



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ARCI GARDÊNIA ALVES SANTOS

**ESCU TA PSICANALÍTICA EM ESPAÇOS INSTITUCIONAIS:
relato de experiência de uma analista em um órgão de segurança
pública**

São Cristóvão/SE

2025

ARCI GARDÊNIA ALVES SANTOS

**ESCU TA PSICANALÍTICA EM ESPAÇOS
INSTITUCIONAIS: relato de experiência de uma analista em
um órgão de segurança pública.**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, para obtenção do título de Doutora em Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha.

São Cristóvão/SE

2025

Ficha Catalográfica

SANTOS, Arci Gardênia Alves

Escuta psicanalítica em espaços institucionais: relato de experiência de uma analista em um órgão de segurança pública/ Arci Gardênia Alves Santos; orientador: Eduardo Leal Cunha – 2025.

147f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise. 3. Saúde mental. 4. Trabalhador. 5. Segurança pública. 6. Instituições. I. Cunha, Eduardo Leal. II. Universidade Federal de Sergipe. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD: 150.19 (Psicologia – Psicanálise)

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE DE DOUTORADO

Aos vinte e seis dias de fevereiro de dois mil e vinte e cinco, reuniram-se por videoconferência, os membros da Comissão Examinadora, Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha (UFS) Presidente e Orientador; os membros internos do PPGPSI, Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho (UFS) e Prof^a. Dr^a. Alinne Nogueira Silva Coppus (UFJF); e os membros externos, a Prof^a. Dr^a. Tatiane de Andrade (UFRJ) e a Prof^a. Dr^a. Suely Aires Pontes (UFBA), para avaliar o trabalho intitulado: **ESCUITA PSICANALÍTICA EM ESPAÇOS INSTITUCIONAIS: relato de experiência de uma analista em um órgão de segurança pública.**

O orientador, assumindo os trabalhos na qualidade de presidente, passou a palavra a candidata para que expusesse sua tese, informando que dispunha de até 30 (trinta) minutos para a apresentação, que cada examinador(a) iria dispor de 20 (vinte) minutos para fazer suas arguições e que a candidata gozaria de 20 (vinte) minutos para respostas e discussão. Terminada a exposição da candidata, o presidente passou a palavra aos membros da Comissão Julgadora, que iniciaram a arguição. Terminada a arguição, os membros da Comissão Julgadora deliberaram em espaço privativo previamente reservado. Logo em seguida, o presidente anunciou que, com base na deliberação dos membros da Comissão Julgadora, a candidata foi considerada **APROVADA**. Assim, O presidente proclamou a candidata **DOUTORA EM PSICOLOGIA**, devendo este resultado ser homologado pela Comissão da Coordenação de Pós-Graduação. Em seguida, o presidente agradeceu aos membros da Comissão Julgadora e aos presentes e encerrou a sessão. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata que será assinada pelos membros da Comissão Julgadora.

Prof. Dr. Eduardo Leal Cunha - UFS

Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho - UFS

Prof^a. Dr^a. Alinne Nogueira Silva Coppus – UFS

Prof^a. Dr^a. Tatiane de Andrade - UFRJ

Prof^a. Dr^a. Suely Aires Pontes - UFBA

DEDICATÓRIA

Dedico à minha mãe Genilde Alves Santos
(*in memoriam*) e à minha filha Amelie Alves
Santos (abelhinha).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a mim mesma por ter persistido e investido em mim até aqui. Agradeço à minha mãe Genilde por ter sido a primeira a acreditar em mim e ficar feliz mostrando para todo mundo as minhas boas notas na escola desde pequenininha. A ela também sou grata por ter me ensinado a gostar de comprar livros e o prazer em aprender e descobrir. Além de ter me apresentado Freud, com seus famosos: “Ô, Freud, venha aqui explicar isso!”. Aos meus irmãos Artur, Aline, Andréa e Ana (irmã do coração) que sempre respeitaram o meu mergulho nos estudos e por eu ser “a estudiosa da família” (P.S. Todos são, à sua maneira). À minha filha Amelie pela paciência e carinho, apesar dos “agora mamãe não pode brincar, filha... agora a mãe não pode jogar esse jogo com você”, ela ainda diz que eu sou a melhor mãe do mundo. A ela eu também agradeço por me pedir abraços a cada hora e me fazer parar por pelo menos um minuto. Agradeço aos meus sobrinhos Arturzinho, Bruninho, Manu e Pedrinho, por existirem e me fazerem querer mostrar para eles que nós podemos ir longe no que desejamos. Às minhas amigas Rosane e Lívia, pela paciência e persistência nos convites que raramente aceito. Mas, quando aceito elas me fazem sentir seu carinho e amizade como se nos víssemos sempre. À minha amiga Sil por sempre ter dito que eu ia longe. Ao amigo Marcel, pela leitura atenta e comentários perspicazes. E pela ajuda nos perrengues de finalização de tese e doutorado. Agradeço aos professores que encontrei no caminho e que também me encontraram, apesar de eu me esconder muito. Ao professor Daniel, primeiro professor de psicanálise e de quem eu cursava todas as matérias. À professora Teresa Carreiro pela presença na banca de qualificação e contribuições importantíssimas para esse trabalho. Obrigada especialmente ao professor Eduardo, quem admiro, aprendo muito sobre o mundo, acompanho e que me acompanha nessa jornada acadêmica há muitos anos. A vocês sou grata por me fazerem enxergar e não desistir do meu potencial.

Até ontem e amanhã

Nunca serei mulher, eu mesma, nunca serei pessoa,
senão minha própria pessoa.

Ninguém me igualará a nada, nenhum ser vivo
parece comigo mesma.

Sou e sou, e assim sou, eu menina mulher, eu fruta-
flor, eu sêmen e realização, eu retumbante paixão, eu
nesta hora de mim.

Quem me comparará a quê?

Quem me substituirá em quê?

Tola pretensão! Nem eu em mim, nem eu em mim
mesma.

E se não houvesse poetas e místicos, o que seriam de
nós e da Natureza?

Beatriz Nascimento

RESUMO

Nesta tese, reflito sobre os limites e possibilidades da atuação de uma psicóloga com orientação psicanalítica em um serviço de atendimento biopsicossocial, voltado para servidores da segurança pública e seus familiares, no Estado de Sergipe. A proposta é examinar as condições de possibilidade dessa atuação e discutir suas potencialidades e limitações. Parto da hipótese de que a escuta psicanalítica é viável em qualquer espaço que acolha a experiência subjetiva do sofrimento, desde que a profissional esteja comprometida com o método analítico, com a ética e com a formação específica da psicanálise. A partir dessa premissa, abordo vivências clínicas e institucionais, incluindo possíveis contribuições e impactos sobre a teoria e a técnica psicanalíticas. Nesse espaço busco por respostas das questões: qual clínica é possível nesse espaço? Como posso contribuir para esse trabalho, a partir da psicanálise? Como a psicanálise tem pensado a questão do trabalho e do trabalhador? A psicanálise tem entrado no campo da segurança pública? Qual o impacto desse trabalho para a minha clínica? Trata-se, portanto, de um relato de experiência que contempla temas como a psicodinâmica do trabalho e o sofrimento psíquico vivenciado por profissionais da segurança pública expostos cotidianamente à violência. Assim, busco conjecturar sobre os atravessamentos subjetivos que marcam o trabalho institucional da analista.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; psicanálise nas instituições; relato de experiência; sofrimento psíquico no trabalho; profissionais da segurança pública.

