caso de Andréa, ela veio encaminhada pela Delegacia da Mulher, após a vítima ter feito a denúncia e agora, “Graças a Deus, ela está em Portugal”. Enfatiza que o importante a dizer é que “o cara ameaçava que ia matar ela, ia matar a mãe, ia matar a vó, as primas, as tias, se ela falasse. Então, ela nunca falou”.

Para Talíria, “sem aquela situação traumática reiterada de violência, eu acho que ela era uma neurótica comum e corrente, sabe?” No caso de Andréa, “essa situação reiterada durante anos, não era uma vez a cada um período longo de tempo, era a cada vez que a mãe saía que ele aproveitava essas situações”. Ela detalha: “Sabe, ela ficou presa, porque ela não saía na rua, depois que fez a denúncia. Só saía acompanhada para consultas médicas, clínicas, dentista. Mas ela estava presa”. Talíria lembra: “Tanto é que

depois eu pensei: *Você não pensou em se mudar de lugar para morar?*” Ela conclui: “Porque ela estava presa, uma menina cheia de vida, mas muito deprimida, com medo”. Nesse caso, “era um efeito traumático nítido”.

Talíria reflete sobre o trauma, pensando em casos como o de Andréa: “Porque quando as histórias, não o fato, mas o fato discursivo, quando traz uma questão... porque a gente nunca vai comprovar, na verdade, a gente trabalha com o que o paciente fala, não é? Nós não somos peritos judiciais, que vamos ver se a coisa aconteceu ou não”. Ela continua: “De qualquer forma, nesse sentido, eu ressaltaria que o trauma é um fato discursivo. O paciente fala disso, e isso para ele é traumático”. Expõe sua visão de que, naturalmente, existem “situações e situações”, “algumas que são mais”; “mas, por mais que a gente não vá comprovar, você diz: *Isso tem realidade fática. Não é só fantasia*”.

Em relação ao tratamento de Andréa, Talíria diz que “consistiu fundamentalmente em dar suporte a ela. Suportar, digamos, até porque ela tinha que ir frequentemente averiguar como estava o processo”. Lembra que Andréa não era uma paciente “que falasse muito de sua história, ela falava mais de seu dia a dia”. A psicóloga então reforça: “Foi mais uma sustentação, sustentar ela”. Diferencia seu caso de outros, como de outro paciente atendido por ela no ambulatório, em que “não vinha muita coisa”, e ela achou importante encorajá-lo a falar. Com Andréa, sua abordagem foi encorajá-la a fazer o que fez, apoiá-la nos momentos em que não estava com a família, ajuda-la por nunca mais ter visto sua mãe até que ela falecesse, a avó, as primas, etc. E avança: “Bom, então, ela não tinha uma questão neurótica. O caso dela era claramente pós-traumático. Medo totalmente justificado. Porque também não era uma questão de pânico que ela não conseguia se mexer”. A rigor, complementa, ela “não tinha outros motivos, não tinha outras questões que afetassem ela”. Talíria lembra que, na verdade, “ela nem teve tempo de pensar em outras coisas. Eu acho que, se não tivesse acontecido isso, não digo que não fosse ter situações sintomáticas para talvez trabalhar. Não que necessariamente fosse se desenvolver uma questão fóbica, de medo, mas que nem sequer seria uma fobia, mas mais uma questão pós-traumática e por causa dessa situação”. Talíria desenvolve seu raciocínio: “Nem era uma questão de fobia, era uma questão de precaução, de cuidado. Não é mesmo?” Talíria conclui: “A gente não poderia dizer *Isso é neurótico*”. Lembra que foi a própria “neurose o que possibilitou a ela se cuidar, era o mais sadio, vamos dizer assim”. Além disso, o medo, “a questão depressiva era óbvia. Se não estivesse deprimida seria maluca, não é?” E como “perdeu o contato com a família, teve que renunciar a tudo que ela tinha, se afastar...”. Talíria acrescenta: “Se ela não estivesse sofrendo com isso,

estaria louca. Se a sintomatologia é uma defesa, no caso dela foi uma defesa bem necessária. Porque me parece que o mais sintomático era a questão depressiva, e o medo de sair era o que ela tinha que ter para poder se cuidar”. Sendo assim, finaliza, neste caso, “ainda bem que se instaurou como traumático do que algo como *Bom, isso deve ser a minha vida e ponto*”. Talíria conclui que, caso contrário, Andréa “ficaria presa a essa situação sem ter chegado para a gente, sem poder pensar em fazer outra coisa da vida”.

## CONCLUSÕES

Iniciamos o presente trabalho acompanhando alguns dos debates em torno do conceito de trauma, no chamado “norte global”. Nosso intuito foi situar o leitor, de maneira ampla, neste campo diversificado e constantemente atravessado por controvérsias. Debruçado sobre o panorama internacional, sobre cenários predominantemente de língua inglesa, nunca pretendi abarcar um conjunto “completo” dessas discussões. Ao contrário, sem perder de vista o objetivo de apresentar um amplo quadro ao leitor, quis apresentar as diferentes versões, as tensões envolvidas e alguns dos principais debates sobre o trauma, incluindo, sempre que possível, as diferentes vozes dos que padeciam de tal sofrimento e falavam em primeira pessoa. Justamente por isso, iniciamos o trabalho com os avisos de gatilho e acompanhamos, logo em sequência, diversas outras controvérsias, como do abuso sexual infantil, emergente na virada dos anos 90 para os 2000, em torno da “factualidade” vs. “falseabilidade” e da “construção social” do trauma. Indo além do intuito de simplesmente exibir estas controvérsias, na primeira parte, destacamos, partindo de exemplos empíricos, algumas das importantes rupturas de sentido que o conceito de trauma e a categoria de TEPT sofreram no período mais recente, especialmente aquela entre o quadro epistêmico do trauma dos anos 90 e do período seguinte, na esteira dos chamados ataques às Torres Gêmeas. Se no início das investigações da tese, não tínhamos clareza da importância da guerra para o nosso trabalho (tal como tivemos em nossa investigação de mestrado<sup>1204</sup>), ela agora ficava clara. É verdade que o trauma já existia na terminologia médica, desde o último quarto do século XIX, muito embora só tenha se transformado em diagnóstico em 1980. É preciso reconhecer que tanto nos anos 80 como nos 90, ainda não tínhamos a abundância de testemunhos e relatos pessoais, como passou a acontecer a partir do começo do século XXI. É possível pensar que, no período anterior à virada do novo século, ainda vivíamos na era da ansiedade (no máximo, na era do medo), devido ao permanente perigo da guerra nuclear entre os dois sistemas: o socialista e o capitalista. Desde o início desta mesma década, a probabilidade de eclosão da guerra atômica tornou-se cada vez menor.

---

<sup>1204</sup> A estrutura da guerra esteve presente na dissertação e serviu como coluna de estruturação, da qual buscamos material empírico. Não estava claro de que modo isto se atualizaria em nosso presente trabalho. Por outro lado, o que vimos, é que a guerra, nos seus moldes atuais, continuou sendo um dos principais pilares a partir dos quais seguimos os atores, em busca do entendimento sobre o trauma.

O trauma, como foi dito, embora já existisse, só se configura como um pilar central a partir do chamado 11 de setembro de 2001, quando uma nova lógica foi instaurada, suplantando os medos e ansiedades de antes. O terror passou a habitar um mundo muito mais cotidiano, entronizado pelos poderosos meios de comunicação de massa, transformado em justificativa da permanente “Guerra ao Terror”. Surgiu uma nova ordem, paralela à chamada guerra híbrida, entendida como a que é possível ser travada por homens-bomba nas grandes cidades do ocidente coletivo, o grupo de países que integram a OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte). Por mais que os termos já estivessem disponíveis, foram somente as circunstâncias criadas por esse movimento geopolítico, na primeira década do século XXI, que o trauma se configurou num novo discurso, não mais restrito ao vocabulário psiquiátrico, biologicista, ou mesmo ao contexto humanitário. Ele passou a fazer parte do vocabulário trivial das pessoas, do dia a dia. Não foi casual que tenham emergido inúmeras abordagens e leituras da época contemporânea que identificaram no trauma e na figura da vítima alguns de seus elementos mais centrais. Procuramos sublinhar que, a despeito de estarmos nos referindo aos mesmos “conceitos” ou à mesma “categoria psicopatológica” de estresse pós-traumático, a rigor, deveríamos entendê-los como diferentes atores, com estatutos, alcances e usos efetivamente distintos. Tal percepção fica evidente no primeiro exercício de contraste, situado no norte global, e na leitura atenta das respectivas datas de publicações da segunda parte da tese, quando da análise do campo acadêmico brasileiro. No cenário nacional, em todos os campos investigados, o tema do trauma se consolidou só a partir da primeira década do século XXI.

Na segunda parte da tese, recordamos que foram cinco os campos abordados. Em todos eles, acompanhamos o modo como o conceito de trauma e outros relacionados foram abordados. Os campos foram os seguintes: 1 - Saúde Pública e Violência; 2 - Desastres; 3 - Migração e Refúgio; 4 - Memória Social, Verdade e Reparação; 5 - Reforma Psiquiátrica. Lembremos que tais campos teóricos não foram delineados *a priori* por nós, mas obtidos posteriormente à leitura sistematizada da literatura até então produzida, isto é, do estado da arte. A despeito de outras tantas divisões certamente serem possíveis, levamos em conta não apenas os artigos, melhor dizendo, o *conteúdo* dos mesmos, mas o evidente conjunto de articulações teóricas, filiações epistemológicas, propostas metodológicas, as frequentes citações referidas, bem como as relações institucionais evidentes. Ainda no que diz respeito à segunda parte, é importante notar a

rara troca entre esses diferentes grupos<sup>1205</sup>. Isto reforçou a visão de que se tratavam de circuitos restritos. Nos campos 2 – Desastres e 3 – Migração e Refúgio, nota-se o uso frequente de referências teóricas de antropologias e arqueologias da vítima (ou do trauma) de origem estritamente europeia, portanto, distanciadas da realidade brasileira. Tomando-se em conjunto os cinco campos, foi possível observar que o conceito de trauma tanto mais era estabilizado quanto mais existissem dois fatores. Em primeiro lugar, registros de narrativas em primeira pessoa e consequente visibilização dos mesmos. Em segundo lugar, um conjunto de políticas públicas e de um corpo jurídico normativo, na maior parte das vezes de caráter supragovernamental, que dava respaldo, legitimava e tornava possível o próprio corpo de testemunhos produzidos pelas vítimas. Inversamente, tanto mais era fragmentado o conceito de trauma e mais estabilizadas as teorias e argumentos contrários a essa terminologia traumática, quanto mais estivessem ausentes as vozes das vítimas. Nestas partes, ficou evidente o contraste entre o estatuto que o trauma assumiu no conjunto de práticas e publicações acadêmicas do campo da Memória Social, Verdade e Reparação (em que os testemunhos são abundantes e, atualmente, plenamente acessíveis) e o estatuto que o conceito assumiu em discussões nos campos dos Desastres e das Migrações e Refúgios, nos quais as vozes das vítimas não comparecem, não podendo estar, naturalmente, em “pé de igualdade” com outros atores componentes.

Obtido o panorama das discussões contemporâneas sobre o trauma no cenário acadêmico brasileiro, verificou-se de que modo elas se materializavam na prática da assistência pública em saúde mental. Vale mencionar que, a despeito da importância do tema do trauma na atualidade, não tínhamos clareza de que modo isto era construído no dia a dia dos profissionais. Tal temática era pertinente? Como aparecia? Como esse mundo teórico se articulava com a prática cotidiana de um ambulatório público? Como eram tratados os casos? Por fim, mas não menos importante, era preciso saber como se apresentava na perspectiva dos usuários do serviço.

Como parte final deste trabalho, acreditamos ser válido visualizar, de maneira mais sistematizada, o modo como a equipe do ambulatório compreendeu o trauma, ressaltando, de maneira mais breve, algumas nuances desse entendimento. Se observamos o conjunto de práticas, o modo como aquilo era de fato materializado, nos deparamos com uma grande multiplicidade. Ficou claro que o modo como se falava do trauma dependia não só da formação pessoal ou de um possível sistema de crenças do

---

<sup>1205</sup> Talvez, com exceção, dos campos 1 – Saúde Pública e Violência e 4 – Memória Social, Verdade e Reparação, caracterizados por abordagens notavelmente abrangentes e interdisciplinares.

profissional, mas também do lugar onde isso ocorria. Quando estávamos presentes nas reuniões semanais da equipe, o assunto não surgia. Mas, quando conversávamos no formato de entrevista ou estávamos em algum outro dispositivo do serviço, fossem os atendimentos em si ou conversando mais informalmente, o assunto era plenamente justificado e presente. Verificamos outra divisão, mais geral e recorrente. O trauma não era uma questão controversa para nenhum de nossos interlocutores, fossem estes psiquiatras, auxiliares administrativos, secretários, pacientes, etc., embora fosse altamente complexo para a maior parte dos profissionais da psicologia.

### *Trauma estruturante*

Uma primeira linha divisória importante pode ser demarcada. Em um pólo, existia uma concepção estruturante do trauma. No outro, havia vários entendimentos que, embora não desconsiderassem totalmente tal concepção, claramente gravitavam em torno dos seus efeitos desestruturantes. Acredito que a ausência do termo trauma nas reuniões de equipe se devia à força dessa concepção mais estrutural do trauma. Como se pode depreender das descrições anteriores deste trabalho, embora essa concepção não fosse defendida pela “maior parte” da equipe, era uma das dominantes. Ligava-se diretamente à formação predominantemente psicanalítica lacaniana desses profissionais, e à formação epistêmica da prática clínica no campo da saúde mental<sup>1206</sup>. Aqui, o trauma não era remetido a um fenômeno discreto ou necessariamente patológico na vida de um indivíduo. Contrapunha-se, portanto, à versão psiquiátrica nosológica, vista com bastante reserva por alguns desses profissionais, uma vez que os psiquiatras reduziam o fenômeno aos seus aspectos biológicos e o relacionavam diretamente aos elementos externos. Os psicólogos, embora não negassem necessariamente a existência do trauma, sustentavam que a vida estava repleta de momentos “difíceis”, “para todos”, de maneira que, sendo o trauma estrutural, isto é, sendo parte incontornável da própria estruturação do sujeito, a condução do tratamento deveria se voltar para outros aspectos, principalmente ao próprio modo como o paciente lidava com tais experiências, por mais difíceis que fossem.

Para Raul, psiquiatra e psicanalista, tratava-se de identificar nesta questão “duas vertentes que não se encontram”. Ele destaca o momento da própria criação da categoria de estresse pós-traumático, que tinha mais relação com “questões políticas, como a

---

<sup>1206</sup> Cf. 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma, neste trabalho.

questão dos veteranos de guerra norte-americanos”, e a ampliação atual, quando tal diagnóstico se tornou “um dos mais disseminados da psiquiatria”. Contrapondo-se a esse modelo, destaca a visão da psicanálise, que o via como “outra coisa, já que o trauma é universal”. Ele completa: “Não existe quem não tenha passado pelo trauma”. Assim, segundo ele, se trataria mais de “um conceito” “e não exatamente um diagnóstico”. Ele se refere ao trauma desta forma: “Um tipo de vivência e de situação que se universaliza e por isso as pessoas vão ter que lidar. Não é um evento único e localizável na vida. Então são duas questões diferentes”.

Em sentido semelhante, encontramos a resposta de Lara, quando lhe perguntei se o termo trauma seria útil ou não na sua prática clínica. Ela disparou: “Não, na minha clínica, não”. Evidentemente mais identificada com o pólo psicanalítico, classificou o trauma de “sofrimentos muito duros” que irão depender de como cada um os viverá. A despeito das situações mais radicais, como assassinatos, mencionados na conversa por ela, a ideia principal dizia respeito ao fato de que a “vida está cheia de sofrimentos, o tempo todo”. Explica que talvez seja justamente por isso que, na saúde mental, a “gente lida com esse sofrimento já fazendo parte da vida”. Assim, “tem alguma coisa que está incluída no viver: sofrer, separar, morrer, perder emprego e as violências de uma maneira geral, que são horríveis”. A respeito dessas violências, ela diz: “Elas estão aí e nos atravessam”. Segundo a profissional, estas são as questões com as quais o clínico deveria se preocupar. E, por mais que “sejam situações muito difíceis, experiências muito duras, *como continuar? Como fazer para seguir?*” Dando o exemplo do abuso sexual, Lara sustenta que, tanto o evento como os seus efeitos, não deveriam ser entendidos, necessariamente, como traumáticos, mas certamente como “eventos duros”, “difíceis”, algo para o qual não poderia ser dado um diagnóstico, já que “o diagnóstico não seria da situação em si, mas do sujeito na sua vida, do modo como ele lida com os eventos”. Registra, por fim, que, na psicanálise, um evento desse tipo é um “pouco o trauma”, na medida em que “não tem nomeação e não tem nada que possa inscrevê-lo num discurso, no sentido do Real mesmo”. O tratamento consistiria em acompanhar o sujeito no processamento dessa experiência, já que elas “são horríveis e muito radicais, todas elas. Mas não há nada que possa mudar essas situações. Não há nada que possa reverter. Nada. Nada vai reverter um assassinato de um filho, um estupro, uma violência familiar. Nada. É irreversível”.

Para Cláudia, o que irá definir se uma determinada situação se tornará ou não traumática é se esse encontro “singular” terá relação “com alguma coisa que representa



um excesso, que certamente tem a ver com a história do sujeito, o que acaba servindo então como um trauma”. Estamos diante, novamente, dos elementos estruturais. Nesta linha de raciocínio, sua colega Bárbara também ressalta que “merda acontece com todo mundo. Se a gente coloca duas pessoas sob a mesma situação, elas vão responder de jeitos muitos diferentes. E isso vai definir a maneira como elas vão se posicionar diante disso”. Explica que “uma delas pode se sentir derrotada, ficar deprimida, não conseguir fazer mais nada”; a outra pode “entender que aquilo é um pontapé para ela fazer uma outra coisa com a vida”. A ideia de que as duas são vítimas não está colocada em questão. No caso específico de uma vítima de violência sexual, ela diz que o “agressor precisa ser culpado por isso”. Segundo Bárbara, no entanto, o que vai importar, em termos de *condução clínica*, é o que as vítimas “vão fazer com isso, que não tem nada a ver com a violência em si”. O que “tem a ver” é “a possibilidade subjetiva delas fazerem alguma coisa com isso”. Enquanto algumas vão virar militantes contra a violência sexual, outras vão perpetuar uma situação de violência na vida delas para sempre. Embora ressalve que, naturalmente, os agressores devem ser culpabilizados e que o poder público deva construir modos de prevenção das inúmeras situações de risco, devemos pensar: “No que é possível fazer para que as pessoas não sofram tanto? Porque sempre vai ter alguma coisa fora do *script*”.

Esses profissionais apontam para o possível efeito de “desimplicação” do sujeito no próprio tratamento. Ora, uma vez que o “evento traumático” já teria ocorrido, o mais importante era saber o que é possível fazer a partir daí. Nesta versão, a linguagem do trauma estava contribuindo para uma “vitimização”, para a criação de uma “cola identificatória” que mais atrapalhava do que ajudava, uma vez que consolidava a posição passiva e objetificada, típica de vítima. Nesta linha, a psicóloga Cláudia explica que “uma situação traumática pode, com facilidade, ressoar e acabar em uma vitimização”. Diz que, na prática, “um acontecimento que, talvez, para grande parte da população não seria traumático, para alguns pode ser”. Cláudia dá um exemplo baseado na sua experiência com mulheres violentadas sexualmente, que chegam através do serviço da CODIM. Nesses casos, segundo ela, é comum que tais mulheres tenham uma “certa posição subjetiva na vida e que favorece inúmeras agressões”. Ela explica: “Se você parar para investigar uma mulher que chega como vítima, digamos, porque o marido bateu, se você começar a mexer, irá descobrir outras violências ao longo da vida”. Seguindo este raciocínio, conclui: “Me parece que tem alguma coisa que facilita e que favorece isso”. Em sintonia com as colegas que claramente não discordam de que essas mulheres de fato

são vítimas, e que os agressores precisam ser responsabilizados, quanto ao tratamento dos casos, Cláudia ressaltava que é algo “muito fino, porque senão a gente cola numa identificação ou num lugar de vítima, de excluído, que mais atrapalha do que ajuda o sujeito”. Tanto nos casos de abuso sexual quanto em outros tantos, relacionados a violências diversas, ela diz que uma das consequências ruins desta abordagem seria a de que a paciente ficaria “colada na vítima, numa posição de que o outro precisa fazer, de que *vocês precisam fazer por mim. Vocês precisam resolver*”.

A psicóloga enfatiza que não se trata de desconsiderar como vítima a mulher abusada sexualmente ou outra “que sofre um abuso”: “Isso é indiscutível, diante da justiça, da vida, tudo isso é inquestionável”. Finaliza dizendo que, já no plano da clínica, diante da questão do “que ela vai fazer com isso: é aí que a gente não pode recuar”. Na prática, para a psicóloga, isto não quer dizer que não se vai acolher a paciente: “A gente vai acolher, a gente vai dar todo amparo que ela precisa. Mas ela tem que se responsabilizar pelo que aconteceu. Se responsabilizar não quer dizer que ela é culpada. Se responsabilizar é ela dizer

*Tá bom, isso aconteceu comigo, mas agora o que eu vou fazer com isso que me aconteceu? Com esse sofrimento que eu estou sentindo, o que eu vou fazer com isso? Quais são os recursos, quais são as possibilidades, quais são as saídas que eu vou poder construir a partir disso? O que que eu vou fazer com minha vida a partir disso?*

O trauma, nesta concepção, não estava dado. Não era necessariamente aquilo de que os pacientes falavam logo na chegada ao ambulatório. Na verdade, o trauma só apareceria num segundo momento, no próprio tratamento, em processo de transferência, no contexto de falar e ser ouvido pelo analista. Para Cláudia, como analista – aqui, distinguindo sua prática daquela utilizada pela psiquiatria, “trabalha numa lógica completamente distinta. A gente vai por uma outra via. E essa outra via, é uma via que abre pra isso. É meio que você atira pra onde vê e acerta onde não vê. Você vai quase no cheiro”. Ela explica: “Você suspeita que ali tem alguma coisa que vai se abrir, vai investigando, até que se comprova de fato”. E prossegue, salientando que seria algo construído somente ao longo do tratamento, não verificável, portanto, de “início”, como no momento inicial da recepção:

*É por isso que eu digo que tem um certo tempo da construção do caso. Você precisa de elemento clínico. O próprio sujeito precisa conseguir circunscrever melhor pra você o tempo das coisas. Um primeiro desencadeamento, o que organiza e o que desorganiza. O que fez um antes e um depois. E isso é alguma coisa que, às vezes, de pronto, você não consegue. É alguma coisa que só no tempo. Até porque tem coisa também que a gente não lembra. Que a gente precisa esquecer. Eu*

digo: a gente só lembra porque a gente melhora. Não é o contrário. Você não lembra pra melhorar. A gente só pode lembrar de certas coisas porque a gente já está melhor.

Trata-se do “trauma às avessas”, como vimos em parte anterior deste trabalho.<sup>1207</sup> Na mesma linha de raciocínio, Bárbara sustenta que só faz sentido conceber o trauma tendo em vista o processo de terapia: “Eu posso te dizer das pessoas em terapia. Eu não vou poder te dizer sobre o mundo inteiro, pessoas que não estão em terapia. A partir da minha experiência com pessoas neuróticas em terapia, as pessoas conseguem construir alguma coisa a partir da reflexão sobre o *trauma* [colocando aspas no *trauma* com os dedos]”. Assim, ela destaca o papel do “terapeuta, do analista, da construção em transferência”. Por isso, segundo ela, não se poderia descartar a importância da transferência, uma vez que é possível “dizer a mesma coisa para duas pessoas e isso ter efeitos totalmente diferentes”. O que estava em questão era a dimensão do trauma na construção da própria “transferência em análise, em terapia” e que isso teria relação, por sua vez, com a própria “capacidade de abstração de cada pessoa”. Ficava evidente que não se tratava de enxergar no trauma algo como se pudesse ser “generalizável” e identificável, a não ser naquele processo específico, e *a posteriori*.

### *Trauma desestruturante*

Distinguindo-se da concepção estruturante do trauma, existiam as psicólogas mais claramente afeitas à concepção desestruturante. Mencionando ou não a ideia de que o trauma seria “condição” para a emergência do sujeito ou que pudesse estar na sua origem, seja pela inscrição na linguagem, pelo encontro com o Outro ou pelo trauma do nascimento, fato é que para essas profissionais, claramente eram os aspectos desestruturantes mais chamavam sua atenção na prática clínica. Isto ficou claro, por exemplo, na ocasião em que perguntei à psicóloga analista Talíria o que seria mais importante na sua clínica: o conceito de “gozo” lacaniano ou a ideia de trauma? Talíria exemplifica algumas questões com que se depara: “Eu acho que o que mais me orienta é a questão do trauma. Porque, quando uma pessoa vem com um sofrimento, eu pergunto: *Desde quando isso ocorre? Aconteceu alguma coisa naquela época? Por que esse sintoma apareceu nesse momento, e não antes? Por que nesse momento? O que dispara? O que faz com que algo se transforme em sintoma?*” Pudemos observar, no curso dos

---

<sup>1207</sup> Cf. 2.3 Psicanálise lacaniana e trauma.

casos conduzidos por essa psicóloga<sup>1208</sup> que, muitas vezes, ela procurava justamente se orientar pelo que estava acontecendo, concretamente, na vida da paciente. No caso da paciente Letícia<sup>1209</sup>, por exemplo, eu perguntei a Talíria se eram úteis as questões estruturais ou até mesmo diagnósticas. Para ela, tanto o diagnóstico como a própria estrutura da paciente seriam aspectos secundários, porque, embora pudessem ser interessantes para se “elaborar ou pensar um caso”, não serviam para “um trabalho concreto”. No caso de Letícia, Talíria diz que sim, que ela possuía uma “estrutura histórica, mas não era isso que a fazia sofrer”. E me explica, salientando que, neste caso, o mais importante era o padrasto abusador, e que o desafio era ela não o ver como mais uma “pedra em seu caminho”, ter forças e condições, não só de se “cuidar, mas inclusive de permanecer com vida”, já que não eram incomuns os pensamentos de dar cabo de si mesma. A conclusão de Talíria é clara: “O que faz ela sofrer é outra coisa”. Segundo Talíria, se tratava de uma situação com um “peso infernal” e que isto, por si só, já era o suficiente para ser trabalhado no contexto da terapia.

A psicóloga Kelly lembra, em particular, que o termo trauma foi muito referido na época em que ocorreu um desastre importante no município:

Isso ficou muito vivo para mim, há alguns anos atrás, quando a gente vivenciou um desastre, uma situação gravíssima e que nós, profissionais de saúde mental, fomos convocados a acompanhar de perto, indo até o local, conversando com familiares que tinham perdido pessoas no desabamento. E isso ficou reverberando por muito tempo no ambulatório.

Kelly diz que o termo trauma, nesta ocasião, “aparecia muito” nos seguintes depoimentos dos pacientes e cita alguns: “*Eu tô vindo, porque eu vivi um trauma. Eu tô vindo, porque eu tô traumatizada*”. Kelly lembra que realmente havia situações muito graves, como a de uma senhora que havia perdido os netos. Assim, relatos como o de Kelly estão mais ligados à visão de que tais situações, embora certamente possam ser entendidas enquanto situações “muito duras” eram, simultaneamente, *também* entendidas como legítimos exemplos de situações traumáticas para os envolvidos. Por isso, ela diz que “sim, o trauma está presente, não necessariamente nomeado desta forma, mas está presente”. Ainda sobre o episódio acima referido, lembra que parte dos pacientes que procuraram tratamento já era atendida no ambulatório. A impressão que se tinha era a de que ficaram “ainda mais graves”. Por exemplo, disse uma paciente que perdeu dois netos:

---

<sup>1208</sup> Como no caso de Andréa. Cf. este caso, no subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

<sup>1209</sup> Cf. 3.13.2 Abuso sexual de uma adolescente: histórica ou traumatizada?

“Agora, eu nunca mais vou ficar boa. Se antes, eu tinha alguma chance de ficar sem medicação, um dia me curar, agora nunca mais”. Kelly conclui: “Era como se fosse algo definitivo na vida destas pessoas”<sup>1210</sup>. Por fim, destaca que tais eventos sempre produzirão, em primeiro lugar, “um efeito desestruturador na vida do paciente, de modo que o desafio se torna pensar como isso será organizado depois”, pois, muitas vezes, o evento “continua sendo desestruturador a vida toda ou ele possibilita uma nova organização a partir dele”. E conclui: “Acredito que é essa questão que fica para cada um que recebe um paciente com essa experiência”.

Para Mônica, outra psicóloga, “alguns casos são muito marcados por um acontecimento”. Observa que são “pessoas que nunca buscaram um tratamento em saúde mental, mas que, a partir daquele acontecimento, possuem necessidade de ajuda”. Ela lembra que existem muitos pacientes que chegam e falam: “*Foi a gota d’água*”. Foi o caso de uma paciente que trabalhava como enfermeira num hospital e, num certo dia, viu que todos os pacientes que estavam internados na UTI, durante a fase mais grave da pandemia, morreram. Mônica lembra que a paciente chamou isso de *gota d’água*, mas que, no desenrolar do tratamento, surgiu uma série de situações de vida, como de violência sofrida e outras relações conflituosas com a mãe. Em virtude desse somatório, a psicóloga se perguntava se isto seria ou não caso de “trauma”. Por outro lado, lembra de casos bem pontuais, específicos, como o caso da paciente Roberta<sup>1211</sup>, que “nunca teve nenhum tratamento, nenhuma passagem pela saúde mental, mas que, a partir daquela chuva, do desabamento, desenvolveu um quadro”. Mônica lembra também do atendimento a uma jovem a partir de uma situação de sequestro, seguido de violência sexual, e que teria desenvolvido um quadro grave de depressão. Tal como acontecera com a enfermeira que trabalhava na UTI, no curso do tratamento da jovem, vieram à tona várias questões, “muita coisa da vida anterior, da relação com os pais, por exemplo”. Independentemente delas, Mônica imagina que, provavelmente, se não fosse esse episódio, a paciente nunca tivesse procurado o atendimento. E finaliza dizendo que estes casos seriam derivados de um certo “momento que desestrutura a pessoa, de uma forma,

---

<sup>1210</sup> Cabe notar, aqui, que não se torna possível ter certeza, se tais casos se enquadrariam melhor na condição de “acontecimento” ou de “catástrofe”, de acordo com o Lewkowicz (2004), conforme vimos anteriormente. A título de explicação, por “traumatismo”, o autor entende como condições onde ocorre uma determinada perturbação, mas cuja intensidades são assimiladas com o tempo. Por outro lado, define o que seria o “acontecimento”, de relativa maior intensidade e cujo resultado é o abalo da estrutura, ou seja, o sistema se altera. Por fim, na “catástrofe”, desmantela-se o ser, impossibilitando qualquer outra lógica equivalente ou alternativa ao sistema anterior. Para detalhes desta discussão, remeto o leitor ao tópico 3.1 Participando de um evento acadêmico sobre desastres, neste trabalho.

<sup>1211</sup> Cf. este caso, no subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

e que causa sofrimento, dor, e faz buscar ajuda e tratamento”. Então, para ela, poderia haver dois tipos de trauma. No primeiro tipo, a “situação traumática traz à tona um monte de coisa, onde se trata de um evento mais violento”. Não é incomum que o paciente traga uma série de outros elementos no curso do processo de terapia. No segundo tipo, como o da paciente Roberta, atendido por Mônica, as questões ficam “muito mais circunscritas na repetição daquele momento traumático”. Mônica confessa que neste tipo estão os casos que tem mais dificuldade de trabalhar. Embora possa trabalhar, no contexto psicoterápico, questões mais gerais, ligadas, por exemplo, às relações familiares do paciente, seu histórico de vida, entre outros temas, o evento é justamente “aquilo que abriu o seu quadro de sofrimento, o que fez com que ele buscasse ajuda, e o que continua a lhe causar sofrimento”. Mônica conclui dizendo que, no caso de Roberta, independentemente de existirem questões nos laços familiares, o que a afligia constantemente, e de forma importante, era basicamente o tempo, quando fechava e chovia. E lembra da fala comum da paciente: *“Eu não quero sentir isso quando chove. Será que eu vou passar a vida inteira indo para a casa do meu irmão sempre que o tempo fecha?”* A psicóloga acrescenta que a casa da paciente está “ótima” e que inclusive a “defesa civil foi lá e disse que não está em risco”.

#### *O trauma na neurose e na psicose*

Uma distinção frequentemente associada ao trauma é o modo como aparece nas estruturas “neuróticas” e “psicóticas”. Ouvimos de Bárbara que “ninguém deixa de passar por algum tipo de trauma, principalmente na esfera da neurose”, na qual sempre se procura “uma causa pro nosso sofrimento”. E cita alguns exemplos de causa: “Pode ser os pais, alguma relação afetiva difícil ou um evento disruptivo”. Bárbara conclui que, no discurso do neurótico, isto é, “na nossa fantasia, o trauma sempre se origina em algum evento disruptivo: *meus pais não eram do jeito que eu queria, quem eu amava não me ama*. Qualquer coisa desse jeito”. Ela distingue a neurose da psicose. Para a psicóloga, no caso da psicose, com alguma frequência, o discurso (que ela denomina de “causalidade”) não aparece, e parte do tratamento se destinaria a “construir, junto, tentando fazer uma certa causalidade”, em direção diametralmente oposta à da neurose, onde, dependendo do tipo, “tudo vira trauma”. Ela finaliza: “Tudo que acontece do jeito que eu não imaginava vira trauma”.

Para Lara, a distinção entre as duas estruturas também pareceu fundamental. Ela ressalta que diferentemente dos psicóticos, sujeitos neuróticos “lidam com os eventos que a vida vai apresentando de uma maneira mais compartilhada”. Ela dá exemplos: “Todo mundo cresce, passa pela adolescência, o primeiro emprego, o primeiro encontro sexual”. O que diferencia tais sujeitos é o modo como lidarão com as situações. Num grupo, “com algum sofrimento”, como um “evento corriqueiro”. Já em outro, tais marcas representam uma “ruptura”, isto é, uma convocação externa diante da qual o sujeito se vê impossibilitado de responder. Lara acrescenta que determinados eventos que seriam vivenciados por pacientes neuróticos como traumáticos, dificilmente seriam vivenciados desta forma por psicóticos. Dá o exemplo de uma paciente que constantemente era violentada sexualmente e que não entendia isso nem como violência nem como trauma. Ela a descreve como uma “paciente muito jovem, muito doída, desorganizada, e ela não entendia as mensagens e os códigos sociais”. Era algo distinto da neurose. Na neurose, segundo Lara, haveria um “universo compartilhado”, onde a “gente compartilha os códigos”. Como era psicótica, ela não entendia: “As pessoas olhavam para ela e ela não entendia. Os caras diziam *vem aqui que eu vou te dar um negócio*, e ela ia, tinha relação sexual. Era um abuso”. Lara lhe perguntava: “*O que ele queria fazer com você?*” A paciente respondia: “*Ah, ele só estava querendo fazer uma safadeza*”. A psicóloga conclui que “até a dimensão do abuso exige do sujeito um certo registro mais compartilhado. Pra mim, era um abuso, mas [para a paciente], isso nem foi um sofrimento, era mais para mim, que ouvia isso e tentava inventar formas de cuidar e de protegê-la. Mas pra ela própria, não havia sofrimento”.