ABSTRACT

In this thesis, I reflect on the limits and possibilities of the work of a psychologist with a psychoanalytic orientation within a biopsychosocial care service aimed at public security personnel and their families, in the state of Sergipe. The proposal is to examine the conditions of possibility for this kind of work and to discuss its potentialities and limitations. I begin with the hypothesis that psychoanalytic listening is viable in any space that welcomes the subjective experience of suffering, provided that the professional is committed to the analytic method, to ethics, and to the specific training required by psychoanalysis. Based on this premise, I address clinical and institutional experiences, including possible contributions and impacts on psychoanalytic theory and technique. Within this space, I seek answers to the following questions: What kind of clinic is possible in this context? How can I contribute to this work from a psychoanalytic perspective? How has psychoanalysis thought about the question of work and the worker? Has psychoanalysis entered the field of public security? What is the impact of this work on my own clinical practice? This is, therefore, an experience report that addresses themes such as the psychodynamics of work and the psychological suffering experienced by public security professionals who are exposed daily to violence. In this way, I seek to reflect on the subjective entanglements that mark the institutional work of the analyst.

Keywords: psychoanalytic clinic; psychoanalysis in institutions; experience report; work-related psychological suffering; public security professionals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Metodologia	17
Apresentação do campo	21
1 A PSICANÁLISE PARA ALÉM DO “CONSULTÓRIO BURGUESES”	36
1.1 A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES.....	49
1.1.1 Um parêntese para a intervenção institucional.....	51
1.1.2 O percurso da psicanálise na instituição nos nossos tempos.....	56
1.1.3 Algumas experiências de psicanalistas nas instituições e suas impressões	58
1.2 A PSICANÁLISE NO SERVIÇO PÚBLICO NO BRASIL.....	60
2 A EXPERIÊNCIA NO CIRAST: INSTITUIÇÃO, IMPLICAÇÃO, TRABALHO E ADOECIMENTO	67
2.1 UMA PSI POLICIAL? OS CAMINHOS E DESVIOS	71
2.1.1 Minha identidade, papel ou função policial	73
2.1.2 Os modelos de gestão dos trabalhadores e a saúde do trabalhador	75
2.1.3 A questão da hierarquia e disciplina e seus efeitos	83
2.3 O TRABALHO E O TRABALHADOR POLICIAL.....	87
2.3.1 A função do trabalho.....	89
2.3.2 Trabalho e identidade.....	93
2.3.3 Polícia e saúde mental.....	95
2.3.4 Adoecimento relacionado ao trabalho.....	96
3 A CLÍNICA NO CIRAST	107
3.1 O SETTING.....	107
3.1.1 A questão da hierarquia e a clínica.....	108
3.2 PSICOTERAPIA OU PSICANÁLISE? O QUE ACONTECE NO CIRAST.....	109
3.2.1 A questão do dinheiro.....	114
3.2.2 A escuta e a escrita na clínica	115
3.2.3 Transferência e contratransferência: as possibilidades e impossibilidades dessa clínica.....	118
3.3 A CLÍNICA COM POLICIAIS NO CIRAST	121
3.3.1 Trabalho e psiquismo.....	128
3.3.2 Os pacientes do CIRAST: discursos e queixas.....	132
3.3.3 Os sintomas no corpo.....	134

3.3.4 Limitações e possibilidades da psicanálise no CIRAST	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS.....	142

INTRODUÇÃO

A partir de um relato de experiência, este trabalho busca refletir sobre os limites e possibilidades de atuação de uma psicóloga, de orientação psicanalítica, em um serviço de atendimento biopsicossocial, voltado para os servidores da segurança pública e seus familiares, no estado de Sergipe. O campo referido é um órgão da Secretaria de Segurança Pública, o CIRAST (Centro Integrado de Referência em Atenção à Saúde do Trabalhador).

Atuo neste centro desde 2019 até o presente momento, como psicóloga clínica e institucional¹, de abordagem psicanalítica², e, a partir deste trabalho de pesquisa, iniciado em 2020, procurei elaborar tal experiência.

O tema desta tese é a inserção e os achados da psicanálise em espaços interdisciplinares de saúde, mais especificamente, de saúde mental de trabalhadores da segurança pública, pensando a prática clínica e institucional em uma perspectiva coletiva e de saúde pública. O problema de pesquisa é: quais as possibilidades de atuação de uma psicanalista no setor de saúde de uma secretaria de segurança pública? Ou seja, quais as potencialidades e limitações para o desenvolvimento deste trabalho? Além disso, o que podemos encontrar nesse campo? Tais assuntos deram lugar a buscas por respostas para mais questões: qual clínica é possível nesse espaço? Como posso contribuir para esse trabalho, a partir da psicanálise? Como a psicanálise tem pensado a questão do trabalho e do trabalhador? A psicanálise tem entrado no campo da segurança pública? Qual o impacto desse trabalho para a minha clínica?

Nesse sentido, meu objeto de pesquisa é: a atuação de uma psicóloga/psicanalista, não apenas na prática clínica, mas também sua atividade institucional e, portanto, fora de um *setting* dito tradicional, sem perder de vista a especificidade do trabalho de uma analista no âmbito da polícia/segurança pública, onde se depara com o sofrimento do sujeito trabalhador.

O *setting* pode ser apontado como o instituído e o que recobre as forças instituintes. Além disso, pode ser também o espaço que possibilita a aparição das forças instituintes. Enquanto os

¹ Conforme Moretto (2019), podemos dizer que uma perspectiva clínica leva em consideração a abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições. No nosso caso, esta poderia estar relacionada ao oferecimento de uma escuta às demandas que nos chegam. Por outro lado, a perspectiva institucional estaria ligada às contribuições da psicanálise com os demais campos de saber. No caso do CIRAST, a proposta de um trabalho em equipe, inicialmente, psicossocial e, posteriormente, biopsicossocial, pressupõe esse constante contato e troca de saberes e informações, diante das questões e dos casos atendidos.

² Dizer que sou uma psicóloga com abordagem psicanalítica é interessante para apontar a ética segundo a qual minha atuação neste campo vai estar alinhada. Porém, estou ciente das implicações acadêmicas e institucionais, especialmente quando se fala em “escolas da psicologia” e “escolas/formação em psicanálise”, respectivamente. Sabemos que não se pode agradar a todos.

dispositivos³ devem nos forçar a pensar no processo de institucionalização e contra-institucionalização. O desafio seria escapar de um estatuto burocrático totalizador (Saidón, 2008). No caso do CIRAST, além de estarmos diante de um setor de saúde, estamos diante de um setor ligado à segurança pública. Nos interessa ressaltar que o campo em que atuamos é um lugar em que a psicanálise não costuma ser vista, nesse sentido, esperamos observar o que poderemos encontrar a partir desse atravessamento de elementos diversos.

A principal justificativa para esta pesquisa vem das reverberações dos meus contatos iniciais com este campo. Assim que aceitei o convite para atuar neste local, me perguntaram sobre a minha abordagem ou forma de trabalhar, e deixei evidente que a psicanálise seria a base da minha ética de trabalho. Diante disso, fui informada de que eu seria a primeira a atuar ali utilizando-se dessa abordagem e que estavam curiosos para que eu demonstrasse como isso seria possível. Naquele momento, percebi que não era comum, inclusive para mim mesma, pensar em psicólogos de abordagem psicanalítica fora dos consultórios particulares. Talvez por uma questão de formação ou de carência da minha experiência institucional, até então. O fato é que aquela indagação gerou um movimento de busca por referências.

A articulação entre a psicanálise e as políticas públicas no campo da saúde tem sido feita nas últimas décadas por psicanalistas que têm circulado e contribuído com a construção desses espaços. Assim como estes têm apontado para a cilada contida em políticas públicas que visam o pleno bem-estar. E, mais ainda, para o fato de que a orientação ética, clínica e política da psicanálise, e seu lugar nessas políticas, pode funcionar como um contradispositivo no interior do dispositivo de poder do Estado (Marino, 2024).

Nesse contexto, estaremos diante do fazer analítico dentro de uma instituição pública, o que pode ser muito interessante do ponto de vista teórico, da técnica ou mesmo da política e da

³ Utilizaremos o conceito de dispositivo em sentidos diversos, nem sempre correspondendo exatamente à acepção proposta por Foucault. Aqui, também o empregamos para designar espaços instituídos, modos de trabalho ou práticas estabelecidas, conforme o uso que alguns autores fazem do termo. Na psicanálise institucional (Rosa, Lourau, Lapassade), dispositivo pode nomear arranjos clínicos, metodológicos ou de pesquisa que produzem efeitos subjetivos — transferenciais, identificatórios ou projetivos. Entretanto, em Foucault, o dispositivo é sempre um dispositivo de poder, que opera em determinado campo e se revela pela articulação entre múltiplos elementos e pelas relações de poder que entre eles se estabelecem. Não se trata apenas de um espaço físico ou instrumento, mas de um arranjo que produz e organiza relações de poder e saber. Segundo Sueli Carneiro (2023), o dispositivo expressa um objetivo estratégico que responde a uma urgência histórica. Uma vez constituído, permanece disponível para ser operacionalizado em diferentes contextos, autorreproduzindo-se mediante seu preenchimento estratégico. Foucault (1979) o define como um conjunto heterogêneo formado por discursos, instituições, arquiteturas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos e proposições filosóficas, morais e filantrópicas. O dispositivo é, assim, uma rede que se estabelece entre esses elementos. Pode-se ainda compreendê-lo como uma formação resultante do jogo entre tais elementos, cuja função estratégica dominante, em determinado momento histórico, é responder a uma urgência específica. No âmbito clínico e da pesquisa, o dispositivo é atravessado por fenômenos projetivos, identificatórios e transferenciais. A análise de sua organização explícita e de seus pressupostos implícitos, bem como a avaliação de seus efeitos, possibilita a produção de sentidos e a identificação de seus impactos.

inserção da psicanálise na sociedade. Neste, a institucionalização estará presente de alguma maneira, ou seja, as cronificações serão uma ameaça constante, perante as quais precisaremos analisar nossa implicação e como iremos produzir e reproduzir agenciamentos na intensa vida institucional. Entretanto, também pode ser um campo onde são produzidas novas formas de relação consigo e com o outro. Além disso, as experiências públicas diminuem a distância entre a sociedade e o psiquismo, ou seja, trata-se de experiências imediatamente sociais (Lancetti, 2018).

Este trabalho surge em 2019, a partir de indagações tanto no próprio campo quanto na instituição na qual iniciei a formação em psicanálise, e com a leitura de trabalhos diversos sobre a atuação do psicanalista em instituições públicas ou privadas. Durante o meu percurso nesses espaços, surgiram questionamentos que giravam em torno da seguinte problemática: as instituições, em especial instituições públicas ou gratuitas, seriam lugares para se fazer clínica e, mais especificamente, a clínica psicanalítica? Ao tentar entender e buscar respostas, me deparei com autoras como Elisabeth Danto, Ana Cristina Figueiredo, Rosana Onocko Campos, Maria Lívia Moretto, especialmente – que já apontam, com suas trajetórias, caminhos para entender essa problemática –, e, com isso, melhor me posicionar no campo no qual me propus a atuar.

Faz-se necessário deixar evidente, nesse início de reflexão, que o campo em questão tem características peculiares. Trata-se de uma proposta de atuação que estava voltada para a perspectiva psicossocial (entre 2004 e 2020), e que, a partir de diversas discussões em nível nacional, inclusive acompanhando algumas pautas também pertinentes à saúde pública, adotou, a partir de 2021, um olhar biopsicossocial⁴ na atenção à saúde dos operadores da segurança pública⁵ (policiais militares, policiais civis, bombeiros militares e peritos técnicos) e seus familiares. Vale ressaltar que o serviço não está ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Ministério da Saúde, mas, sim, à Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe (SSP/SE) e ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), de onde recebe recursos e diretrizes⁶. Em 2021, após reformulações, deixou de se chamar CIAPS (Centro Integrado de

⁴ A diferença entre a perspectiva psicossocial e a biopsicossocial está no fato de que a primeira aborda as questões do sujeito sem necessariamente considerar a atuação da medicina e/ou enfermagem, e áreas afins; diferentemente da segunda perspectiva, que, por sua vez, necessariamente propõe que as questões de “saúde física” do sujeito sejam um dos pontos a serem considerados pela equipe.

⁵ O que está em jogo é que, além de uma mudança no olhar para as questões dos servidores da segurança pública, no que se refere à saúde e qualidade de vida, há a necessidade de reestruturação do serviço: ampliação do número de profissionais envolvidos; ampliação das áreas de formação; e, conseqüentemente, maiores demandas para a equipe de trabalho, inclusive no que se refere ao trabalho em equipe.