Em reforço do raciocínio de Lara, Bárbara destaca algo semelhante: “O psicótico vai chegar para você e contar uma vida de desventuras e ele dificilmente vai conseguir ligar uma desventura à outra, ou seja, vai conseguir ligar a desventura àquilo que ele conta pra você de quem ele é, do que ele sofre”. Em relação às duas estruturas, ela compara: “No caso da neurose, dá para colocar uma rolha, no buraco da psicose, não dá”. Então, o que seria possível fazer com estes casos é “ir tecendo em volta da borda do buraco, tentando construir uma certa contenção, e ir diminuindo o tamanho dele”. Ela conclui: “Mas ele nunca fica fechado”.

Para Kelly, contrastando com os exemplos dados por Lara e Bárbara, era comum que os psicóticos se remetessem a eventos. Nestes casos, o desafio da condução clínica estava menos ligado ao trabalho de costura da “causalidade”, mencionada acima, e mais do de contornar as questões, sem demonstrar desconfiança do conteúdo trazido pelo

paciente. Era comum, inclusive, que delírios psicóticos estivessem ligados diretamente a núcleos traumáticos. Kelly repara que um delírio, “dificilmente”, seria “alguma coisa construída a partir dele mesmo, já que sempre tem alguma coisa que é do Outro”. Segundo ela, talvez por isso seria “sempre vivido como uma violência”. Seria algo ao mesmo tempo “traumático” e organizador, no sentido de que possui um certo “lugar” para o sujeito. Isto, de fato, era uma das questões mais difíceis de serem manejadas, uma vez que ao questionar o paciente sobre tais sofrimentos, passava a impressão de que não “estava dando credibilidade ao que ele estava dizendo”. Como exemplo, ela lembra de uma de suas pacientes que se sentia “roubada intelectualmente”. Era uma senhora que acreditava ter sido roubada por um grupo de pessoas que invadiram “a mente dela, tomaram todas as ideias e ficaram ricos”. Kelly conta que, em contato com tais conteúdos, a paciente se sentia “fisicamente mexida”. Quando a senhora dizia “o jogo está ligado”, que era justamente quando as ideias eram roubadas dela, sentia dores no corpo, sensação de fraqueza e deitava no chão, porque tinha a sensação de que seu corpo estava se liquefazendo. Kelly comenta: “É traumático. De fato, o relato dela é de uma vivência de violência muito grande”. Deixa claro que se tratava, muitas vezes, de um desafio para a condução clínica: “Nesse tempo todo que eu tenho de acompanhamento com ela, é muito difícil, porque eu fico tentando dizer alguma coisa do tipo *Bom, você viveu isso tudo. Mas o que mais você pode fazer? Que mais? Para onde você pode jogar a sua energia?*” Kelly conta que era comum a paciente responder: “*Eu não consigo. Não consigo porque eu perdi isso*”. E acrescenta: “E isso é vivido com muito sofrimento por ela”. Finaliza com algumas questões com que lida frequentemente nesse acompanhamento: “Eu já entendi que isso não vai se desfazer, mas como é que eu desloco minimamente, pra que a vida dela siga? Pra que ela não se coloque em risco? Pra que não chegue no ponto de acabar com a própria vida?”

De certa maneira, os casos acima podem ser reunidos no mesmo grupo, porque nenhum deles coloca em xeque o entendimento comum acerca da origem da psicose e sua suposta causalidade estrutural, ou seja, entendida como produto de um fato *interno*. Embora alguns psiquiatras tenham me dito que poderia haver relação entre eventos estressores precoces e o desenvolvimento de quadros psicóticos na vida posterior, isto não parecia ser uma questão importante, e que dificilmente poderiam colocar em xeque a versão oficial deles. Isto ficou evidente, por exemplo, quando perguntei a Lara como poderíamos imaginar tal relação. Em sua explicação, citou o caso Schreber, famoso por deixar claro que, embora sua psicose tenha eclodido, após uma “convocação” externa, ela



sempre esteve ali em potencial. Assim como Lara, a psicóloga Fátima sustentou que, nesses casos, os significantes já não estariam muito bem amarrados, de modo que, “de qualquer modo”, o quadro “já iria eclodir”. Pareceu-nos que era a explicação subjacente a tantos casos tidos como havidos ali, cuja “origem” claramente não fora questionada nem pelos profissionais nem pelos pacientes.

A esta altura, podemos citar um exemplo citado pela psicóloga Talíria, o de Bruno, grave psicótico. Ela sustenta que o fato de ter sido “achado numa privada, me parece que já ajuda ou contribui para fazer uma divisão extrema, uma incisão extrema”. Embora não pudesse dizer que se tratava de psicose “pós-traumática”, compartilhou seus questionamentos sobre o caso, desafiando, de certo modo, a tão bem estabelecida ideia restrita, de possíveis relações entre trauma e psicose. Ela diz: “O que ele me relatou foi isso, que ele foi achado numa privada, com meses. Então, se você tomar o desamparo de Otto Rank, do trauma de nascimento, do desvalimento, não pode entender que isso o marcou de forma atroz? É algo horroroso. Porque ser achado em uma privada é o que? É merda. Então, a gente pode dizer: existe uma distância entre essas situações traumáticas, neuróticas, que a *gente quer sempre outra coisa, que nunca está satisfeito, etc., etc. etc.*, com estas outras situações, mesmo que a gente não vá saber se na realidade isso aconteceu. É isso o que falaram para ele. Então, isso constituiu ele”.

Mônica, enfileirando mais um exemplo – não tão incomum no ambulatório, é importante dizer – da relação explícita entre trauma *externo* e psicose<sup>1212</sup>, menciona o caso da paciente Léia. Neste caso, ela confessa que não sabia, àquela altura, se haveria possibilidade de ressignificar o que aconteceu. Era uma paciente que abriu um quadro de paranoia, quando após denunciar o ex-marido à polícia, este entrou na comunidade. Mônica lembra: “E aí o tráfico foi em cima dela: *Como é que você permite que a polícia, como é que você chama a polícia lá na comunidade?*” A psicóloga conta que, embora a paciente não exibisse qualquer sintoma anterior a tal evento, atualmente, “anda na rua olhando para tudo quanto é lado, o cara que a ameaçou pode estar atrás, querendo matá-la”. De acordo com Mônica, embora a paciente tenha melhorado muito, ainda “escutava alguém a ameaçando”. E prossegue: “De fato, ela abriu um quadro paranoico, onde tudo é muito certeza, tudo é muito verdade: *“O cara tava me vendo, o cara tava me olhando. Eu percebi que ele estava me vendo”*. Mônica conclui: “E aí é mais difícil porque ali é

---

<sup>1212</sup> Na esteira do que a psicóloga Raquel pensava sobre seu paciente Gustavo, cuja psicose “eclodiu” após a cirurgia na boca. Cf. 3.13.1 Dificuldades em torno de um caso: racismo, psicose ou efeito pós-cirúrgico?

uma verdade, né?” De todo modo, a psicóloga ressalta que, antes de tais eventos, “era uma história de muito sofrimento, da mãe ter pedido para ela abortar, do padrasto ter estuprado ela, mas não aparece uma questão de pessoa psicótica. Ela trabalhava, trabalhava o dia todo, cuidava da mãe, era um movimento de uma pessoa neurótica. Foi a partir disso que ela abriu esse quadro de paranoia. E aí, eu não sei, é mais difícil de explicar”.

### *O trauma na visão de psiquiatras*

Não poderia deixar de destacar o importante grupo dos psiquiatras. Ainda que não formassem um bloco homogêneo - como nenhum desses grupos era, podemos apontar características comuns. De modo muito distinto do que ficou evidente entre as psicólogas, na psiquiatria não havia uma controvérsia evidente. Embora não houvesse um debate explícito sobre o que era ou não trauma, ou ainda, se era um quadro importante e existente na clínica, na prática, alguns problemas apareciam. Por exemplo, como muitos deles me disseram, tais casos não eram muito diagnosticados<sup>1213</sup>.

Segundo Glauco, na psiquiatria, deveriam ser diferenciados os transtornos mentais associados ou não a estressores. Eram muito comuns os casos de “estresse agudo”, uma manifestação mais “imediate do evento traumático, desse estressor maior que conduziu o paciente ao sofrimento psíquico”. Também havia o “estresse pós-traumático, uma categoria com uma sintomatologia mais persistente a longo prazo”. Glauco ressalta que observava se o paciente apresentava algum episódio de humor, sintomas fóbicos ou condutas evitativas, já que tais sintomas eram comuns “depois que o trauma acontece, seja dessa natureza mais a curto prazo ou não, já que ele começa a ficar com aquela desconfiança e com uma certa sensibilidade a qualquer tipo de evento”. Também destaca a presença das revivências, que podem ocorrer “seja no sono ou até em situações dissociativas mesmo”. Glauco aponta como tarefa muito difícil tentar “diferenciar minimamente”, conforme a literatura recomendava, o que seria um “transtorno de adaptação, um estresse agudo e um estresse pós-traumático”.

Glauco ressalta que “o trauma é uma coisa muito maior, muito grande”. Ele explica: “É diferente de uma separação, por exemplo”. Para o psiquiatra, era um erro comum ligar o trauma ao que seria um transtorno adaptativo, presente nos casos mais

---

<sup>1213</sup> Abordaremos logo à frente, algumas das hipóteses destes profissionais com relação a esta questão.

brandos. Observa que via muitos dos casos ligados à situação pandêmica como sendo mais ligados ao transtorno adaptativo, uma vez que, comumente, estavam associados à perda de “redes sociais, de apoio, com o familiar e amigos distantes”. Por outro lado, considera que é “claro que alguns pacientes, quando existe um luto associado, a perda de um familiar, ou vive um trauma intimamente, por ter ficado institucionalizado, ficou no CTI ou teve que ser entubado, aí sim”. Ele conclui: “Eu acho que pode configurar um TEPT ou, vamos dizer, um estresse agudo”. Ele diz: “A gente, no SUS, já vive nesse universo. Eu sei até que, no contexto da pandemia, os índices têm aumentado no que diz respeito a assédio, a violência, pelo contexto do confinamento. Mas é um fenômeno tão próprio do nosso dia-a-dia, que eu acho que hoje, quem trata transtorno de humor, em mulheres, está diante de alguma história de violência, principalmente nesse contexto social. A gente já opera nesse modo aí”. E cita um exemplo: “Chega uma garota jovem, com um humor deprimido. Eu já tenho a intenção de pesquisar na história, porque é um contexto muito propenso”.

Uma vez entendido como trauma, Glauco diz que “muda muita coisa”. Ele detalha: “Não é só contar uma história mais detalhada, como se *ah, agora tem um trauma associado ao que eu estou tratando*”. Glauco diz: “Muda tudo. Muda até a relação que você tem com o paciente”. Ele dá exemplos: “No dia a dia, por exemplo, se a mulher tem uma relação de violência direta com homens, com familiares, com relações abusivas e eu sou um psiquiatra do sexo masculino”. Nestes casos, “quase que eu sou incapaz de construir alguma coisa.<sup>1214</sup> A mão prescritora pode ser a mesma, mas, se entrar uma psiquiatra mulher, o tom afetivo e o efeito psicológico, talvez você possa lidar com as questões relacionadas ao trauma, com coisas que eu seria incapaz de lidar”. Ele completa: “E isso vai se refletir de várias formas, como na adesão da paciente. A paciente começa uma terapêutica e não adere e, às vezes, não é porque ela não acredita, mas porque eu sou homem. Eu, justamente, também faço parte da natureza do trauma que ela viveu”.

Segundo o psiquiatra Paulo, havia casos de trauma em sua clínica. Mas ele diz que a maior parte surge na forma de “microtraumas, problemas de vida, problemas que foram aparecendo aos poucos”. Ele explica: “Em geral, tem pessoas que foram agredidas e isso acabou desencadeando um quadro, às vezes um quadro que já existia antes”. Em relação a “grandes traumas” ele diz: “Eu não tenho”. Mas lembra que já atendeu pacientes ligados a tragédias importantes. Quando questionado sobre como esses casos aparecem na clínica,

---

<sup>1214</sup> Exemplo desta questão trazida por Glauco é o caso da paciente Lorena, sua paciente no ambulatório. Cf. o caso Lorena, subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

ele explica: “São múltiplos sintomas, embora geralmente seja ansiedade e depressão. É um humor deprimido, bem resistente ao tratamento medicamentoso”. Além disso, há “aquele trauma mais típico, que a pessoa não consegue se livrar da memória do trauma, com um mal súbito e intenso”. Nesses casos, “tem aquele quadro de rememorar o trauma o tempo todo, até visualizar, existem *flashes* de memória”. No entanto, “esse trauma de vivenciar o trauma é uma minoria. A maioria são pessoas com transtorno ou de humor, indo principalmente na direção da depressão ou ansiedade”. Conta que “algumas pessoas têm mudança de temperamento, ficam irritáveis, com irritabilidade fácil e com muita dificuldade de reconstruir a vida”.

Paulo observa que tais casos aparecem na clínica, basicamente, de duas formas. Num primeiro grupo, existe um “trauma muito intenso, forte, súbito”, de modo que, se a pessoa não tinha uma história psiquiátrica antes, “o próprio paciente vai procurar o profissional por conta desse trauma”. Aqui, “existe um antes e um depois”. Estão num outro grupo “muitos casos que são traumas pequenos, do dia a dia, problemas de relacionamento com parente, no trabalho, isso é o mais difícil, ele começa pela queixa, embora o fator causal não seja tão óbvio assim. Nestes casos, vai aparecendo no tratamento, no trabalho conjunto do médico com o psicólogo”.

No que diz respeito ao diagnóstico, quando se trata de um “trauma muito súbito, com sintomas mais típicos”, ele diz: “Eu já direciono mais para um fator causal”. Por outro lado, “quando são pequenos traumas, uma coisa mais crônica”, em geral ele pensa em termos de “transtorno de ansiedade, de humor”, de modo que há a necessidade de investigação do passado remoto e recente da pessoa: “É aí que essas coisas vão aparecendo”. Quanto ao tratamento, Paulo diz que, no geral, “o alívio mais imediato dos sintomas vem a partir da medicação”, que é “a mesma medicação utilizada em outros transtornos psiquiátricos”. Ele nota que, em alguns casos, é necessário o uso de algum “antipsicótico, quando existe um sintoma psicótico bem evidenciado”. Além disso, ressalta a importância da psicoterapia, já que, se existe um “fator causal, é importante trabalhar justamente esse fator, trabalhar esse trauma. Aí eu encaminho para a psicoterapia”.

Na visão do psiquiatra Celso, a categoria de estresse pós-traumático havia se tornado “muito abrangente, acabando por incorporar diversas circunstâncias”. Como vários de seus colegas, ele destaca a variedade de casos, e que seria difícil não se deparar, no contexto do “Rio de Janeiro, com um paciente que vai desenvolver este quadro, seja porque vivenciou presencialmente uma situação, ele mesmo, de forma pessoal, ou porque

teve alguma pessoa próxima que acabou vivenciando isso também”. Ele dá o exemplo de um senhor que havia sido encaminhado por uma UPA. Inicialmente, queixava-se de uma dor na região lombar, mas quando “foram averiguar, suspeitaram de TEPT”. Ele diz: “Se você for pegar o DSM, os critérios, ele tem tudo”. Verificaram, em sequência, que o idoso havia sido preso por engano, após ter sido apontado pela vítima do assalto: “Ele ficou preso por uma semana e acabou desenvolvendo um quadro clássico, de livro, entendeu?” O psiquiatra lembra mais um caso, atendido por ele no ambulatório, naquela mesma semana. Era uma senhora, por volta de 60 anos, que, além da ansiedade e do quadro depressivo, vivenciou uma série de circunstâncias violentas: “No morro onde ela mora, teve situações onde ela viu crianças sendo assassinadas. Uma situação muito grave”. O psiquiatra concluiu que se tratava de um episódio ocorrido já há algum tempo. Ele diz que o quadro dessa senhora poderia ser considerado um quadro de TEPT, já que ela possui “temor de sair de casa, dificuldade de ir para a rua”, por exemplo. A paciente também falou de outras situações, como a morte de um irmão, assassinado pela polícia.

Entre vários casos mencionados, Celso destaca o de outra senhora, que, vinda do Nordeste, sofrera violência dentro de casa e, posteriormente, abuso de um amigo do colégio: “Ela tinha tido dois filhos do próprio pai. O pai a engravidou duas vezes”. Havia também uma questão grave com a mãe, que a chamava de “vagabunda”, e a acusava: “*A culpa é sua*”. Continuando, ele diz que “mulher vem, se não me engano com 16 ou 17 anos, para o Rio, trabalhar naquele regime de trabalho que a gente sabe muito bem, análogo à escravidão, da pessoa não ter estrutura, vida social, e sem possibilidades de sair daquele ambiente”. O psiquiatra diz que, nesses casos, não necessariamente vão “fechar o critério de forma tão colorida, não vai ser *cara, isso é TEPT claramente*, mas que acaba que as pessoas vivenciam tanto ansiedade como depressão muito por conta disso, por conta desses traumas passados”.

### *Trauma e racismo*

Destaquemos alguns aspectos do trauma não tão compartilhados, que não surgiram com maior frequência, mas foram abordados por um ou outro profissional, como os critérios de classe e raça. Relativamente ao critério de gênero, estava claro que, tratando-se de trauma, estávamos falando de uma população majoritariamente feminina, embora homens também pudessem padecer de tais sofrimentos. Com certa frequência, ouvimos os profissionais fazerem referência ao fato de que eram as mulheres a maior

parte de pessoas enquadráveis nestes casos, em sua maioria vítimas de algum tipo de violência sexual. Ainda que fosse uma situação endêmica, de alarmantes proporções verificadas no dia a dia do ambulatório, isto não estava em questão. Não era de difícil observação. Ao contrário, tal percepção estava entranhada na prática de todos envolvidos com o ambulatório, fossem profissionais ou pacientes. Já a menção aos critérios de classe e raça não eram tão comuns. Ser pobre não era necessariamente um fator de risco, quando nos referíamos ao modo de analisar a saúde mental dos pacientes. Ser negro, também não. Na esteira do que o supervisor Raul afirmou, quando falávamos da população pobre atendida, nos referíamos ao mesmo grupo de pessoas, ou seja, de “populações pobres e negras”. Estes termos eram sinônimos.