⁶ Talvez o principal efeito dessa vinculação seja que a saúde não é a prioridade desses setores, sendo assim, são outros os números que interessam para os gestores dessas pastas (usos dos recursos em tempo hábil, por exemplo).

Atenção Psicossocial) e passou a se chamar CIRAST (Centro Integrado de Referência em Atenção à Saúde do Trabalhador).

Outra peculiaridade importante a destacar é que meu vínculo com o Governo do Estado de Sergipe, desde 2006, é como policial militar (atualmente na patente de sargenta) e minha entrada nesse órgão da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe, em 2019, se dá após quase 13 anos de trabalho como servidora pública militar, na maior parte do tempo no serviço administrativo, incluindo aproximadamente três anos no gabinete do secretário adjunto da Secretaria de Segurança Pública. Lá, recebi o convite para atuar como psicóloga no local, sendo assim, nesse caso (como na maioria dos casos envolvendo o serviço público e a psicanálise), a psicanálise entra nesse setor de forma indireta, a partir da minha entrada.

No momento que recebi o convite para trabalhar, ainda no antigo CIAPS, estava cursando o mestrado em Psicologia, na Universidade Federal de Sergipe. Acreditei ser uma boa oportunidade para contribuir de outra forma com a Secretaria de Segurança e que também poderia ser interessante para a minha própria experiência profissional, tanto clínica quanto institucional. Assim, aceitei fazer parte da diminuta equipe técnica daquele setor (que compreendia apenas dois psicólogos, uma assistente social e uma técnica de enfermagem – que fazia o trabalho administrativo –, além de uma estagiária de psicologia) e, desde então, desenvolvo minhas atividades nesse local.

Diante das particularidades do campo proposto – visto que não é nada comum se pensar em uma escuta com base analítica dentro de uma instituição de segurança pública, e muito menos comum que uma policial (ao menos no papel/contracheque) atue nesse campo e dessa forma – e com base na literatura, minha hipótese de trabalho é de que a escuta psicanalítica é possível em qualquer espaço ou equipamento que lide com experiência subjetiva e sofrimento. E que uma analista pode atuar onde estiver, desde que esteja munida do método analítico, respeitando uma ética e formação específica. Assim, a psicanálise pode estar onde estiver um psicanalista.

Meu interesse é entender as possibilidades da psicanálise em *settings* atípicos como o do CIRAST, dando destaque ao fato de que este espaço também me levou a atuar fora do *setting* terapêutico tradicional (na prática institucional), o que também mobilizou reflexões sobre a minha forma de ocupação desse lugar. Considero interessante e provocador desta pesquisa o fato de que, nas primeiras reuniões em que fui apresentada à equipe, alguns colegas deixaram evidente o seu olhar sobre a psicanálise, considerada por eles uma prática “antiga” ou “ultrapassada”. Isso expôs, desde aquele momento, que o espaço desse centro se mostrava como uma interessante chance de verificação das possibilidades de atuação do analista em clínicas

públicas e com proposta interdisciplinar, muito embora a literatura já demonstrasse que a psicanálise se encontrava inserida nesses campos desde sempre, e talvez tenha perdido espaço apenas nos últimos anos.

Outro ponto de destaque é o fato de o campo proporcionar acesso a um público específico, agentes de segurança pública, o qual não tem sido objeto de investigação recorrente de pesquisadores, especialmente aqueles de abordagem psicanalítica. Além disso, esta pesquisa ocorre em um momento de implementação de novas políticas em torno da atenção à “qualidade de vida” dos policiais brasileiros. Acompanhar esse processo e sua implementação de forma ativa no Brasil e, especialmente, em Sergipe, parece ser uma oportunidade interessante, inclusive porque atuo na elaboração do plano de reestruturação do referido centro.

A pesquisa se apresentou, portanto, como oportunidade de compreender as possibilidades e lugares da psicanálise na assistência à saúde, além de ter possibilitado o contato com as principais queixas e demandas dos servidores da segurança pública e de ter possibilitado interrogar as políticas públicas propostas pelo estado e pela União no que tange à “qualidade de vida” destes trabalhadores⁷. Nesse sentido, busco entender como este trabalho, a partir da ética psicanalítica, pode ser inserido e contribuir com as diferentes práticas⁸ que encontram espaço naquele centro. E ainda verificar quais questões surgem no campo.

A ética psicanalítica está sendo colocada aqui como forma de estar em campo, levando em consideração os conceitos básicos da psicanálise (inconsciente, repetição, transferência, pulsão etc.). Essa questão evoca a discussão sobre a prática analítica, que, por sua vez, nos leva à teoria e à clínica. Uma ética para a psicanálise passa pela permissão ao sujeito de reconhecer seu desejo, ou seja, de se reconhecer desejante. Entendo que a ética da psicanálise também é uma ética do singular, que possibilita buscar as respostas de cada analisante para os seus próprios enigmas. Nesse sentido, caberia ao analista acolher o sofrimento desse sujeito, sabendo que existe um desejo por trás do sintoma. O trabalho analítico se pautaria no compromisso ético de levar o sujeito até a sua verdade, e o analista deve conduzir esse sujeito para além da demanda

⁷ A Lei 13.675/2018 sanciona a criação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). Este pretende dar uma arquitetura uniforme ao setor em âmbito nacional e prevê ações integradas entre as forças de segurança pública, em nível municipal, estadual e federal, assim como ocorre na área da saúde. A lei do SUSP cria ainda a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS) que, dentre outras coisas, tem como meta a atenção à qualidade de vida dos agentes de segurança pública. O Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSP), através do Decreto nº 10.822/2021, estabelece prazos, indicadores e metas para estas e outras questões.

⁸ Diferentes áreas dos saberes, acadêmicos ou não, estão presentes no CIRAST, desde correntes diversas da psicologia, passando por diferentes profissões (médica, assistente social, fisioterapeuta e terapeutas complementares). As chamadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) também estão presentes no CIRAST. Estas foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde/SUS, através da Portaria nº 971/2006, que inclui tais práticas no serviço público; e atualiza a utilização de 134 práticas integrativas e complementares através da Portaria nº 633/2017.

de felicidade e para o questionamento do próprio desejo. Assim, o compromisso com o desejo do analisante configuraria também a ética da psicanálise, sendo que o desejo do analista é condição para que haja uma ética do desejo (Andrade Júnior, 2007).

Aqui, não me refiro a uma técnica ou teoria em si, mas a uma ética e um estilo que levam em consideração o repertório e o modo de exercer sua clínica, por parte do analista. Esta ética poderia estar presente em outros espaços clínicos, desde que vinculados às premissas psicanalíticas. Assim, a psicanálise poderia contribuir para a estruturação de projetos que visam o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico no campo da saúde, ao mesmo tempo que o psicanalista lidaria com sua (im)potência ante o cuidado e ainda com a produção de saber sobre a clínica do desejo, da falta e do sujeito (Lima; Paravidini, 2011).

Ao supor que é da clínica que surgem os problemas ou as questões para a psicanálise, e que é nela que se testam as soluções e é para ela que convergem os conflitos, percebe-se a inerência da teoria ao campo técnico. Entendemos que perceber determinado tipo de organização psicopatológica – em psicanálise com base nas matrizes fundamentais: neuroses, psicoses, perversões e fobias (para alguns) – pode ser importante para este trabalho. Além disso, o que se passa na realidade social e científica em que nós e nossos pacientes nos inserimos também precisa ser examinado, uma vez que esse contexto pode ser determinante para o tipo de questões que surgem. Assim, a clínica determina as coordenadas e dela surgem os problemas, nela se testam as soluções e para ela convergem os conceitos (Mezan, 1985). Ao falar das diferentes formas de conceber a psicanálise como prática e como teoria, Mezan (1985) aponta que, desde Freud, a psicanálise é pensada a partir da clínica, da sua autoanálise e do clima cultural vivenciado.

Aqui, além das questões encontradas no campo, podemos acrescentar a importância de considerar a experiência subjetiva do analista – a leitura de Freud, mas também seu percurso formativo, sua história de vida e seu lugar social.

Ao me referir aos modelos do que é *psique*, o fazer científico, moldes das emoções e pensamentos, a linguagem etc., ou seja, os contornos exteriores ou o panorama cultural, considero que a própria psicanálise recebe impacto na sua forma e conteúdo a depender do território, o que faz pensar sobre a importância de trazer para a reflexão quem são o analista e o analisando, onde a relação analítica se dá e o trabalho prático e teórico no qual psicanálise acontece. Nesta tese, por exemplo, estamos diante de um campo que atende trabalhadores da segurança pública e a analista também compõe a instituição, embora não desempenhe funções policiais. Essas questões se refletirão nas questões e problemáticas trazidas.

Conforme Alonso (2022), somos analistas dos tempos em que vivemos; não podemos nos

pensar sem suas ressonâncias. Acrescento que somos analistas do contexto em que exercemos nossa clínica e das interrogações que o campo nos coloca. Sendo que tais questões também são reflexos do nosso lugar diante do cenário social.

Ainda concordando com Alonso (2022), é necessário que respondamos aos sofrimentos do nosso tempo e território, mantendo a abertura para aquilo que nos é exigido. A autora nos aponta que, na escuta clínica, a via da singularidade abre portas para acessar algo da ordem da cultura, nos abrindo para as ressonâncias do que ela nos interroga em relação aos sofrimentos que ali se apresentam, mas que não têm sido escutados ou não têm ocupado um lugar nas elaborações teóricas e metapsicológicas. Além disso, a escuta está no núcleo da experiência analítica e é um instrumento fundamental de nossa prática, um produto das descobertas teórico-metapsicológicas.

Nesse sentido, considerando o tempo e o campo no qual atuo, elencarei nesta pesquisa algumas contribuições recíprocas entre psicanálise, a partir desta analista, e CIRAST. O objetivo geral deste trabalho é observar as condições de possibilidade da inserção da clínica psicanalítica em um ambiente institucional que aborda questões de saúde dos trabalhadores da segurança pública. Mais especificamente, observarei: os diferentes cenários onde a psicanálise se insere e os aspectos particulares da atuação da analista nos ambientes institucional e público; as relações de poder presentes nesse *setting* por meio da análise de implicação e contratransferência na clínica e na pesquisa; e as limitações e potencialidades de uma escuta psicanalítica de trabalhadores da segurança pública.

Metodologia

Esta tese, escrita eminentemente em primeira pessoa, adota como metodologia um relato de experiência no qual serão analisadas particularidades que compõem a atuação da analista no contexto institucional e clínico, além de elencar questões pertinentes ao campo e observar as contribuições da psicanálise no âmbito do trabalho. Nesse sentido, as discussões sobre transferência, contratransferência e implicação se tornaram imprescindíveis para esta pesquisa, assim como sobre psicodinâmica do trabalho, como veremos mais adiante. A metodologia pretendeu, portanto, analisar uma possível diluição dos limites entre o subjetivo e o objetivo de um trabalho de pesquisa, partindo da proposta de uma “participação observante”, como nos pontua Figueiredo (1997). No decorrer do caminho, a partir de relatos de minha experiência nas perspectivas clínica e institucional no referido campo, trabalho a questão da inserção da analista e sua práxis no campo da saúde dos trabalhadores policiais e seus familiares, em uma instituição

pública. Esse relato levou em consideração o campo de intervenção proposto, as implicações contratransferenciais na atuação da analista, as relações institucionais e o público atendido.

Assim, entendendo que *contratransferência*, desde Freud (1910/2013), consiste nos sentimentos inconscientes que surgem no analista sob influência do analisando, levo em conta sua recomendação de que o analista deve reconhecer essa contratransferência dentro de si, uma vez que a análise só irá até onde o próprio analista consegue ir, diante de seus próprios complexos e resistências internas, destacando-se a importância de sua análise pessoal.

Segundo Fethi Benslama (2004), a implicação em pesquisa conota o fato de haver uma confusão nas situações humanas entre observador e observado, mais precisamente uma perturbação nas demarcações inicialmente estabelecidas dentro de um espaço cuja função é a captação de fatos. Tal confusão e perturbação constituiriam obstáculos dos quais deveríamos tomar consciência e melhor utilizá-los para um maior engajamento na situação (Benslama, 2004). No que se refere à contratransferência na pesquisa, conduzo o termo para o domínio da prática dos saberes produzidos pelo pesquisador. Com isso, quero dizer que não poderemos deixar de levar em conta, em nosso trabalho, os efeitos do inconsciente, inclusive o da pesquisadora.

Para Benslama (2004), poderíamos reunir em três categorias o que seria a contratransferência ou a matéria da contratransferência: aquilo que pertence à identidade singular do pesquisador; aquilo que pertence à identidade coletiva do pesquisador; e aquilo que pertence à sua teoria, à sua ideologia. O autor acrescenta que ocorreu uma sensível evolução quando da compreensão da contratransferência, que não é mais apenas a reação de um (analista) à transferência do outro (o analisando). Para ele, com base em Fédida, transferência e contratransferência ocorrem dos dois lados (Benslama, 2004).

Revault d'Allonnes (2004), ao discorrer sobre psicologia clínica e procedimento clínico, nos aponta que é preciso falar inicialmente sobre implicação de fenômenos transferenciais, de transferência e de contratransferência. Segundo ela, o tema *implicação* tem a vantagem de trazer a atenção do lado do clínico, de mostrar a rede na qual está preso, de convidá-lo a dela se livrar. Ela aponta ainda que, conforme Balint, esse trajeto remete a três momentos: a tomada de consciência da implicação em sua complexidade; a tomada de distância e tomada de “papel” e confrontação com os outros; e o manuseio e controle da relação. Para ela, toda situação interpessoal é o lugar de fenômenos transferenciais, algumas mais do que outras.