O psicólogo José afirma que, na sua experiência, o trauma aparece de “diferentes maneiras, em diferentes pessoas”. E explica: “O modo como alguém do morro, do médico de família, geralmente me conta uma história, é diferente do modo como alguém, do bairro mais rico, que tenha dinheiro, classe média alta, me conta isso”. Ele dá o exemplo específico de uma paciente cuja “história é cheia de elementos, que envolve morte, fuga do sobrinho, envolvimento com o tráfico, uma história muito grandiosa, com muitos elementos”. Ao mesmo tempo, embora possa parecer uma “viagem”, de fato, não é, pois, “trata-se de uma realidade que está colocada pra ela e que é muito possível desses elementos realmente existirem”. Ele destaca que este é um exemplo específico do “lugar onde ela vive, do modo que ela vive, como se organiza, e que a gente não vai encontrar por aí oralidades ou histórias que passem por esses mesmos elementos. É quase de um gueto. É um corpo de pessoas que contam uma determinada história”. Dá o exemplo de pessoas atendidas por ele no ambulatório, geralmente “pessoas pretas, mulheres, falando de algo nesse sentido, história envolvendo tráfico, filho que foi preso, polícia, traficante, enfim, algum familiar próximo, e isso marca muito essa questão de uma variedade muito grande que o ambulatório carrega”.

A despeito de vários profissionais terem dito que, na sua prática, não observaram sofrimentos derivados do racismo, por outro lado, existiam psicólogos que o viam nas suas clínicas, particularmente José e Raquel<sup>1215</sup>, psicólogos negros. Sobre isso, o

---

<sup>1215</sup> Além de José, a única psicóloga que se colocou abertamente, na prática, para pensar tal questão, foi Raquel, já mencionada no caso do paciente Gustavo. Embora, como vimos, não pensasse exclusivamente no termo “trauma”, mas na ideia de “efeitos”, seu trabalho elaborado sobre o caso e apresentado na ocasião da banca de defesa de sua residência, abordou diretamente o tema, não sem evocar, como vimos, controvérsias e emoções. Cf. 3.13.1 Dificuldades em torno de um caso: racismo, psicose ou efeito pós-cirúrgico?.

psicólogo José nos disse: “Sim, eu vejo isto aparecer”. Ele me contou a respeito de uma de suas pacientes, cujo sofrimento era derivado diretamente do racismo. Uma das suas questões estava atrelada ao cabelo. Ele conta: “A questão com o cabelo é muito importante, porque isso passa na infância preta. Ela fala que na infância tinha um cabelo *de boneca* que era *zoadado*”. Atualmente, ela possuía uma outra visão do próprio cabelo, mas segundo José, “esse processo de empoderamento, de fortalecimento para lidar com isso, foi muito doloroso. Por vezes, ainda o é. E que interfere diretamente como ela se coloca, como é que isso volta”.

Quando eu lhe pergunto se chamaria esse tipo de sofrimento de trauma, ele me responde: “Eu chamaria. Eu acho também que tem uma coisa do traumático que está atrelado a algumas questões históricas. Tinha um paciente que eu fui chamado para conversar. Ele tinha acabado de receber o diagnóstico de HIV. Ele era HIV positivo. O menino estava envolvido com uma série de questões, por exemplo *como é que eu vou falar, vou contar para todo mundo com quem eu me relaciono* etc.”. José detalha que se trata de uma questão que não começava e não se encerrava com ele, já que tinha a ver com a própria “construção social do HIV, como é que isso é visto, o fato dele ter um relacionamento homoafetivo”. Para o psicólogo, “o racismo passa pela mesma coisa, essas questões que passam pela racialidade. Isso não está fechado numa pessoa. Não começa e não termina ali. Tem uma história, pelo menos, de 400 anos que acompanha essa construção agora”.

O psicólogo cita outros casos acompanhados por ele no ambulatório. Segundo José, em todos se podia localizar questões atravessadas pelo racismo. Em relação à minha própria pesquisa, José sugere que seria importante “ouvir quem são essas pessoas traumatizadas, e se isso que a gente chama de trauma seria um equívoco ou não”. Observa que alguns termos, como “sofrimento”, “efeito” ou “situação difícil” poderiam ser evocados no lugar do termo trauma, embora admitisse que pudessem não indicar a gravidade do caso. Destaca que, “querendo ou não, isso parte da nossa concepção”. E enfatiza: “Eu estou te dizendo que o racismo é traumático. Mas, para algumas pessoas, faz parte da vida ou isso não se torna nem uma questão”. E continua: “E aí é importante pensarmos, principalmente em relação ao racismo, é fácil você interiorizar uma forma traumática de vida, porque isso está institucionalizado, porque é como se fosse mais um jeito de viver, mas não, na verdade não é. Então, eu acho que é muito assim: de como cada um está entendendo aquilo, o profissional que escuta etc. Mas não se pode perder de

vista que é algo muito pessoal, que vai deixar claro como a pessoa encara”. E finaliza: “Pode ser uma situação *difícil*, mas não um trauma”.

### *Experiências pessoais*

Num subgrupo, este mais compartilhado entre os profissionais, se acham os relatos de suas experiências pessoais. Um psiquiatra contou que foi vítima de assalto. Os ladrões, numa motocicleta, emparelharam com seu carro, um veículo seminovo, e o roubaram. O médico relata que, desde então, ao passar pelo local do crime, costuma ficar “olhando para os lados, para prestar atenção, se não tem nenhuma moto”. Ele diz: “Durante algum tempo, ficou uma sensação que gerava uma leve taquicardia, um desconforto”. E resume: “Hoje já está bem mais tranquilo. Eu consigo lidar de uma forma melhor. Mas ainda gera um desconforto, embora não chegue a ser aquela coisa de gerar sintomas, como algumas pessoas relatam”. Segundo ele, na sua experiência, a dimensão de “cunho afetivo” foi importante, pois o carro fora um presente de aniversário. Ele repara que, na sua situação, “a parte afetiva estava envolvida, com planejamentos futuros”, o que contribuiu para que o peso fosse maior. Ele prossegue: “Talvez a gente possa parar para pensar nisso também, a respeito da circunstância que faz com que a pessoa que passou por uma situação de violência desenvolva um trauma, enquanto outras não. Eu acho que tem a ver com esse arcabouço. Qual era o estado de espírito daquela pessoa, quando estava vivenciando a situação? É claro que tem situações que não tem como você fugir, como, de uma mulher, que foi estuprada. Nesse caso, não penso que tenha como lidar de uma forma tranquila, como também de uma pessoa que tem um parente assassinado diante de si”. O médico conclui: “Não tem como lidar com aquilo ali. Agora, uma circunstância de assalto ou uma violência menos absurda, algumas pessoas vão desenvolver um TEPT enquanto outras não”.

Uma das psicólogas fez um relato sobre uma pessoa bem próxima, um familiar. Segundo ela, sua parente desenvolveu um quadro grave de estresse pós-traumático. Diz que seria muito difícil falar de trauma, hoje, sem abordar também a pandemia: “Porque a pandemia vem adicionar um componente importante”. Ela lembra que este familiar “sofreu um assalto e no dia seguinte não precisou sair de casa, no dia seguinte também, porque já estava no auge da pandemia”. Acrescenta que, nessa ocasião, o parente “ficou remoendo aquilo sem sair de casa por um tempo”. Ela reflete: “Será que o efeito dessa situação teria sido diferente, se ela tivesse que sair de casa no dia seguinte? Se a realidade



fosse mais forte? Essa é uma pergunta que a gente se faz e a não vamos ter resposta para isso”.

Outro psiquiatra relatou ter desenvolvido algo como um trauma. Foi no início da profissão, quando um setor do hospital pegou fogo. Ele conta: “Aconteceu comigo um evento traumático, quando era aluno ainda. Uma paciente tacou fogo na enfermaria e a gente teve que fugir com todo mundo para que ninguém morresse”. Lembra que a enfermeira acabou “ficando no meio do fogo” e ele teve que entrar e tirá-la de lá. Diz que para ele “não ficou muita coisa disso, ficou muito mais o fato de que eu sempre falo sobre isso com alguém. Eu comecei a me perceber fazendo isso. Antes, eu achava que tinha passado batido e não tinha acontecido nada. Até que eu vi o tanto de vezes que eu falava disso no mês”. Ele dá exemplos: “Sempre que encontrava alguém novo, falava *Pô, você é psiquiatra? Sou. E como é que é? Ah, o paciente só tacou com fogo no hospital comigo dentro!*” O psiquiatra ri ao contar do episódio: “Eu fico falando, entendeu? Mas eu vi algumas pessoas, uma funcionária de lá, que ficou muito mal”. E conclui: “Eu não tinha muita intimidade com ela para ficar perguntando. Mas, assim, toda vez que ela falava nisso, chorava muito. Lembrava da cena e, enquanto falava, você via a cena na sua frente, de tantos detalhes que ela colocava”.

Por fim, há o relato de Ruth. Ela diz que, ao pensar em trauma, lembra de sua própria experiência no início da carreira, como residente de saúde mental: “Quando você começou a falar de trauma, eu relatei com o trauma dos profissionais da rede de saúde mental. O trauma de você adentrar num hospital psiquiátrico”. Explica que, do ângulo do estagiário, na primeira vez que entra na instituição, pensa: *Ué, é assim? É assim?*” Ela diz que esse trauma é o trauma de uma marca estruturante do profissional que inicia na saúde mental: “Precisa ser um trauma. É horrível. É quase experimentar de novo, de novo, de novo, a cada paciente de primeira crise que vai parar num hospital psiquiátrico” Para Ruth, era importante frisar isso, porque, na sua visão, “esse trauma constrói toda uma direção de trabalho”, tal como ocorreu com ela. Ela diz: “Hoje, o meu trabalho é muito afetado a partir dos traumas que eu tive nos primeiros anos de trabalho e formação. A formação é permanente, mas eu acho que nos primeiros anos, a gente é uma esponja, ainda mais aberta. E marca mesmo”.

*Por que o trauma não aparece?*

Segundo os profissionais, havia várias explicações para que o trauma não aparecesse nem como diagnóstico médico muito utilizado nem como termo referido pelos profissionais nas reuniões de equipe. Vimos ao longo deste trabalho, de diferentes formas, que, embora os “traumas” fossem abundantes, isto não havia uma equivalente quantidade de casos de transtorno de estresse pós-traumático. O TEPT, enquanto tal, estava em geral ausente no ambulatório, sendo utilizado e assim categorizado em poucos casos, se fosse considerado o número total de pacientes. Para se ter uma ideia melhor, em cerca de 2.000 casos registrados, entre 2010 e 2020, no dispositivo de recepção, encontramos 13 vezes a referência à categoria de TEPT, incluída como hipótese diagnóstica.

Embora não tivesse uma opinião já formada sobre esta questão, Paulo cogitou da possibilidade de que tivesse relação com a “vivência do profissional, o modo dele interpretar”. O psiquiatra diz: “Eu pessoalmente, quando o trauma é evidente, eu prefiro falar trauma. Até porque ajuda no diagnóstico”. Glauco compartilha algumas das suas percepções sobre como a questão aparece na sua prática. Para o psiquiatra, a despeito da abundância de relatos de violência, a evidente subnotificação da categoria de estresse pós-traumático tinha relação, em primeiro lugar, com o fato de, muitas vezes, não ser o paciente “que faz essa ligação direta”. Ele comenta: “Talvez, se você não estiver com os olhos atentos, talvez de uma depressão que chegou ao seu consultório, se você não tiver essa percepção de tentar relacionar algum evento estressor, algum evento traumático que a própria pessoa não relaciona”. Para Glauco, cabe ao profissional fazer tal relação com um determinado evento. Por outro lado, segundo ele, “o paciente, nem sempre, quando não é um evento tão claro, faz essa ligação direta”. Mesmo assim, diz: “Pode passar batido e aí, muitas vezes, o profissional começa um antidepressivo e não contextualiza com trauma”.

Para Glauco, a ausência da categoria de estresse pós-traumático estaria ligada a uma plêiade de fatores: “São vários os fatores que prejudicam a avaliação e, talvez, a gente criar direcionamentos mais claros de uma clínica específica e de um diagnóstico fechado”. Cita primeiro a própria descontinuidade do profissional no serviço: “Por exemplo, a gente pega uma sequência de tratamentos e avaliações de um mesmo paciente. Isto é, num curso de um ano, por exemplo, há seis mãos”. Na sua visão, outro fator importante é a adesão do paciente, já que não raramente era ruim: “Uma paciente que a gente trata por pouco tempo”. Aí, existe um fator ligado à “pobreza do próprio prontuário.

A gente vê o paciente em janeiro e depois, ele falta três ou quatro consultas. E eu só o vejo em dezembro. Existe uma quebra aí”. Argumenta que, no caso do estudo de um objeto tal como o estresse pós-traumático, este fator é fundamental, porque, se este transtorno, tal como qualquer transtorno mental associado a estressores, “se você entende que para caracterizá-lo, é necessário que ele seja sucedido de um evento, se eu pego um paciente com um prontuário de três anos em que isso nunca foi relatado, eu continuo tratando como se fosse um episódio depressivo maior”. Ele cita um exemplo muito comum, em sua experiência, que é o caso de “Fulana, tantos anos sofreu isso e passou a sentir isso, isso e isso. A pessoa chega lá com insônia e você vai descobrir que é um estupro, entendeu? E isso não é raro. É muito comum”.

Glauco continua: “A gente, na verdade, não faz necessariamente um projeto que tem a ver claramente com o que é um trauma”. Ele diferencia o que seria do âmbito do estudo teórico e algumas dificuldades adicionais, da prática: “No curso comum da conversa, o trauma, a gente tem uma ideia do que é tomar um susto ou ouvir um barulho muito forte. Mas quando a gente entende o que é o TEPT, é uma coisa muito maior. As pessoas chamam qualquer coisa de trauma. Ou coisa nenhuma”. E continua apontando para os problemas envolvidos: “Técnicamente falando, eu acho que não é um exercício simples. Acho que não tem a ver com qualificação, mas como é difícil a gente separar as coisas do senso comum. A gente vive da fala do paciente”. Ou seja, do próprio “tom afetivo que ele dá”. O tom afetivo quem dá é o paciente, e “eu vejo com muita frequência, mulheres que são violentadas com uma naturalidade e uma cotidianidade, uma coisa tão cotidiana, que ela não coloca isso como evento traumático”. Em sua visão, “é o próprio profissional” que deveria fazer tal relação. Acrescenta: “Quando a gente amplia a visão, quando a gente entra no meio, quando a gente vai lidar com o trauma de verdade, são traumas que não são considerados traumas, muitas vezes, pelo próprio indivíduo”. Ressalta que, no final das contas, acaba faltando “percepção por parte da própria equipe, no treinamento de todos nós, além de uma questão do senso comum em relação ao que é o trauma. Dependendo do contexto, coisas banalizáveis são traumas”, além do viés do próprio profissional, que pode pensar “*Ah isso não foi o suficiente!*, ou se tecnicamente ele entende que estressor é qualquer coisa”.

Como a maioria dos psiquiatras, Celso destaca a subnotificação do TEPT para a qual contribuiria uma série de fatores, o primeiro deles, o conhecimento técnico do profissional. Para Celso, este era o principal motivo. Depois cita o próprio tempo necessário ao trabalho: “Se você não tem tempo para conversar de uma forma apropriada,

como vai diagnosticar?” Assim como vários outros psiquiatras, por exemplo, Fernando e Glauco, Celso acreditava que o excesso de trabalho, associado ao tempo, contribuía para a subnotificação: “Eu vejo que isso é um problema, já que a gente tem uma demanda muito grande de pacientes e um número limitado de profissionais, fazendo com que a agenda de todo mundo fique cheia. Acaba que você fica sendo muito objetivo na prática. Então, eu diria que isto tem relação tanto com a dificuldade técnica de conseguir pormenorizar, seja por falta de conhecimento técnico, seja por falta de tempo”.

Quando questionada especificamente sobre a ausência de referência ao termo nas reuniões de equipe, a psicóloga Mônica remeteu, como hipótese, à sua própria formação. Lembrou que, em sua formação, “pouco se falou em trauma ou em situação traumática.” E repara: “Acho que não é tão falado, sabe?” Por outro lado, ela considera também a possibilidade de que os profissionais falam de uma outra maneira, por exemplo, a partir de termos como “acontecimento” ou “situação”. Cogita da possibilidade de que falavam com outros termos, “sem usar a palavra trauma”. Refletindo sobre essa ausência, completando a visão de Mônica, Kelly afirmou que “isso tem a ver com uma dificuldade nossa de identificar. Eu acho que a gente vai no sintoma. Eu nunca parei para pensar nisso, mas estou pensando agora. Por exemplo, a pessoa sofreu ou viu alguém matando alguém na comunidade, e desenvolveu um quadro ansioso. A gente vai colocar F41, ou seja, a gente vai no sintoma”.

Já para Cláudia, isto remetia à própria orientação clínica da equipe, já que se tratava de uma equipe “essencialmente, de trabalhadores orientados pela psicanálise”. Ela diz: “Isso nos traz também um rigor maior em relação ao uso do conceito trauma”. Sustenta que esse rigor os levava “a uma certa aversão, ou cuidado, do tal TEPT, do transtorno de estresse pós-traumático”, “muito difundido ou disseminado, ou usado de um jeito muito generalizado, de modo que existe esse cuidado”.