A delimitação deste trabalho de pesquisa priorizou, a princípio, um olhar sobre a inserção da psicanálise em uma instituição com práticas interdisciplinares. Lido com relações e disputas relacionadas às práticas ali estabelecidas. Assim, observo em minha atuação a problemática do

poder, especialmente em um campo marcado fortemente por relações hierarquizadas. Essas análises permitiram observar o papel do controle estatal, por meio de regulamentações dos órgãos envolvidos, e suas interferências diretas ou indiretas nos trabalhos desenvolvidos pelos servidores, efetivos ou não, do CIRAST e sobre o seu público. A partir daí, encontro questões que me fazem refletir sobre as consequências dessas relações e práticas para o meu trabalho e para as condições de saúde e adoecimento do trabalhador da segurança pública.

Sobre a coleta de dados, entendida como seleção dos sujeitos e situações, e registro das observações (incluindo a auto-observação) feitas pelo pesquisador (seja dos sujeitos encontrados no campo, seja das próprias reações contratransferenciais), estas não foram programadas de forma prévia, também não foram feitas de forma imediata ou mesmo após sair do *setting*. Não me utilizei de diários de campo em nenhum momento e não sei até que ponto isso interferirá nas minhas escolhas no trabalho de pesquisa. As minhas primeiras escritas sobre o que vi em campo foram feitas em uma tentativa, enquanto trabalhadora do local, de entender o ambiente que eu mesma iria atuar. Estas, de alguma forma, se tornaram a escrita do trabalho efetivo, uma vez que escrevi o plano de reestruturação do serviço, quase que concomitantemente com o início desta pesquisa.

Nos primeiros passos neste campo/local de trabalho, foi feita a leitura do material disponível sobre aquele centro (portaria de criação, leis federais e estaduais de incentivo e financiamento, projetos internos etc.). Também foram feitas várias escutas da equipe e da coordenadora do serviço, sem o intuito de registro de informações (entrei no *setting* de trabalho antes de pensá-lo como campo de pesquisa, o que ocorreu poucos meses depois). Minhas primeiras anotações como pesquisadora foram feitas alguns meses após a minha inserção, apenas quando comecei a estruturar o projeto de pesquisa para o doutorado. Mais ou menos na mesma época, iniciei a confecção do plano de reestruturação do referido centro. Em suma, conhecer o campo refletiu um desejo anterior ao projeto de pesquisa, mas, de alguma forma, a pesquisa também guiou alguns direcionamentos profissionais. Posteriormente, os registros também se deram a partir das leituras para a revisão de literatura e das vivências que chamavam a minha atenção. No decurso dessas, nada foi privilegiado *a priori*, nenhuma situação ou paciente; o que ficou nas anotações foi efeito do atravessamento de minhas vivências e inquietações teóricas.

Sobre os casos clínicos, aponto as dificuldades práticas percebidas neste trabalho. Além da questão em si que envolve escrever sobre casos clínicos, acrescento o fato de se tratar de uma escrita sobre casos em uma cidade pequena, em uma instituição complexa, onde todo cuidado precisa ser tomado para que não haja identificação destes. Assim, pretendemos

contribuir com o debate sem expor desnecessariamente as pessoas envolvidas, trazendo apenas o necessário para ilustrar as propostas deste trabalho. Talvez minha tarefa mais árdua nesta escrita.

Relatar o que fazemos neste espaço nos faz refletir sobre a pesquisa e o método psicanalítico diante de um campo onde há possibilidade de atuação na clínica, mas também na própria instituição, no que se refere à atenção à saúde do trabalhador da segurança pública. Nesse sentido, observamos dois eixos importantes neste trabalho: o de uma interrogação sobre o serviço e o de uma discussão do lugar do analista no mesmo.

A clínica é o campo empírico inaugural da psicanálise, no qual são forjadas as suas regras técnicas e sua reflexão ética, entretanto, não seria o campo exclusivo do inconsciente. As questões sobre as possibilidades e os limites do que se denomina “psicanálise aplicada”, por sua vez, se distinguem de uma dita “psicanálise pura”, idealmente submetida ao *setting* e à prática da clínica privada. Ou ainda psicanálise extramuros como clínica implicada politicamente. A pesquisa psicanalítica deve fundamentar-se na possibilidade da enunciação do inconsciente, e sua reflexão metodológica pode ser descrita como a discussão sobre as condições dessa enunciação. As condições de escuta, de transferência, de interpretação e de elaboração são os principais pontos de ancoragem para operacionalização, nos termos da prática de pesquisa de campo, da postura ética que possibilitaria o reconhecimento do inconsciente (Coelho; Cunha, 2021).

Mezan (2006), ao falar sobre a psicanálise como método e referência teórica, aponta que a pesquisa em psicanálise tem abrangido um território bastante heterogêneo. Alguns trabalhos examinam conceitos centrais, outros abordam a prática clínica e estruturas psicopatológicas; uns se debruçam sobre a clínica em instituições, além da vertente da “psicanálise aplicada” e outros dedicaram esforços em direção aos estudos de literatura, artes, teatro etc. O solo comum dessas discussões seria que todos os autores identificam uma questão e a investigam por meio dos conceitos oferecidos pela psicanálise. Com frequência, o resultado disso é que tais conceitos e noções saem revigorados do embate com as questões propostas.

A análise de implicação e de contratransferência se torna central nestas pesquisas, uma vez que visa compreender as imbricações complexas entre condutas, vida psíquica e campo social, uma vez que implicação denota envolvimento com as ações e suas consequências, ou seja, permeia as responsabilizações, subjetividades e entrelaçamentos. Assim, a subjetividade do analista é também observada, juntamente com a daqueles junto as quais intervém. Nesse sentido, o objeto estudado não é visto como estritamente exterior ao sujeito que o observa e não sai inalterado dessa observação, assim como o próprio observador (Amado, 2005).

Ao considerar que o pesquisador transporta consigo e no seu olhar os seus afetos, suas representações, seus valores e suas ideologias, estamos apontando para os possíveis enviesamentos e dificuldades que podem representar obstáculos no decurso do trabalho. Nesse sentido, a análise da transferência, presente nas relações humanas, e da contratransferência, enquanto motor da pesquisa, visa levar em conta as questões do pesquisador (Amado, 2005).

Tal procedimento nos indica possíveis potências e dificuldades no cenário no qual nos inserimos. Podemos considerar a potência que a teoria e a prática psicanalítica nos oferecem enquanto elementos tanto para a discussão de material colhido quanto para a conduta no *setting*, seja ele terapêutico ou não. Entretanto, precisaremos encontrar ferramentas mais adequadas para desenhar uma perspectiva analítica que embase o relato desta experiência. Nesse sentido, tanto a prática clínica quanto as relações fora do *setting* entram em questão. Sendo assim, diante do objeto e problema de pesquisa proposto, considerando a prática clínica, o trabalho na instituição e a observação das relações de poder em torno dos sujeitos envolvidos em todos os contextos, destaco as questões relativas à transferência, à contratransferência e à implicação. Ou seja, está em jogo os analisadores e as implicações relacionados às práticas e questões envolvidas nas relações institucionalizadas.

Antes de aprofundarmos essa discussão, é importante apresentar o serviço com mais detalhes, destacando as experiências vividas no campo. Tal apresentação será feita com intuito de trazer elementos e, também, de embasar futuras discussões sobre a questão da escuta neste setor específico. Aqui, trago a importância do relato de experiência como meio ou provocador dessa discussão. Nesse sentido, procuro descrever, sempre que possível, as ações do CIRAST em cada área (clínica e institucional), destacando a minha inserção e contribuição na construção da proposta deste serviço, e pensando o lugar da analista diante do cenário apresentado.

Apresentação do campo

O Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) – SSP/SE foi criado no ano de 2003, através de portaria do então secretário, por iniciativa de sua assessoria de planejamento. Esta se utilizou de recursos oriundos do Convênio nº 111/2003, firmado com a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça (SENASP/MJ), naquele ano. O centro passou a funcionar efetivamente em 2004, mas, até o momento, não foi regulamentado pelo Governo do

Estado de Sergipe, através de decreto governamental, e não possui quadro específico de profissionais da área de saúde e afins para a realização do serviço oferecido⁹.

No âmbito da estrutura organizacional, desde sua criação, o Centro Integrado de Apoio Psicossocial - CIAPS, esteve diretamente subordinado ao comando hierárquico da Secretaria de Estado de Segurança Pública. Até a criação do SUSP (Sistema Único de Segurança Pública), pela Lei 13.675/2018, a principal fonte de recursos para manutenção do espaço físico e dos serviços ofertados no referido centro foi a Secretaria de Segurança Pública de Sergipe, através do custeio das despesas fixas e da disponibilização de profissionais com formação na área de saúde e afins, desviados de suas funções oficiais¹⁰ (assim como ocorre nos demais serviços administrativos na Secretaria de Segurança Pública e instituições policiais).

Quando comecei a trabalhar no CIAPS, perguntei se existia algum projeto ou plano de atuação, portaria ou qualquer documento oficial ou extraoficial que descrevesse as diretrizes do setor. Havia apenas uma portaria da Secretaria de Segurança e alguns documentos descrevendo os projetos e algumas ações pontuais ou ideias de projetos de prevenção, relacionados principalmente aos temas do estresse e do clima organizacional, que o setor desenvolveu em períodos anteriores. No entanto, muito material foi danificado no decorrer dos anos, até mesmo materiais que continham informações sobre os atendimentos. Além disso, tive acesso ao material de uma pesquisa, feita no ano de 2010, com recursos de convênio com a União, em que o tema principal era o estresse dos policiais e que abrangeu todas as forças de segurança do estado.

Já em 2019, além dos atendimentos, comecei a trabalhar no plano de reestruturação do Centro, projeto impulsionado pelas novas legislações que envolviam as práticas de atenção à saúde do trabalhador da segurança pública. Em suma, foram lançadas novas diretrizes no que se refere às questões relacionadas à saúde dos operadores da segurança pública, a partir das leis 13.675/2018 e 13.756/2018, do Decreto 9.489/2018, da Lei Estadual 8.579/2019, da Portaria 629/2020 – MJSP (e outras, posteriormente, as Portarias 685/2024 e 833/2024 – MJSP) que versam sobre o uso dos recursos e visam – dentre outros temas mais voltados para a atividade-

⁹ No final do ano de 2024, recebemos a notícia de que o CIRAST entraria no organograma de setores da Secretaria de Segurança Pública, estipulando as coordenações clínica, administrativa, de pesquisa e estatística e de prevenção. Entretanto, o documento oficial ainda não tinha sido assinado pelo governador do estado. Nesse sentido, além do CIRAST passar a ser oficialmente um setor da secretaria, estaria também na mesma linha das forças policiais, nem acima, nem abaixo. Isso é importante quando estamos falando de instituições cuja hierarquia é um traço forte e rege as decisões e ações efetivadas. Na prática, pode trazer alguns desafios por se tratar de um setor regido por policiais e que, por esse motivo, continuam sob a mesma égide institucional.

¹⁰ Nota-se aqui um importante fator contratransferencial, visto que os trabalhadores lotados nesse setor, dentre os quais me incluo, vivenciam uma situação em que o trabalho desenvolvido não corresponde ao concurso prestado, o que acarreta sensação de insegurança sobre a permanência e continuidade do trabalho no setor e que, por sua vez, pode gerar situações de instabilidade no trabalho.

fim da segurança pública – fornecer subsídios para a implementação e consolidação da política de saúde aos operadores de segurança pública e defesa social. No âmbito da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe, essas novas diretrizes permitiram que fosse pensada a reestruturação e fortalecimento do Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS, que passou a funcionar como Centro Integrado de Referência em Atenção à Saúde do Trabalhador – CIRAST.

Assim, a partir desta reestruturação, em 2020, o agora CIRAST buscou desenvolver suas ações a partir dos conceitos presentes no SUS, tais como os de Clínica Ampliada¹¹ e de Projeto Terapêutico Singular¹². Ou seja, a partir das novas diretrizes do Centro, pautadas no seu plano de reestruturação, foram instituídas novas maneiras de lidar com as demandas do serviço.

No plano de reestruturação, além de introduzir esses conceitos de trabalho, está prevista também a criação de coordenações de trabalho para sanar algumas deficiências presenciadas no dia a dia do Centro: Coordenação Clínica, Coordenação de Prevenção e Promoção de Saúde, Coordenação de Pesquisa e Estatística, Coordenação de Comunicação, Coordenação Geral e Coordenação Administrativa. Neste plano, foi sugerido ainda a inserção da participação de integrantes da equipe do CIRAST nos cursos de formação e aperfeiçoamento de todas as forças policiais ligadas à Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe, para que fossem tratados assuntos como prevenção em saúde e temas contemporâneos de relevância para a sociedade e que perpassam a atividade policial cotidianamente. Essa prática ocorreu apenas nos cursos da Polícia Civil.