Questionada sobre a questão, Ruth refletiu: “Será que a gente, pelo nosso trabalho, banaliza?” A psicóloga observa que, mesmo quando o profissional tinha o cuidado de trazer “a história toda”, o termo trauma não era utilizado. Por um lado, ela concorda, na linha de várias colegas, que exista a possibilidade de que, com esse nome, o entendimento do caso “fosse limitado” ou restrito a uma determinada “teoria” ou “categoria”. Ela diz: “Eu acredito que tenha esse lado, sim”. Mas admite: “Eu fiquei com uma hipótese de uma certa banalização do nosso lado, sabe? Eu me lembrei de que, no sábado, eu estava acompanhando um menino, num acolhimento noturno”. Tratava-se de um acolhimento em um CAPSi, onde trabalhava, onde o “menino estava” e ela estava lá com ele, além da

equipe de enfermagem. Ela continua: “Estávamos lá discutindo informalmente o caso, de maneira bem informal mesmo, com a enfermeira”. Eis que esta começou a falar “coisas horrorosas da história de vida da família, que o barraco pegou fogo, que uma criança ficou lá dentro e morreu.” Ruth repara: “E olha que a gente já sabia de outros fatos horrorosos na história de vida dessa família e desse menino!” Ela diz que, algum tempo depois, a enfermeira exclamou: “Ué, peraí! Será que eu tô falando dele?” E Ruth responde: “É tanta desgraça, né?”. Ela prossegue: “Uma coisa que era impossível de confundir, *como é que se confunde?* Um barraco que pegou fogo, com alguém da família que morreu queimado dentro. Então, são traumas. São relatos tão violentos, que se ouve com tanta repetição. E aí, depois, ela olhou pra mim e falou: *Quer saber? Esquece o que eu falei. Eu já não sei se é com ele.* É um excesso de violências. Eu acho assim: a gente pra seguir em frente, a gente acaba banalizando a escuta, sim”.

#### *O trauma na saúde mental coletiva*

Acreditamos ter deixado evidente a variedade de percepções e de práticas relacionadas, as principais linhas de tensão envolvidas, e alguns dos principais problemas. Parcela importante dos profissionais teceu considerações importantes que diferenciavam as concepções de trauma na psicanálise e na psiquiatria. Para esse grupo, parte da problemática envolvia a distinção do trauma como fenômeno necessariamente médico, um diagnóstico. Entre outros problemas, apontaram a dificuldade de sua generalização e a perda, conseqüente, no âmbito eminentemente clínico, da dimensão singular, justamente o objeto sobre o qual o analista se debruçaria no processo terapêutico. Por outro lado, a despeito de outros detalhes vistos, ficou clara para parcela importante dos profissionais, psicólogos ou não, a necessidade de uma melhor investigação do tema, incluindo as implicações epidemiológicas envolvidas no TEPT. Ora, em que medida a violência e outros agravantes sociais, como a miséria, a pobreza e os desastres, afetariam a saúde psíquica da população? Não existiam respostas. Percebeu-se que o conjunto das reflexões aqui sistematizadas foi elaborado a partir do estímulo que a própria pesquisa produziu como um todo.

Estimulados por essas reflexões, alguns profissionais passaram a dar importância à questão da violência, assunto amplamente discutido. A psicóloga Kelly, uma das coordenadoras da equipe, afirma que “a gente ainda não parou para pensar que talvez precise diferenciar o sintoma que surge sem um evento externo referido - *Ah, bom, eu vivi*

*minha vida muito bem e comecei a ter crise de ansiedade* - com uma causa inespecífica, daquele que vem associado a um evento traumático”. Referindo-se ao que poderia ser implementado na prática da saúde mental, defende: “Eu acho que tem alguma coisa que é nossa, da gente fazer uma reflexão sobre isso, e talvez o seu trabalho possa ser um ponto de partida para o ambulatório, para a gente poder ficar um ponto mais atento. Porque a gente coloca tudo no mesmo caso. A gente coloca tudo como transtorno ansioso. A gente vai naquilo que a pessoa diz que sente, mas sem fazer essa relação”. Ela acrescenta que “muitas vezes não tem muito com o que relacionar. Mas eu acho que quando tem um evento muito específico que aparece no discurso do paciente, e que é um *evento exterior*, vivido por ele como um trauma, mesmo que ele não dê esse nome, a gente poderia usar para poder ter uma ideia de quantas pessoas chegam de fato nessa categoria”. Acrescenta que isso talvez “pudesse indicar alguma coisa em termos de política pública”. E explica: “Porque se você tem *não sei quantas* pessoas chegando por conta da violência que acontece onde elas moram, você vai pensar no que é possível dizer sobre a violência de tal comunidade, de tal lugar”.

Numa visão semelhante, a psicóloga Mônica levou a discussão para o campo das “políticas públicas, já que existem muitas situações de violência, de agressão, de abuso, de violência de Estado, que são situações traumáticas”. Ela deu o exemplo de uma “senhorinha que uma vez, na recepção, estava pedindo medicação para dormir”. Ela continua: “Ela foi na saúde mental, porque ela não estava conseguindo dormir, precisava acordar no dia seguinte, precisava trabalhar”. E prossegue: “História vai, história vem, ela não estava conseguindo dormir, porque os meninos do tráfico resolveram ficar na laje dela durante a noite”. Destaquemos: a senhora, recebida na recepção, não estava conseguindo dormir, porque os meninos do tráfico resolveram passar a noite na sua laje. Esse era o motivo de não conseguir dormir. Mônica conclui: “E aí são situações que adoecem as pessoas e que às vezes a gente esquece delas”. Ela observa que era comum as pessoas chegarem falando “aconteceu isso e por isso eu tô aqui”, mas que esses mesmos relatos não se repetem, além do que os próprios profissionais não registram ou esquecem. Mônica dá o exemplo dos casos de violência: “A não ser que isso se repita na fala do paciente. Mas eu acho que nesses casos de violência, a coisa se perde, sabe? Quando alguém chega lá, porque viu o filho ser feito em pedaços pelo tráfico, viu alguém morrendo, e aí vão aparecendo outras situações da vida, esse fato traumático vai se perdendo naquele monte de prontuário”. Ela conclui, fazendo referência à categoria de estresse pós-traumático: “Talvez se tivesse um F desse lá, talvez a gente se perguntasse

que fato foi esse, né? Que situação foi essa? Eu estou pensando aqui junto. Nunca tinha pensado nisso não”.

Partindo dessas questões e lembrando do caso da paciente Roberta<sup>1216</sup>, Mônica indaga se não seria possível identificar, em tantos outros casos que atualmente só estavam sendo medicados, uma situação traumática como causa: “Eu acho que a gente pode encontrar muito disso, de situações que abriram um quadro de insônia, de ansiedade, em que não foi uma situação traumática daquelas que mudou tudo, mas que causou uma dor e um sofrimento que está sendo só medicado e talvez pudesse ser ressignificado”. Além da verificação mais sistemática desses quadros que só estavam sendo medicados, acrescenta que talvez fosse necessária uma atenção maior ao momento de chegada do paciente à recepção, quando esses episódios traumáticos dificilmente passam despercebidos.

Romeu, profissional que trabalhou na coordenação de saúde mental, apontara que a questão dos dados, como a notificação da violência, era continuamente negligenciada pela saúde mental. Agora, enxergamos o outro lado da moeda, pois as profissionais da saúde mental diziam que faltava no campo da saúde mental elementos que deveriam ser extraídos da psicanálise. Completando as observações de Ruth, Cláudia lembra que o próprio fundamento do campo da saúde mental coletiva, da Reforma Psiquiátrica<sup>1217</sup>, não importou muitos dos conceitos da psicanálise, como o de trauma. Quanto a isso, explica que a “violência sim, mas não o trauma”. Repara que, “em termos de trauma, no vocabulário da Reforma, de verdade, não consigo lembrar de alguma coisa que venha desse jeito, não é uma palavra corriqueiramente utilizada”. Para Cláudia, embora tenha deixado bem claro que se tratava apenas de uma hipótese, uma das causas está na própria confusão que se faz entre o campo da psicanálise e o campo da saúde pública: “O campo da política pública e da saúde mental, que é o campo da Reforma Psiquiátrica, não é o campo da psicanálise”. Fala que o termo trauma é um “termo da psicanálise, e por isso não é comum a gente encontrar na Reforma, porque não é um elemento que vai ser destacado, seja como princípio, seja como norteador, objetivo, como causalidade”. Neste sentido, conclui: “É claro que um episódio de violência pode ser traumático, mas o que hoje tem sido discutido em termos de política pública de saúde coletiva é a violência, e não o trauma”.

---

<sup>1216</sup> Cf. o caso Roberta, subcapítulo 3.15.4 Olhando para a Medusa: acompanhamentos do trauma na prática.

<sup>1217</sup> Remeto o leitor ao subcapítulo 2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira dos anos 1990, onde abordamos esta questão com maior profundidade.

Para alguns profissionais, portanto, tratar da violência ainda era pouco, insuficiente. Segundo Ruth, a violência não abarca o sentido contido no trauma. Com as notificações, temos números, o que é importante para o “bom funcionamento do social”<sup>1218</sup>, mas isto não remete necessariamente à experiência do sujeito. Ruth faz uma associação do assunto com a questão da lógica manicomial: “Qual é a lógica manicomial? Eu vou me preocupar em primeiro lugar – e talvez em único lugar, já que é só isso que me interessa – se você pode causar risco para o outro ou para si mesmo. Se você está no caos, dentro do hospício, então, *não, não, eu vou colocar pra dentro, porque ele está oferecendo risco*”. Ela compara com a questão da violência, em particular com as notificações. Diz, por exemplo: “Quem construiu a ficha, não o outro que não seja a gente mesmo – a gente que construiu a ficha! – a preocupação é que se possa causar violência ao outro ou a si mesmo”. Além disso, trata-se da “epidemia da violência autoprovocada. A gente não tá, de novo, pouco se importando”. Ruth resume: “Justiça. Esses casos vão para a justiça. E o trauma? O trauma não vira número. Mas a violência autoprovocada ou provocada ao outro vira número. É número e esse número é lido como resultado, seja positivo ou negativo”. A psicóloga fala da sua experiência com as notificações. Ela era questionada: *Quantas notificações? Quem vocês estão atendendo que não foi notificado?* Lembra que ficava “ouvindo o tempo sobre números, estatísticas, estudo epidemiológico, se a gente puder provar que o número de violências autoprovocadas diminuiu de um ano para o outro”. Ela distingue isso da questão do trauma, porque, neste caso, “a gente fica muito na questão subjetiva” e que, “ao mesmo tempo, a gente ouve que é necessário apresentar números, alguns tipos de resultado”. Ela explica que não se trata de dizer que tais dados não são importantes, mas, de destacar a questão: “Por que hoje não se para de falar de notificação de violência, mas não se fala do trauma subjetivo de cada um?” Extraímos da fala de Ruth que, ainda que possamos ter uma ideia (como vimos, ainda não podemos, já que os dados realmente não são factíveis), quem poderá dizer como tais eventos afetam a saúde mental da população? Sobre isso, de fato, sabemos pouquíssimo.

A exemplo dos outros entrevistados, Raul afirmou que estava pensando pela primeira vez, em algumas das questões do trauma, de um ângulo novo. Quando questionado especificamente sobre possíveis implicações do predomínio (laciano) da psicanálise no campo da saúde mental, respondeu-me que até então não havia pensado sobre que tipo de importância ou de significado “a vigência de um diagnóstico como esse,

---

<sup>1218</sup> Na esteira do que Wieviorka (2009) apontou sobre as relações entre violência e o sacrifício, conforme apontamos anteriormente. Cf. 3.13 Violência racial e de gênero: *trauma* racial e de gênero?



a sua entrada nas estatísticas, vindo do ambulatório, podem ou poderiam modificar, importar, de uma maneira mais geral como a sociedade ou o Estado lida com a situação da violência”. De sua parte, como já vimos, importa-lhe o “micro, o microcosmos de sujeitos”, embora confesse que “isso não quer dizer que seja suficiente”. Ou seja, não quer dizer “que não existam outras maneiras importantes ou que não tenha importância você abordar as questões sobre outros ângulos”.

Quando abordado sobre a teoria psicanalítica, a lacaniana em particular, Raul recorda uma passagem histórica. Lacan tinha relações conflituosas com o filósofo Sartre. Raul lembra da famosa passagem de Sartre, muito repetida, que diz que o “importante não é o que fazem com você, mas o que você faz com o que os outros fazem com você”. O psiquiatra diz: “Apesar de serem teoricamente inimigos, há uma certa tendência da abordagem lacaniana com essa questão da implicação do sujeito. Ou seja, que pode passar essa impressão de responsabilização”. No entanto, Raul pondera que talvez pudessem ser relativizadas essas duas “direções de conceitos”. Ele explica: “Porque uma coisa é você dizer que cada um vai elaborar situações traumáticas de violência sofrida de uma maneira particular, e que nós podemos intervir nessa incidência subjetiva e não construirmos uma categoria universal de vítima. Entender todos como vítima e aí uniformizarmos isso”. Por outro lado, ele pondera: “Mas também existe aí um risco, quando se escuta isso, que isso pode querer dizer que a pessoa que passa por situações de muita violência poderia sair incólume, desde que ela *quisesse*, ela poderia evitar vitimizar-se. Ou, uma vez vítima, poderia lidar com isso com facilidade”. Raul sustenta que existe realmente perigo “entre a ideia de que não existem efeitos até certo ponto universais da violência” - ou seja, cada uma pode reagir de uma forma – “e a fronteira de pensar que alguém submetido à violência extrema poderia não ter repercussões, de modo a responsabilizar muito mais o sujeito do que o evento, que tem atores muito diversos no Brasil, sobretudo o Estado, a desigualdade social, etc., que são atores mais importantes”. Ele conclui: “É um risco para a psicanálise se confundir isso”.

Raul relaciona essa discussão com o modo como ela surge na literatura antropológica francesa, especialmente na obra dos antropólogos Didier Fassin e Richard Rechtman. Conforme apontamos em diversas partes deste trabalho, concordamos inteiramente com as observações do psiquiatra, quando afirma que nós, como brasileiros, deveríamos relativizar certos aspectos da discussão extraída do contexto francês. Para ele, “novamente, nós entramos nesse risco, de que acaba sendo uma denúncia sobre a vítima”. Apoiado em algumas colocações importantes daqueles autores, lembra que, de fato,

atualmente, “nós temos uma posição aí da sociedade, que está, digamos, universalizando a vítima”, além da “ideia de que você precisa, para ser reconhecida enquanto vítima, desse diagnóstico”. Além disso, “isso virou uma identidade”, isto é, “você precisa ser enquadrado em alguma coisa”, em alguma das categorias da psiquiatria. Mas se, de fato, são mundos completamente distintos, o brasileiro e o francês, nuances precisam ser apontadas, para que façamos nossas próprias reflexões sobre como a questão do trauma (e da vítima) emerge no nosso contexto: “Na medida em que o discurso psicanalítico dominante, sobretudo nas universidades, é o discurso lacaniano, que o trauma passa a ser, do ponto de vista psicanalítico, alguma coisa universal, ou seja, a síntese famosa *O encontro com o Outro é sempre traumático*, isso faz com que desapareça a importância de se discutir essa questão do trauma. Porque já tem essa concepção prévia. O encontro com o Outro é sempre traumático. O encontro com o sexo é traumático”. Brincando com as palavras, ele coloca: “Novamente, temos perdas e ganhos, em termos teóricos, isso tem uma função, é interessante. Mas pode ser lido como algo abusivo, abusado, como abuso, pode ser alguma coisa abusiva”. E acrescenta: “Pode ser algo que esconda. Olha, está certo, o encontro com o Outro, com o sexo, é inevitável: mas isso é a mesma coisa ou tem um valor explicativo, universal ou, a vítima descrita por esta antropologia francesa, americana, anglo-saxônica, é a mesma brasileira? É o que você está interrogando”, ele observa. Por isso, ele conjectura sobre como a psicanálise pode ter, inadvertidamente, desqualificado a ideia dos vetores nacionais, da cultura, da sociedade brasileira em relação à vítima efetivamente traumatizada.

### *Considerações finais*

A partir dos diferentes quadros e cenários estudados, os achados gerais de nosso trabalho apontam para as dificuldades de conceituação do trauma e as discordâncias quanto às suas diferentes dimensões, em especial as entendidas como individuais e intrapsíquicas, de um lado, e sociopolíticas, de outro. Se o trauma é considerado uma perturbação individual, diminui-se a importância de sua dimensão externa e social. Já se são enfatizados os aspectos políticos e sociais, desprivilegia-se o sofrimento em sua singularidade, na sua dimensão individual. Além disso, se uma determinada discussão se limita a considerá-lo como um “discurso”, comumente perde-se a dimensão experiencial e vivida. Por isso, apontamos para a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que

enfrente esse conceito em contato estreito com cenários sempre situados e considere de maneira conjunta suas dimensões político-sociais, históricas, e psicológicas, consciente de sua dimensão socialmente construída. Ademais, tais análises devem ser constantemente reconstruídas e analisadas, a depender das situações em questão.

No que diz respeito à nossa incursão etnográfica, é preciso atentar para as limitações dos estudos, no Brasil, dos efeitos da violência, entre eles do trauma. Não só para a carência de dados confiáveis sobre a prevalência de tais condições na população atendida, com as consequências na elaboração de políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental, mas também para a carência de estudos teóricos, em suas diversas acepções metodológicas, que levem em consideração as particularidades nacionais. Aponto para a necessidade de promoção de um diálogo mais aberto e colaborativo entre os diferentes campos de estudos e de práticas em prol de uma compreensão mais ampla, interdisciplinar e inclusiva dessas questões no Brasil. Relativamente às possíveis implicações dessa troca entre os diferentes campos do trauma, poderíamos pensar em como seria incluir na pauta da atenção psicossocial questões como verdade e reparação. Quais seriam as consequências, por exemplo, de se entender uma razoável parcela dos ditos usuários da saúde mental não somente como doentes, “neuróticos”, “psicóticos” ou mesmo “loucos”, mas como efetivas vítimas de um sistema, este sim enlouquecedor? Quais seriam as consequências de se estabelecer a verdade (e não a fantasia) como parâmetro e norteador clínico? Quais seriam as implicações político-terapêuticas da reparação, no que diz respeito a esses usuários, sistematicamente vítimas de gravíssimas violações de direitos humanos, para que não apenas possam ser ouvidos e legitimados em suas narrativas, mas efetivamente protegidos por políticas públicas do Estado?

Não é demais ressaltar, conforme observamos anteriormente<sup>1219</sup>, que as avaliações e os desenvolvimentos teóricos sobre o que é ou não traumático carregam sempre um sentido sociopolítico, já que as ações políticas e as reparações são determinadas em última instância por esses mesmos discursos teórico-científicos. Entretanto, quando uma vítima passa a ser reconhecida como tal, necessariamente há consequências financeiras, legais, morais e psicológicas. Não parece casual que, na atualidade, a despeito do crescente interesse teórico na violência, pouco se investigue e até se negue a realidade factual do trauma. Ora, se pusessemos a realidade traumatogênica no centro das análises, e a

---

<sup>1219</sup> Na esteira de Becker (2014). Cf. o subcapítulo 2.1.4 Memória social, verdade e reparação.

considerássemos como uma das consequências mais nefastas e mais concretas da violência, isto levaria a um claro questionamento dos sistemas de autoridade.

A partir desse conjunto de visões e críticas, não só de âmbito micropolítico e individual, mas as sistematicamente praticadas, isto é, no âmbito da política pública de saúde mental, pode-se dizer que o entendimento do que é o trauma, não apenas suas manifestações clínicas, sintomas, hipóteses etiológicas, mas de como essa concepção é aplicada no âmbito maior das práticas, ganha uma materialidade muito própria. Embora o tema da violência fosse objeto de interesse dos profissionais do dispositivo que acompanhamos, e também estivesse no escopo maior da rede de atenção psicossocial na qual se inseria, ficou evidente, de diferentes modos, que esse interesse não bastava para produzir mudanças concretas relativas à prevenção e à atenção para a população atendida. De diferentes formas, ao contrário, mostrou-se frágil relativamente ao entendimento das consequências concretas desse interesse, como, por exemplo, do quão pouco se sabia dos reais impactos da violência naquela população e de que modo se dava o entendimento dos próprios usuários sobre suas próprias vivências. Em outros termos, não havia uma compreensão clara sobre a epidemiologia dos transtornos mentais derivados diretamente da violência, bem como sobre a perspectiva do usuário acerca de suas próprias experiências desse tipo de sofrimento.

No que diz respeito aos impactos concretos da violência na saúde mental, ficou claro que, a despeito do crescente interesse no tema da violência no âmbito da assistência em saúde mental, inúmeras questões se mostraram problemáticas. A título de exemplo, a questão dos dados quantitativos referentes a situações de violência, através das chamadas notificações compulsórias, estabelecidas no âmbito geral da saúde pública, ou através de outros registros quantitativos mantidos no ambulatório, estabelecidos pelo município.

Como dissemos, não havia clareza de início de como o trauma aparecia na perspectiva dos usuários. Alguns profissionais me diziam que os usuários não utilizavam tal terminologia. Já outros diziam que aparecia, sim. Outros, ainda, diziam que, embora o termo trauma não fosse utilizado explicitamente, havia uma lógica de causalidade que muitas vezes remetia a acontecimentos externos. Era uma lógica distinta da que orientava parcela importante dos psicólogos da equipe, pautada pela lógica da implicação e da responsabilização singular e subjetiva dos diferentes efeitos da violência.

Contrapondo-se à percepção que alguns dos profissionais tinham a respeito disso, averiguamos que um entendimento sobre a causalidade externa e social dos sofrimentos de que padeciam eram sistematicamente relatados pelos pacientes. Além disso, a própria

nomeação do termo trauma estava presente. Ficou claro que ele surgia de maneira abundante na fala dos usuários, através de relatos do sofrimento produzido diretamente por diferentes eventos cotidianos, em sua maioria, produzidos por extrema vulnerabilidade social, pobreza e violência. Destaco aqui a importância das narrativas dos usuários para o entendimento do trauma, uma vez que ofereceram uma perspectiva única sobre o impacto dos diferentes eventos de violência em suas vidas. Também ajudaram a desafiar determinados estereótipos e preconceitos comuns sobre suas experiências, de maneira a servir para pautar o desenvolvimento ou inclusão de abordagens terapêuticas que incluam, na clínica, sensibilidade e empatia, por parte dos profissionais de saúde mental. De modo análogo ao que foi possível observar nos diferentes campos teóricos, ficou claro que o trauma só surge, neste campo, de modo legítimo e estabilizado, quando a voz destes usuários está presente. Sendo assim, é importante indicar a necessidade de incluir-se, de maneira mais sistematizada, a voz dos usuários dos serviços em saúde mental, particularmente nas interpretações de suas próprias experiências consideradas traumáticas, de modo que sirvam como fonte de conhecimento valioso e legítimo para as respectivas práticas clínicas e políticas públicas implementadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAÃO, Paulo. Prefácio. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho**: reparação psíquica e construção de memórias. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 15-21.

ACNUR (s/d). **Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado**: de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 Relativos ao Estatuto dos Refugiados. Genebra: ONU, 2014.

AGIER, Michel. Refugiados diante da Nova Ordem Mundial. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 18, n. 2, p. 197-215, 2006.

AGUIAR, Bruna S. de. Entrevista com Liliana Lyra Jubilut: a contínua busca de proteção integral para pessoas refugiadas e outros migrantes. **Argumentos: Revista do Departamento de Ciências Sociais da Unimontes**, 15, 1, p. 235-249, 2018.

AHMED, Sara. Against students. **The New Inquiry**, 29 de junho de 2015. Disponível em: <<https://thenewinquiry.com/against-students/>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

AHMED, Sara. Affective economies. **Social Text** 79, vol. 22, n. 2, p. 117-139, 2004.

ALGERI, Simone; SOUZA, Luccas M.. Violence Against children and adolescents: a challenge in the daily work of the nursing team. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, jul./ago., vol. 14, n. 4, p. 625-631, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3 ed. Washington, DC: Author, 1980.

ANIGO. **A ditadura militar em Goiás - arquivos revelados**: transcrições de relatórios dos órgãos da repressão; IPMs, sentenças de tribunais militares, certidões, depoimentos, artigos, imagens e reportagens. Volume 2. Goiânia: Anigo, Gráfica UFG, 2016.

ANGELUCCI, Carla B. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 8-9.

ARAGÃO, Ailton de S.; FERRIANI, Maria C.; VENDRUSCOLLO, Telma S.; SOUZA, Sinara de Lima; GOMES, Romeu. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, jan./fev., p. 172-179, 2013.

ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. **Brasil nunca mais**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Trajетória sócio-epidemiológica da violência contra a criança e o adolescente**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1995.

ASSIS, Simone; SOUZA, Edinilza; AVANCI, Joviana. Consequências a curto e longo prazos do abuso sexual de crianças e adolescentes: um estudo bibliográfico. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. XXXIX, n.4, p. 100-108, 2003.

ASSIS, Simone; AVANCI, Joviana. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Kathie Njaine, Simone Assis, Patrícia Constantino e Joviana Avanci (orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento e Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora Fiocruz, 2020.

AVANCI, Joviana; HENNING, Fernanda; PIRES, Thiago; ASSIS, Simone Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 21, p. 1-10, 2021.

BALL, Karyn. Introduction: trauma and its institutional destinies. **Cultural Critique**, Trauma and its cultural aftereffects, n. 46, p. 1-44, 2000.

BAUMAN, Zygmunt. **Capitalismo parasitário**: e outros temas contemporâneos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

BECK, Ulrich. **A sociedade de risco**. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

BECKER, David. **Die Erfindung des Traumas**. Giesen: Psychosozial-Verlag, 2014.

BELLET, Benjamin; JONES, Payton; MCNALLY, Richard. Trigger warning: Empirical evidence ahead. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 61, p. 134-141, 2018.

BELLINTANI, Milton. A reconstrução pela palavra dos vínculos quebrados pela ditadura. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**: Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 315-318.

BENEDUCE, Roberto. **Archeologie del trauma**: Un'Antropologia del Sottosuolo. Roma-Bari: Laterza Edizioni: 2010.

BERARDI, Franco. **Futurabilidad**: la era de la impotencia e el horizonte de la posibilidad. Buenos Aires: Caja Negra, 2019.

BERARDI, Franco. **Asfixia**: capitalismo financeiro e a insurreição da linguagem. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

BERARDI, Franco. "O enigma do beijo: o distanciamento pandêmico na evolução psíquica do gênero humano". **4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH_M)>. Acesso em: 03 abr. 2021, 2020.

BERTA, Sandra Leticia. 2010. Do trauma ao *troumatismo*. **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 57-70.

BEZERRA JR., Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: **Saúde e Sociedade no Brasil anos 1980**. Reinaldo Guimarães e Ricardo Tavares (orgs.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 171-191.

BEZERRA JR., Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Jr., Benilton; Amarante, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 113-126.

BIALER, Mabel; et al. Sobre la urgencia (I). In: Bialer, Marta; et al. (orgs.). **La Urgencia**: el psicoanalista en la practica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones. 1988, p. 11-14.

BICALHO, Pedro Paulo. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, pp. 11-12.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: Bezerra Jr., Benilton; Amarante, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1992, p. 71-90

BIRMAN, Joel. **O sujeito desejanste na contemporaneidade**. Abertura do II Seminário de Estudos em análise do discurso. Instituto de Letras da UFRGS, Porto Alegre, 2005.

BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel. (org.) **Guerra, catástrofe e risco: uma leitura interdisciplinar do trauma**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

BIRMAN, Joel. **O trauma na pandemia do Coronavírus**: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Paulo Amarante (org.). 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72.

BIRK, Rasmus. From social to socio-material pathologies: on Latour, subjectivity and materiality. **Distinktion: Journal of Social Theory**, n. 17, vol. 2, p. 192-209, 2016.

BIRMES, Philippe et al. Early historical literature for post-traumatic symptomatology. **Stress and Health**, v. 19, issue1, p. 17-26, 2003.

BISTOEN, Gregory. **Trauma, ethics and the political beyond PTSD**: the dislocations of the real. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016.

BONET, Octavio. 2021. La sociedade del espanto: mallas de vidas em cuarentena. **Horizonte antropológico**, Porto Alegre, vol. 27, n. 59, p. 147-163, 2021.



BOURKE, Joanna. **An intimate killing**: face to face killing in twentieth century warfare. Nova Iorque: BasicBooks, 1999.

BOURKE, Joanna. **Fear**: a cultural history. Londres: Virago, 2005.

BOURKE, Joanna Bourke. Why History hurts. In: Leese, Peter; Crouthamel, Jason (eds.) **Traumatic memories of the Second World War and after**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016, p. 269-289.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737. De 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 19 de maio, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. **Gestão de risco e desastres**: Contribuição da Psicologia. Curso à distância / Centro Universitário de Estudo e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Atlas Brasileiro de Desastres Naturais: 1991 a 2010**. Florianópolis: Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres, 2013.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório. Volume I**. Brasília: CNV, 2014.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório. Volume III**. Brasília: CNV, 2014.

BRASIL, Vera Vital. Testemunho da verdade e efeitos de reparação psíquica. In: Cardoso, Cristiane; Felipe, Marília; Brasil, Vera Vital (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica**: Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, p. 37-56.

BUENO, Leonardo Brasil et al. **Cartilha de Prevenção à violência armada em Manguinhos**: material para uso de moradores, moradoras e profissionais do território. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BRODERICK, Gourete. The convenience of debating unexperienced pain. **British Medical Journal**, Responses, 16 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/convenience-debating-unexperienced-pain>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BROWN, David. If DSM-IV doesn't work, let's try something different. **British Medical Journal**, 09 de julho de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/if-dsm-iv-doesnt-work-lets-try-something-different>>.

BROWN, Laura S.. The controversy concerning recovered memory of traumatic events. In: Arieh Y. Shalev, Rachel Yehuda e Alexander C. McFarlane (eds.). **International handbook of human response to trauma**. Nova York: Springer Science and Business Media, 2000, p. 195-209.

BRUCK, Ney R. **A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma**. 195f. Tese (Doutorado em Psicologia), PUCRS, Faculdade de Psicologia, Rio Grande do Sul, 2007.

BRUNNER, José. **Die Politik des Traumas**. Berlim: Suhrkamp Verlag, 2014.

BUENO, Leonardo Brasil et al. Cartilha de Prevenção à violência armada em Manguinhos: material para uso de moradores, moradoras e profissionais do território. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BURT, Jo-Marie. Challenging impunity in domestic courts: human rights prosecutions in Latin America. In: **Transitional Justice: handbook for Latin America**. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, pp. 285-311.

CABRERA-ABREU, Casimiro. Epistemology and ontology of PTSD. **British Medical Journal**, Responses, 18 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/epistemology-and-ontology-ptsd>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

CALLON, Michel; LAW, John. Introduction: absence-presence, circulation, and encountering in complex space. **Environment and Planning D: Society and Space**, vol. 22, p. 3-11, 2004.

Capatides, Christina. Have you been traumatized by 2016? CBS News, 23 de dezembro de 2016. Retirado de <http://www.cbsnews.com/news/have-you-been-traumatized-by-2016>, acesso em 10 de abril de 2019.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1980.

CARIGNATO, Taeco; ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra. Imigrantes, migrantes e refugiados: encontros na radicalidade estrangeira. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, ano XIV, n. 26 e n. 27, p. 93-118, 2006.

CARVALHO, Pedrina José de. 33ª Caravana: São Paulo, SP. Mulheres Perseguidas. In: Maria José H. Coelho e Vera Rotta (orgs.). **Caravanas da Anistia: o Brasil pede perdão**. Brasília, DF: Ministério da Justiça; Florianópolis: Comunicação, Estudos e Consultoria, 2012, p. 195.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, Rosana. Regulamentação sanitária de medicamentos: a controvérsia dos engraxadores. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 299-322.

CHEIT, Ross E. **The witch-hunt narrative**: politics, psychology, and the sexual abuse of children. 2014. Oxford: Oxford University.

CHU, Andrea Long. Study in blue. **Women & Performance**, 06 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://www.womenandperformance.org/bonus-articles-1/andrea-long-chu-27-3>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

COIMBRA, Cecília; et al. Intervenção clínica quanto à violação dos Direitos Humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, na ética, na política. Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 113-121.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Anais do Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres**. Brasília: CFP, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Textos geradores – II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2011; Conselho Federal de Psicologia. **Nota Técnica sobre a Atuação de Psicólogos em Situações de Emergências e Desastres, relacionadas com a Política de Defesa Civil**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A verdade é revolucionária**: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985). Brasília: CFP, 2013.

CONTE, Bárbara de Souza. Apresentação - Clínicas do Testemunho: reparação psíquica e reconstrução de memórias. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho**: reparação psíquica e construção de memórias. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 23-27.

COQUEIRO, Izaura Silva. 33ª Caravana: São Paulo, SP. Mulheres Perseguidas. In: Maria José H. Coelho e Vera Rotta (orgs.). **Caravanas da Anistia**: o Brasil pede perdão. Brasília, DF: Ministério da Justiça; Florianópolis: Comunicação, Estudos e Consultoria, 2012, p. 195.

COSSLET, Rhiannon Lucy. **New Statesman America**, 29 de janeiro de 2013. Disponível em: <<https://www.newstatesman.com/sci-tech/2013/01/why-i-dont-agree-trigger-warnings>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

COSTA, Pedro Henrique; MENDES, Kíssila T. Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 27, n.1, p. 66-82, jan./abr., 2019.

CRAPS, Stef. **Postcolonial witnessing**: trauma out of bounds. Nova York: Palgravave Macmillan, 2013.

CVETKOVICH, Ann. **Depression**: a public feeling. Durham e Londres: Duke University Press, 2012.

DALLAM, Stephanie. Science or propaganda? An examination of Rind, Tromovitch and Bauserman (1998). **Journal of Child Sexual Abuse**, v. 9, n. 3-4, p. 109-134, 2001.

DARÉ, Maria Orlene. Apresentação. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 7.

DAS, Veena. **Critical events: an anthropological perspective on contemporary India**. Nova York: Oxford University Press, 1995.

DAVIDOVITCH, Nadav; ZALASHIK, Rakefet. Recalling the survivors: between memory and forgetfulness of hospitalized Holocaust survivors in Israel. **Israel Studies**, v. 12, n. 2, p. 145-163, 2007.

DAILEY, Timothy J. Harming the little ones: the effects of pedophilia on children. **OrthodoxyToday.org**. Disponível em: <<http://www.orthodoxytoday.org/articles/DaileyPedophilia.php>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

DEAN, Eric. **Shook over hell: post-traumatic stress Vietnam, and the Civil War**. Cambridge e Londres: Harvard University Press, 1997

DEL ZOTTI, Francesco. From the danger of psychiatry to the danger of ideology. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/danger-psychiatry-danger-ideology>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012

DEVEREUX, Georges. Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 31, n. 1, p. 101-142.

DOLL, Jen. Trigger warnings on classic literature are one small step from book banning. **The Guardian**, 20 de maio de 2014. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/commentisfree/2014/may/20/trigger-warnings-college-campus-books>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

DOYLE, Frank. Victim status: a legal life line. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/victim-status-a-legal-life-line>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

DOYLE, Sady. The Nanny University: is the academy trigger-warning happy? **These Times**, 14 de julho de 2014. Disponível em: <[http://inthesetimes.com/article/16940/is\\_the\\_academy\\_trigger\\_warning\\_happy](http://inthesetimes.com/article/16940/is_the_academy_trigger_warning_happy)>. Acesso em: 12 jan. 2019.

DUIN, Julia. Critics assail study affirming pedophilia. **Washington Times**, 23 de março de 1999, p. A1. Statement by American Psychological Association: childhood sexual abuse causes serious harm to its victims, 23 de março de 1999. Disponível em: <<http://www.leadershipcouncil.org/1/rind/apa.html>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

DUMIT, Joseph. **Picturing personhood**: brain scans and biomedical identity. Nova Jersey: University Press, 2004.

DUNANT, Sarah; PORTER, Roy (eds.). **The Age of Anxiety**. Londres: Virago Press, 1996.

DUNCAN, Whitney. Gendered trauma and its effects: domestic violence and PTSD in Oaxaca. In: Devon Hinton e Byron Good (eds.) **Culture and PTSD**: trauma in global and historical perspective. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2016, p. 202-239.

DUNKER, Christian. A hipótese depressiva. In: SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 17-212.

EHRENBERG, Alain. **The weariness of the self**: diagnosing the history of depression in the contemporary age. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2010.

ESTRELA, Fernanda. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n.9, p. 3431-3436, 2020.

FANON, Franz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: UFBA, 2008.

FASSIN, Didier Fassin; RECHTMAN, Richard. **The empire of trauma**: an inquiry into the condition of victimhood. Nova Jersey: Princeton University Press, 2009.

FASSIN, Didier; GOMME, Rachel. Subjectivity without subjects: reinventing the figure of the witness. In: Fassin, Didier. **Humanitarian reason**: a moral history of the present. Berkeley: University of California Press, 2012, p. 200-222.

FAVERO, Eveline; DIESEL, Vivien. A seca enquanto um hazard e um desastre: uma revisão teórica. **Aletheia**, v. 27, n. 1, p. 198-209, 2008.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Deadly words**: witchcraft in the Bocage. Nova York: Cambridge University Press, 1981.

FERREIRA, Arthur Arruda L. A psicologia como saber mestiço: o cruzamento múltiplo entre práticas sociais e conceitos científicos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 13, n. 2, abr./jun., p. 227-238, 2006.

FIGLIO, Karl. How does illness mediate social relations? Workmen's compensation and medico-legal practices, 1890-1940. In: Wright, P. & Treacher, A. (eds.). **The problem of medical knowledge**. Examining the social construction of medicine. Edimburgo: Edinburgh University Press, 1982, p. 174-224.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*? In: Quinet, Antônio (org.). **Psicanálise e psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 93-96.

FISHER, Mark. **Realismo capitalista**: é mais fácil imaginar o fim do mundo do que o fim do capitalismo? São Paulo: Autonomia, 2020.

FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. Apresentação. In: Fleischer, Soraya; Ferreira, Jaqueline (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 11-32.

FLEISCHER, Soraya. **Descontrolada**: uma etnografia dos problemas de pressão. Brasília: EdUFSCar, 2018.

FONSECA, Cláudia. Algumas reflexões antropológicas sobre uma maternidade hospitalar francesa. In: Fleischer, Soraya; Medeiros, Bartolomeu F. de; Tornquist, Carmen Susana. (orgs.). **Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e a saúde popular**. Ilha de Santa Catarina: Editora da UDESC, 2010.

FOWLER, Raymond. E-mail enviado à APA, 25 de março de 1999. Disponível em: <<https://www.mhamic.org/rind/fowler2.txt>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

FOWLER, Raymond. APA Letter to the honorable Rep. DeLay (R-Tx). **APA Public Communications**, 09 de junho de 1999. Disponível em: <<http://archive.li/KvtuK>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

FOWLES, Stacey May. Trigger warnings are the least we can do to help trauma survivors feel safe. **The Globe and Mail**, 16 de outubro de 2015. Disponível em: <<https://www.theglobeandmail.com/arts/books-and-media/trigger-warnings-are-the-least-we-can-do-to-help-trauma-survivors-feel-safe/article26842917/>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FUENTES, Maria J. S. *Troumatismo* sob transferência. **Revista Curinga**, EBP - MG, n. 38, jan./jun. 2014, p. 107-114.

GALINA, Vivian; SILVA, Tatiane; HAYDU, Marcelo; MARTIN, Denise. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface** (Botucatu), 21, n. 61, p. 297-308, 2017.

GAMA, Jairo Roberto de A. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica brasileira**. 240f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GATTI, Gabriel. Como la [victima] española no hay. (Pistas confusas para poder seguir de cerca y entender la singular vida de um personaje social en pleno esplendor. **Kamchatka**, n. 4, dez., p. 275-292, 2014.

GATTI, Gabriel. La hipótesis V. Las víctimas y su victoria sobre el poderoso (y myu agencial) ciudadano”. In: Tejerina, Benjamin; Gatti, Gabriel (eds.). **Pensar la agencia en la crisis**. Madrid: CIS, Colección Academia, 2016, p. 145-164.

GIBBS, Alan. **Contemporary American trauma narratives**. Edimburgo: Edinburgh University Press, 2014.

GONÇALVES, Hérica Cristina B.; QUEIROZ, Marcello R. de; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan./abr., 2017.

GOODMAN, Nelson. **Ways of worldmaking**. Indianapolis: Hackett, 1978.

GOUDLSMIT, Ellen. Sufferers of PTSD deserve to be taken seriously. **British Medical Journal**, Responses, 13 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/sufferers-ptsd-deserve-be-taken-seriously>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

GOULDSMIT, Ellen. Re: Post-traumatic stress disorder: a convenient diagnosis for patients and doctors. **British Medical Journal**, Responses, 06 de fevereiro de 2001. Disponível em: < <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/re-post-traumatic-stress-disorder-convenient-diagnosis-patients-and-doctor>>. Acesso em: 29 set. 2019.

GRANT, Matthew; ZIEMANN, Benjamin. Introduction: the Cold War as an imaginary war. In: GRANT, Matthew; ZIEMANN, Benjamin (eds.). **Understanding the imaginary war: culture, thought and nuclear conflict, 1945-90**. Manchester: Manchester University Press, 2016, p. 1-29.

GRECO, Musso Garcia. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In: Quinet, Antônio (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 111-120.

GREENE, Terry. "Father Joe". **Phoenix New Times**, 25 de outubro de 1989. Disponível em: <<https://www.phoenixnewtimes.com/news/father-joe-6412616>>. Acesso em: 24 nov. 2019.

GUERRA, Jureuda. Relato entregue por Jureuda Duarte Guerra ao Conselho Regional de Psicologia da 10ª Região (Pará). In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 209-213.

HACKING, Ian. Symposium papers, comments and an abstract: The sociology of knowledge about child abuse. **Nous**, v. 22, n. 1, 1988, p. 53-63.

HACKING, Ian. The looping effect of human kinds. In: SPERBER, Dan; PREMACK, David; PREMACK, James. **Causal cognition: a multidisciplinary debate**. Oxford: Clarendon Press, 1995, p. 351-383.

HACKING, Ian. **Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illness**. Charlottesville, Virginia: University of Virginia Press, 1998.

HACKING, Ian. **Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory**. Nova Jersey: Princeton University Press, 2000.

HALLUIN, Estelle; LATTÉ, Stéphane; FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et

interventions psychiatriques humanitaires. **Revue française des affaires**, 1, p. 57-75, 2004.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder Editorial, 2014, p. 18.

HARDY, Maggie. Campus rape survivors need policy change, not trigger warnings. **The Feminist Wire**, 21 de maio de 2015. Disponível em: <<https://www.thefeministwire.com/2015/05/campus-rape-survivors-need-policy-change-not-trigger-warnings/>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

HAYNER, Priscilla. **Unspeakable truths**: transitional justice and the challenge of truth commissions. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: Routledge, 2011.

HECKENBERG, Grace. The convenience of debating unexperienced pain. *British Medical Journal, Responses*, 29 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/re-convenience-debating-unexperienced-pain>>. Acesso em: 13 set. 2019.

HERMAN, Judith. **Trauma and recovery**: the aftermath of violence: from domestic abuse to political terror. Nova York: Basic Books, 1992.

HERRERO, Dolores; BAELO-ALLUÉ, Sonia (eds.) **The splintered glass**: facets of trauma in the post-colony and beyond. Amsterdã: Rodopi, 2011.

HILLEBRANDT, Ralf. Das trauma in der psychoanalyse. Giesen: Psychosozial-Verlag, 2004, apud Markus Kumpfmüller. Political traumatisation and trauma-discourse. In Andreas Hamburger et al. **Forced migration and social trauma**: interdisciplinary perspectives from psychoanalysis, psychology, sociology and politics. Nova York: Routledge, 2019, p. 18-27.

HINTON, Devon; GOOD, Byron (eds). **Culture and PTSD**: trauma in global and historical perspective. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2016.

HOBSBAWN, Eric. **Era dos Extremos**: o breve século XX [1914-1991]. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HORN, Eva. **The apocalyptic fiction**: shaping the future in Cold War. In Matthew Grant e Benjamin Ziemann. Understanding the imaginary war: culture, thought and nuclear conflict. Manchester: Manchester University Press, 2016.

ILLOUZ, Eva. **Intimidades congeladas**: las emociones en el capitalismo. Buenos Aires: Katz editores. 2007.

INDURSKY, Alexei Conte; SZUCHMAN, Karine. Grupos do testemunho: função e ética do processo testemunhal. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho**: reparação psíquica e construção de memórias. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 49-66.



INGLEBY, David. Editor's introduction. In: David Ingleby (ed.). **Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons**. Utrecht: Utrecht University, 2004, p. 1-27.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE [IASC]. **IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings**. Geneva: IASC, 2007.

JAMES, Erica. Haunting ghosts: madness, gender, and Ensekirite in Haiti in the democratic era. In: GOOD, Mary-Jo DelVecchio; HYDE, Sandra Teresa; PINTO, Sarah; GOOD, Byron J. (eds.). **Postcolonial disorders**. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press, 2008, p. 132-156.

JAMES, Wiliam. **Memories and studies**. Nova York: Greenwood Press, 1968.

JARVIE, Jenny. Trigger happy: the "trigger warning" has spread from blogs to college classes. Can it be stopped? **The New Republic**, 3 de março de 2014. Disponível em: <<https://newrepublic.com/article/116842/trigger-warnings-have-spread-blogs-college-classes-thats-bad>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

JELIN, Elizabeth. **La lucha por el pasado**. Cómo construimos la memoria social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2017.

JENKINS, Philip. **Moral panic: changing concepts of the child molester in modern America**. New Haven e Londres: Yale University Press, 2004.

JONES, Edgar; WESSELY, Simon. **Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War**. Nova Iorque: Psychology Press, 2005

JUBILUT, Liliana. **O Direito Internacional dos refugiados e sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Editora Método, 2007.

JUBILUT, Liliana; APOLINÁRIO, Silvia. A população refugiada no Brasil: em busca da proteção integral. **Universitas: Relações Internacionais**, v. 6, n. 2, jul./dez., p. 9-38, 2008.

KELLEY, Robin. Black study, black struggle. **Boston Review**, 07 de março de 2016. Disponível em: <<http://bostonreview.net/forum/robin-d-g-kelley-black-study-black-struggle>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**, vol. 26, n. 2, p. 169-174, 2015.

KOHN, Robert; et al. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 18, n. 4/5, p. 287-295, 2005.

KOLKER, Tânia. A tortura e o processo de democratização brasileiro, In: Rauter, Cristina; Passos, Eduardo; Barros, Regina Benevides de (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, pp. 39-50.

KOLKER, Tania. Notas sobre o papel do testemunho e do dispositivo clínico-político no processo de reparação dos afetados pela violência de Estado. In: Cardoso, Cristiane; Felipe, Marília; Brasil, Vera Vital (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica**: Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, p. 57-75.

LA SAGNA, Philippe. Os mal-entendidos do trauma. **Opção Lacaniana**, online nova série, ano 6, n. 16, p. 1-18, mar. 2015.

LACAPRA, Dominick. **Representing the Holocaust**: history, theory, trauma. Nova York: Cornell University Press, 1994.

LACAPRA, Dominick. **History and memory after Auschwitz**. Nova York: Cornell University Press, 1998.

LACK, Caleb. A brief history of PTSD. **Skeptic Ink**, 30 de março de 2016. Disponível em: <<https://www.skepticink.com/gps/2016/03/30/brief-history-ptsd/>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

LAKOFF, Andrew. **Pharmaceutical reason**: knowledge and value in global psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

LAW, John. **After method**: mess in social science research. Londres: Routledge, 2004.

LAW, John; MOL, Annemarie. Situating technoscience: an inquiry into spatialities. **Environment and planning D: Society and Space**, v. 19, p. 609-621, 2001.

LATOURET, Bruno. Symposium papers, comments and an abstract: the sociology of knowledge about child abuse. **Nous**, v. 22, n. 1, 1988, p. 67-69.

LATOURET, Bruno. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade fora. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.

LATOURET, Bruno. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

LATOURET, Bruno. **Reassembling the social**: an introduction to actor-network theory. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LAURENT, Eric. El revés del trauma. **Virtualia**, ano 2, n. 6, jun./jul., p. 2-7, 2002.

LAURENT, Eric. O trauma ao avesso. **Papéis de Psicanálise**, v. 1, n. 1, abr., p. 21-28, 2004

LAURENT, Eric. Hijos del trauma. In: Belaga, Guillermo (org.). **La urgencia generalizada**: la práctica en el hospital. Buenos Aires: Gramma Ediciones, 2004, p. 23-29.

LEAL, Erotildes Maria. **O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento.** 268 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LEAL, Erotildes. A experiência da violência na rede de assistência em saúde mental – notas. In: Cristina Rauter, Eduardo Passos, Regina Benevides de Barros (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos.** Equipe Clínico-Grupál, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 141-150.

LEAVELL, Hugh; CLARK, Edwin. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LEAL, Vivianne. **Criança vítima de desastre: repercussões do pós-trauma à luz da Gestalt.** Monografia de Pós-graduação. Faculdade Frassinetti, Recife. 2010.

LEGUIL, François. La urgencia y el discurso. In: Bialer, Marta; et al. (orgs.). **La Urgencia: el psicoanalista en la practica hospitalaria.** Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones. 1988, p. 23-28.

LERNER, Paul. **Hysterical men: war, psychiatry and the politics of trauma in Germany, 1890-1930.** Londres: Cornell University Press, 2003.

LESTER, Rebecca. Back from the edge of existence: a critical anthropology of trauma. **Transcultural Psychiatry**, vol. 50, n. 5, p. 753-762, 2013.

LETTERS, **British Medical Journal**, v. 322, p. 1301-1304, 2001.

LEWKOWICS, Ignacio. **Pensar sin Estado: la subjetividade en la era de la fluidez.** Buenos Aires: Paidós, 2004.

LEYS, Ruth. **Trauma: a genealogy.** Chicago: University of Chicago Press, 2000.

LITVA, Andrea. The invention of post-traumatic stress disorder and te social usefulness of a psychiatric category. **British Medical Journal**, Responses, 15 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/thinking-about-social-usefulness-any-diagnosis>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

LOFTHOUSE. PTSD sufferers mis-diagnosed as schizophrenic deserve the status of ‘victim’ rather than ‘survivor’. **British Medical Journal**, Responses, 16 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-sufferers-mis-diagnosed-schizophrenic-deserve-status-victim-rather-su>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

LUCKURST, Roger. **The trauma question.** Londres: Routledge, 2008.

LUKIANOFF, Greg; HAIDT, Jonathan. The coddling of the american mind. **The Atlantic**, 15 de setembro de 2015. Disponível em: <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2015/09/the-coddling-of-the-american-mind/399356/>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

LUKIANOFF, Greg. **Unlearning Liberty**: campus censorship and the end of american debate. Nova York: Encounter Books, 2014.

LUKIANOFF, Greg. **The Coddling of the American Mind**: how good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure. Nova York: Penguin Press, 2018.

MAGALHÃES, Andressa et al. Tonic Immobility is Associated with PTSD Symptoms in Traumatized Adolescents. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 14, p. 1359-1369, 2021.

MALABOU, Catherine. Post-trauma: towards a new definition. In: COHEN, Tom (ed.). **Telemorphosis: theory in the era of climate change**. Vol 1. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2012, p. 226-238.

MASSING, Carla; LISE, Fábio; GAIO, Janete. Psicologia das emergências e dos desastres: intervenções em Guaraciaba SC. **V Seminário Internacional de Defesa Civil – DEFENCIL**, São Paulo, 18-20 de novembro de 2009.

MARON, Glória; BORSÓI, Paula. **Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subversos, 2012, 2ed [2008].

MARSELLA, Anthony J.; et al (eds.). **Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder**: issues, Research, and clinical applications. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.

MARTINS-BORGES, Lucienne; POCREAU, Jean-Bernard. A identidade como fator de imunidade psicológica: contribuições da clínica intercultural perante as situações de violência extrema. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 3, p. 224-236, 2009.

MASCO, Joseph. **The theater of operations**: national security affect from the Cold War to the War on Terror. Durhan e Londres: Duke University Press, 2014.

MASSUMI, Brian. **Ontopower**: war, powers, and the state of perception. Durhan e Londres: Duke University Press, 2015.

MATSUMURA, Janice. State propaganda and mental disorders: the issue of psychiatric casualties among Japanese soldiers during the Asia-Pacific War. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 78, n. 4, p. 808, 2004.

MBEMBE, Achille. 2018. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MBEMBE, Achille. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da “necropolítica”. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 30 de março de 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>>. Acesso em: 24 set. 2020. 2020.

MEDINA, Jennifer. Warning: the literary canon could make students squirm. **The New York Times** 17 de maio de 2014. Disponível

em: <<https://www.nytimes.com/2014/05/18/us/warning-the-literary-canon-could-make-students-squirm.html>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MEZAROBBA, Glenda. Paulistana torturada na ditadura investiga se seu pai foi agente da CIA. **Folha de São Paulo**, 20 de junho de 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/06/paulistana-torturada-na-ditadura-investiga-se-seu-pai-foi-agente-da-cia.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MICALE, Mark; LERNER, Paul. **Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

MILLER, J-A. Biologia lacaniana e acontecimento do corpo. **Opção Lacaniana**, n. 41, p. 7-67, 2004.

MILLER-LEONARD, Tiana. A.S. Senate passes proposal to label trauma-provoking academic content. **Daily Nexus**, 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://dailynexus.com/2014-02-27/a-s-senate-passes-proposal-to-label-trauma-provoking-academic-content/>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MINAYO, Maria C.. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 4, n.3, p. 513-521, 1998.

MINAYO, Maria C. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, jan./abr., p. 55-63, 2005. Nesta referência, cf. Minayo (2005, p. 57).

MINAYO, Maria C.; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, Maria C. S.; LIMA, Cláudia A. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Njaine, Kathie; Assis, Simone Assis; Constantino, Patrícia; Avanci, Joviana (orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento e Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Editora Fiocruz, 2020.

MOL, Annemarie. **The body multiple: ontology in medical practice**. Duhan e Londres: Duke University Press, 2005.

MYERS, Jim. Coburn condemns psychological study. **Tulsa World**, 02 de junho de 1999. Disponível em: <<http://archive.vn/t3kxz>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

NASCIMENTO, Pedro; MELO, Ariana Cavalcante. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 267-297.

NATHAN, Debie; SNEDECKER, Michael. **Satan’s silence: ritual abuse and the making of a modern American witch hunt**. Nova York: Basic Books, 1996.

NATHAN, Tobie. Psychot rapie et politique, les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. **Gen ses**, 1, n. 38, 2000, pp. 136-159.

NATHAN, Tobie. **La Folie des autres**. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris: Dunod, 1986.

NATHAN, Tobie. **L'influence qui guérit**. Paris: Éditions Odile Jacob. 1994.

NEGREIROS, Dario de. Repara o psíquica para quem? In: Clínicas do Testemunho RS e SC. **Por que uma clínica do testemunho?** Porto Alegre: Instituto APPOA, 2018, p. 33-47.

NETO, João Silva. **A ditadura militar em Goiás - arquivos revelados**: transcri es de relatórios dos órgãos da repressão; IPMs, sentenças de tribunais militares, certidões, depoimentos, artigos, imagens e reportagens. Volume 2. Goiânia: Anigo, Gráfica UFG, 2016, p. 859.

NETO, Orestes; BELO, Fábio. Psicologia das Emergências. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, vol. 8, n. 2, Edi o Especial, p. 284-299, 2015.

NEVES, Maila de Castro Lourenço et al. **PRISMA: Pesquisa sobre a saúde mental das famílias atingidas pelo rompimento da barragem do Fundão em Mariana**. Belo Horizonte: Corpus, 2018.

NGAI, Sianne. **Ugly feelings**. Cambridge: Harvard University Press, 2005.

NUNES, Cristina B.; SARTI, Cynthia A.; OHARA, Concei o Vieira da S.. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 903-908, 2009.

OCARIZ, Maria Cristina. Apresenta o. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**: Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 21-26.

O'DONNELL, Guilherme; SCHMITTER, Philippe. **Transition from Authoritarian Rule**: tentative conclusions about uncertain democracies. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1986.

ORGANIZA O DAS NA OES UNIDAS. **Protocolo de Istambul**: manual para a investiga o e documenta o eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cru s, desumanos ou degradantes. Nova York e Genebra: Na es Unidas, 2001.

Organiza o Mundial da Saúde [OMS]. **Protección de la salud mental em situaciones de desastres y emergencias**. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, n  1. Washington, D.C., 2002.

Ornell, Felipe et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, ahead of print, 03 de abril de 2020.

OROPEZA, Ignácio Dobles. Memória e Direitos Humanos: algumas considerações acerca das experiências das Comissões da Verdade. In: Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). **Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade**. São Paulo: CRPSP, 2012, p. 15-22.

OUCH BLOG. **BBC News**, 25 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/blogs-ouch-26295437>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PALMER, Ian. PTSD or not PTSD? Is that the question? *British Medical Journal*, Responses, 14 de fevereiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-or-not-ptsd-question>>. Acesso em: 24 set. 2019.

PASSOS, Rachel Gouveia. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez., 2019.

PERDOMO, Maria Cristina; CERRITI, Marta (orgs.) **Trauma, memória e transmissão: a incidência da política na clínica psicanalítica**. São Paulo: Primavera Editorial, 2011.

PERRONE, Claudia; MORAES, Eureka Gallo de. Do trauma ao testemunho: caminho possível de subjetivação. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.) **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 31-46.

PERRY, David. Should Shakespeare come with a warning label? **CNN**, 20 de maio de 2014. Disponível em: <<https://edition.cnn.com/2014/05/20/opinion/perry-trigger-warning-label-for-shakespeare/index.html>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PIRAGIBE, Isabel Luiza. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985): Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos**. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 340-344.

POWERS, Kirsten. **The silencing: how the left is killing free speech**, de Kirsten Powers. Washington D.C.: Regnery Publishing, 2015.

PUJÓ, Mario. Trauma y desamparo. **Psicoanálisis y el hospital**, ano 9, n. 17, p. 20-29, 2000.

PUSSETTI, Chiara. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.

PRADO, Teresinha Meirelles do. Qual saber há “no real”? **Opção Lacaniana**, online nova série, ano 4, n. 12, p. 1- 11, 2013.

QUARANTELLI, Enrico. The nature and conditions of panic. **American Journal of Sociology**, v. 60, n. 3, p. 267-275, 1954.

RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de (orgs.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002.

RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Introdução. In: Rauter, Cristina; Passos, Eduardo; Barros, Regina Benevides de (orgs.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002, p. 8.

REÁTEGUI, Félix. Introduction. In: **Transitional Justice**: handbook for Latin America. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, p. 33-41.

RECHTMAN, Richard. From an ethnography of the everyday to writing echoes of suffering. **Medicine Anthropology Theory**. Think Pieces. Vol 4, n. 3, Special Section: On *Affliction*, p. 130-142, 2017.

REIS, Ana M.; CARVALHO, Lucas. Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-traumático no contexto de desastres. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. 2, agosto, p. 237-247, 2016.

RIND, Bruce; BAUSERMAN, Robert; TROMOVITCH, Philip. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. **Psychological Bulletin**, v. 124, n. 1, 1998, p. 22-53.

ROLNIK, Suely. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2019.

ROSA, Miriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Editora Escuta, 2018.

ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra; CARIGNATO, Taeco; ALENCAR, Sandra. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009.

ROSE, Nikolas. Disorders without borders? the expanding scope of psychiatric practice. **BioSocieties**, v. 1, n. 1, p. 465–484, 2006.

ROSENBERG, Charles. Forward. In: HORWITZ, Allan. **PTSD: a short history**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2018, p. ix-xii.

ROSISTOLATO, Rodrigo; PRADO, Ana Pires do; MUANIS, Maria; CERDEIRA, Diana. Burocracia educacional em interação com as famílias nos processos de matrícula escolar na cidade do Rio de Janeiro. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 13, n. 43, dez., 2019.

ROSTOKER, Michey. Where are the thoughts of Bosnian physicians. **British Medical Journal**, 26 de janeiro de 2003. Retirado de <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/29/where-are-thoughts-bosnian-physicians>>. Acesso em: 15 set. 2019.



ROTHBERG, Michael. Beyond Tancred and Clorinda: trauma studies for implicated subjects. In: Gert Buelens, Sam Durrant e Robert Eaglestone (eds.). **The future of trauma theory: contemporary literary and cultural criticism**. Ambingdon: Routledge, 2014, p. xi-xviii.

ROUSSEAUX, Fabiana. O testemunho frente aos crimes de lesa-humanidade: sujeito jurídico, sujeito do testemunho. In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (org.). **Clínicas do testemunho: reparação psíquica e construção de memórias**. Porto Alegre: Criação Humana, 2014, p. 69-80.

RUDGE, Ana Maria. **Traumas**. São Paulo: Editora Escuta, 2006.

SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 17-46.

SALGADO, Maria Julieta. Depoimento escrito encaminhado para a seção do Acre (AC) do Conselho Regional de Psicologia da 20ª Região. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 25-27.

SANTA CRUZ, Maria Angela. Figuras da resistência, o *homo sacer* brasileiro contemporâneo e a construção do comum. In: Maria Cristina Ocariz (org.). **Violência de Estado na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985): Efeitos psíquicos e Testemunhos clínicos**. São Paulo: Escuta, 2015, pp. 229-249.

SANTIAGO, Jesus. Entrevista concedida ao Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (MG). In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **A verdade é revolucionária: testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013, p. 137-147.

SANTOS, Mpadós. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, vol. 34, n. 99, p. 225-243, 2020.

SARTI, Cynthia; BARBOSA, Rosana M.; SUAREZ, Marcelo M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

SARTI, Cynthia. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 89-103, 2009.

SAUNDERS, Debra J. Lolita nation. **The San Francisco Chronicle**, 28 de março de 1999, p. 7. Disponível em: <<https://www.sfgate.com/opinion/saunders/article/Lolita-Nation-3318175.php>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SAUNDERS, Rebecca. **Lamentation and Modernity in Literature, Philosophy, and Culture**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007, p. 15.

SCOTT, Wilbur. PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. **Social Problems**, v. 37, p. 294-310, 1990.

SEED, David. **Under the shadow**: the atomic bomb and cold war narratives. Kent: Kent University Press, 2013.

SEGATA, Jean. A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. **Horizonte Antropológico**, vol. 27, n. 59, p. 7-25, 2021.

SELDES, Ricardo. Prologo. In: Bialer, Marta; et al. (orgs.). **La Urgencia**: el psicoanalista en la practica hospitalaria. Marta Bialer et al. (orgs.) Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1988, p. 7-8.

SELDES, Ricardo. La urgencia del goce. In: Bialer, Marta; et al. (orgs.). **La Urgencia**: el psicoanalista en la practica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones. 1988, p. 29-34.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. **História, memória, literatura**: o testemunho na era das catástrofes. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. O local do testemunho. **Tempo e Argumento**, v. 2, n.1, p. 3-20, 2010.

SERPELONI, Fernanda et al. Narrative exposure therapy versus treatment as usual in a sample of trauma survivors who live under ongoing threat of violence in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, 22, n. 165, p. 1-10, 2021.

SHEPHARD, Ben. **A war of nerves**: soldiers and psychiatrists in the twentieth century. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

SHOWALTER, Elaine. **Hystories**: hysterical epidemics and modern media. Nova York: Columbia University Press, 1998.

SLATER, Tom. **Unsafe space**: the crisis of free speech on campus. Londres: Palgrave Macmillan, 2016.

SIENA, Mariana; VALENCIO, Norma. Gênero e desastres: uma perspectiva brasileira sobre o tema. In: VALENCIO, Norma; SIENA, Mariana; MARCHEZINI, Victor; GONÇALVES, Juliano Costa (orgs.). **Sociologia dos desastres**: construção, interfaces e perspectivas no Brasil, 2009, p. 58-68.

SILVA, Martinho B. B.. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. VIII, 2, p. 303-321, 2005.

SILVEIRA, Maria Carolina. In: Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia de Emergências e Desastres na América Latina**: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011, p. 73-86.

SOLER, Colette. Trauma e fantasia. **Stylus: Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 9, out., pp. 45-59, 2004.

SOLER, Collete. **El trauma**. Conferencia pronunciada en el Hospital Álvarez, el 15 de diciembre de 1998. [s.l.], 1998, p. 1-9.

SOLER, Colette. **De um trauma ao Outro**. São Paulo: Editora Blucher, 2021.

SOTELO, Inés. Admisión, urgencia y asistencia: encrucijadas éticas. [s.l.], 1994.

SOUZA, Edinilza Ramos. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 10, suplemento 1, p. 45-60, 1994.

SOUZA, Edinilza Ramos.. **Homicídios: metáfora de uma nação autofágica**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. 1995.

SOUZA, Edinilza R. de; ASSIS, Simone de; ALZUGUIR, Fernanda. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 2, p. 105-116, 2002.

SOUZA, Flávia.; MEDEIROS, Thamires; MENDONÇA, André. ‘*Eu não posso respirar*’: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 30, n. 3, p. 1-10, 2020.

SPIVAK, Gayatri. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

STERN, Judith. The Eichmann Trial and its influence on psychiatry on psychiatry and psychology. **Theoretical Inquiries in Law**, v. 1, n. 2, p. 393-428, 2000.

STEVENS, Maurice E.. Trauma is as trauma does. The politics of affect in catastrophic times. In: WERTHEIMER, Monica; CASPER, Eric. **Critical trauma studies: understanding violence, conflict and memory in everyday life**. Nova York: New York University Press, 2016, p. 19-36.

STEWART, Kathleen. **Ordinary affects**. Durham: Duke University Press, 2007.

STROEBELE, Regina. PTSD is only a disease if you’re employee. **British Medical Journal**, Responses, 25 de janeiro de 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/ptsd-only-disease-if-you%C2%B4re-employee>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

SUMMERFIELD, Derek. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric disorder. **British Medical Journal**, v. 322, p. 95-98, 2001.

SYKES, Charles. **Fail U: the false promise of higher education**. Nova York: St. Martin’s Press, 2016.

TEITEL, Ruti. Transitional Justice Genealogy. **Harvard Human Rights Journal**, v. 16, p. 69-94, 2003.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TONIOL, Rodrigo. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 151-179.

TORLAI, Viviane. **A vivência do luto em situação de desastres naturais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), PUC-SP, São Paulo, 2015.

TÜRCKE, Christoph. **A sociedade excitada: filosofia da sensação**. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

UM DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS DO PROJETO PILOTO CLÍNICAS DO TESTEMUNHO/RJ. Nossa experiência no Projeto Clínica do Testemunho/RJ. In: Cardoso, Cristiane; Felipe, Marília; Brasil, Vera Vital (orgs.). **Uma perspectiva clínico-política na reparação simbólica: Clínica do Testemunho do Rio de Janeiro**. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Rio de Janeiro: Instituto Projetos Terapêuticos, 2015, pp. 157-167.

UNITED STATES HOUSE OF REPRESENTATIVES. **HRC resolution 107**, 30 de julho de 1999. Disponível em: <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-106hconres107enr/pdf/BILLS-106hconres107enr.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

VALENCIO, Norma; SIENA, Mariana; MARCHEZINI, Victor; GONÇALVES, Juliano (orgs.). **Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. São Carlos: RiMa Editora, 2009.

VALENCIO, Norma. Colapso de barragens: aspectos sócio-políticos da ineficiência da gestão dos desastres no Brasil. In: **Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano Costa Gonçalves (orgs.), 2009, p. 176-198.

VAN ZYL, Paul. Promoting Transitional Justice in post-conflict societies. In: **Transitional Justice: handbook for Latin America**. Félix Reátegui (ed.). Brasília: Amnesty Commission, Ministry of Justice; Nova York: International Center for Transitional Justice, 2011, pp. 45-67.

VIDAL, Fernando. Brainhood, anthropological figure of modernity. **History of the Human Sciences**, v. 22, n. 1, p. 5-36, 2009.

VILARINHO, Yuri Coutinho. **Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro**. 198f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

VILARINHO, Yuri Coutinho. O coração irritável nos discursos médico anglo-americanos no fim do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 4, out./dez., p. 1151-1177, 2014.

VILELA, Laurez Ferreira (coordenadora). **Manual para atendimento às vítimas de violência da Rede de Saúde Pública do DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

VISSER, Irene. Entanglements of trauma: relationality and Toni Morrison's *Home*. **Postcolonial Text**, vol. 9, n.2, p. 1-21, 2014.

VIOLA, Sandra Maria Costa. Pontuações sobre o trauma em Freud e Lacan. **Latusa digital**, p. 1-10, 2007.

WATERS, Florence. Trigger warnings: more harm than good? **The Telegraph**, 04 de outubro de 2014. Disponível em: <<https://www.telegraph.co.uk/culture/books/11106670/Trigger-warnings-more-harm-than-good.html>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

WATTERS, Charles. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. **Social science and medicine**, 52, p. 1709-1718. 2001.

WEINDLING, Paul. "Belsenitis": liberating Belsen, its hospitals, UNRRA, and selection for re-emigration, 1945-1948. **Science in Context**, p. 401-418, 2006.

WEINTRAUB, Ana; NOAL, Débora; NOLASCO, Letícia; KNOBLOCH, Felícia. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 287-297, 2015.

WERTHEIMER, Eric; CASPER, Monica. Within trauma: an introduction. In: WERTHEIMER, Eric; CASPER, Monica. **Critical trauma studies: understanding violence, conflict and memory in everyday life**. Nova York: New York University Press, 2016, p. 1-18.

WIEVIORKA, Annette. **The era of the witness**. Ithaca e Londres: Cornell University Press, 2006.

WIEVIORKA, Michel. **Violence: a new approach**. Londres: SAGE Publications, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research**. Genebra: World Health Organization, 1993.

XIMENES, Liana; ASSIS, Simone; PIRES, Thiago; AVANCI, Joviana. Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS. Impresso)**, v. 26, p. 443-450, 2013.

YOUNG, Allan. **The Harmony of Illusions**. Nova Jersey: Princeton University Press, 1995.

YOUNG, Allan. History, hystery and psychiatric styles of reasoning. In: **Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry**. LOCK, Margareth; YOUNG, Allan; CAMBROSIO, Alberto (eds.). Nova York: Cambridge University Press, 2000, p. 135-162.

ZACHAR, Peter; MCNALLY, Richard. Vagueness, the sorites paradox, and posttraumatic stress disorder. In: Geert Keil, Lara Keuck e Rico Hauswald (eds.). **Vagueness in psychiatry**. Nova York: Oxford University Press, 2017, p. 169-188.

ZIZEK, Slavoj. **The sublime object of ideology**. Londres: Verso, 1989.

ZWIGENBERG, Ran. **Hiroshima**: the origins of global memory culture. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.