O plano incorpora ainda uma ideia antiga debatida nacionalmente – e que também parece dar um novo passo com a criação do SUSP (Sistema Único de Segurança Pública) e recebimento de recursos federais –, a da integração das forças policiais no que se refere aos trabalhos voltados ao campo da saúde do trabalhador da segurança pública. Assim, foi incluída neste plano a proposta de criação ou restauração de Núcleos de Atenção à Saúde em todas as instituições ligadas à Secretaria de Segurança Pública do estado¹³. Ou seja, o CIRAST foi pensado na perspectiva de um trabalho integrado em rede com as instituições de segurança

¹¹ Segundo a cartilha *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (MS, 2008, p. 12-13), a clínica ampliada pode ser definida como um compromisso radical com o sujeito adoecido, sendo este visto como um sujeito singular; além disso, se refere ao compromisso ético de assumir responsabilidades perante aquele sujeito, com base em uma proposta de intersetorialidade e reconhecimento dos limites dos conhecimentos das áreas de saúde e das tecnologias empregadas.

¹² O projeto terapêutico singular, segundo a cartilha *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (MS, 2008, p. 40), é entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

¹³ Existia um núcleo psicossocial apenas na PM, mas este havia sido desativado por vários anos, com a justificativa de falta de efetivo policial nas ruas, o que demonstra a falta de interesse no tema, especialmente naquela gestão.

pública, mesmo antes destes núcleos das instituições terem sido criados (ou recriados, como é o caso do NAPSS/PMSE, como veremos adiante).

Os recursos do Governo Federal, conforme leis, decretos e portarias citadas anteriormente, chegam para a Secretaria de Segurança Pública em Sergipe e são gerenciados por uma equipe da Assessoria de Planejamento, que fica em contato direto com a Secretaria Nacional de Segurança Pública. As equipes dos núcleos de saúde em Sergipe enviam propostas para a utilização dos recursos e, a partir do que regulamentam as leis citadas anteriormente, estas equipes decidem como os recursos serão utilizados pelos núcleos locais.

Além disso, os núcleos das polícias civil, técnica e do corpo de bombeiros foram criados de acordo com suas especificidades, e o núcleo da polícia militar - recriado em 2020, e passam também a oferecer projetos para a utilização dos recursos. A rede ficou assim:

- NSO/CBM – Núcleo de Saúde Ocupacional, no Corpo de Bombeiros Militar, iniciou seus trabalhos efetivamente a partir de 2023, e se propõe a realizar ações para promover a saúde e segurança dos bombeiros, tais como: programa Reformação, que prepara os bombeiros militares para a reserva remunerada; os eventos Salvando Salvadores, Semana da Saúde, Janeiro Branco, Setembro Amarelo e Dia dos Veteranos; além de atendimentos de psicoterapia breve, atendimentos virtuais, visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos. Por fim, se propõe também a dar suporte aos gestores para lidar com conflitos interpessoais.

- NAPSS/PM – Núcleo de Apoio Psicossocial, na Polícia Militar, foi criado em 2007 (Portaria nº 295, de 13 de setembro de 2007), com objetivo de atuar na prevenção em saúde mental dos policiais militares de Sergipe e seus familiares. Este núcleo foi desativado em 2015 e retornou às atividades no ano de 2020 (Portaria nº 007, de 12 de março de 2020). Hoje, está inserido na Assessoria Pró-Vida. Esta, por sua vez, foi criada por meio da Portaria nº 005, de 20 de janeiro de 2023, com intuito de promover ações voltadas para a qualidade de vida dos policiais ativos, inativos e familiares. O Pró-Vida é diretamente subordinado ao Comando-Geral da Polícia Militar do Estado de Sergipe, e suas ações articulam os trabalhos do NAPSS, do Núcleo de Combate ao Sedentarismo e do Núcleo de Apoio à Mulher Policial Militar.

- NAPS/PC – Núcleo de Atenção à Saúde Biopsicossocial, na Polícia Civil, iniciou seus trabalhos no ano de 2023 (Portaria nº 18/2023), e oferece atendimentos de saúde aos servidores da Polícia Civil. O núcleo se propõe a elaborar projetos, promover palestras e eventos, bem como o acolhimento do servidor, com foco na saúde mental e bem-estar.

- NAPS/Polícia Técnica Científica – Núcleo de Apoio Psicossocial, na Polícia Técnica Científica, instituído no ano de 2024. Esse núcleo foi o último a ser estabelecido, e oferece

acolhimento aos peritos e demais servidores ligados à polícia técnica. Suas ações têm sido a de prevenção e de encaminhamento para clínicas credenciadas¹⁴ para acompanhamento de nutricionista, psiquiatra, fisioterapeuta e psicólogo, assim como fazem os demais núcleos.

O CIRAST foi pensado a partir de então como centro articulador destes núcleos, que funcionariam em rede, o que configuraria mais uma inspiração no SUS. O que percebemos atualmente é que essa ideia de articular as práticas voltadas para a saúde dos trabalhadores utilizando núcleos de cada força policial enfrenta resistência dos servidores lotados nestes setores e das próprias instituições envolvidas, o que resulta muitas vezes em trabalhos individualizados e de acordo com propostas independentes entre si. Inclusive, a existência desse núcleo articulador das instituições, na esfera do pensar a saúde dos agentes de segurança pública, não é comum a nível nacional. Essa proposta de trabalho integrado foi feita por gestões passadas da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), mas as gestões posteriores não insistiram com a ideia, nem tem aparecido trabalho semelhante em outros Estados. Localmente, a dificuldade é percebida nas tentativas da gestão do CIRAST de operacionalizar as ações juntamente com os núcleos e nas dificuldades desse processo. Podemos pensar em diferentes possibilidades para essa dificuldade: os caminhos pensados por cada núcleo para suas questões; as particularidades do trabalho de cada instituição de segurança pública; as questões de hierarquia e disciplina, onde o núcleo também é subordinado a algum setor das suas forças de segurança; e a dificuldade de diálogo.

Além das dificuldades de consolidação enquanto articulador de ações, o CIRAST também enfrenta dificuldades de pessoal, embora, atualmente, conte com uma equipe um pouco maior e tenha uma estrutura funcional composta por: assistente social (policial civil – agente/oficial de polícia), que também exerce a função de coordenadora do serviço e, a partir de 2021, também atua como terapeuta “consteladora familiar”; quatro psicólogos, sendo dois policiais militares (praças) e duas servidoras da Secretaria de Educação do Estado de Sergipe (psicólogas); terapeuta holística (policial civil – escritã/oficial de polícia); médica (bombeira militar); e, mais recentemente, uma fisioterapeuta (policial militar). Estes servidores estaduais foram cedidos dos quadros das forças de segurança pública e da Secretaria de Educação e lotados no referido Centro, onde permanecem desempenhando suas funções. No momento, o Centro também conta com estagiários na área de psicologia, oriundos da própria SSP/SE, sendo que o número de

¹⁴ A partir de 2023, com a contratação de clínicas credenciadas, o CIRAST e os núcleos passaram a contar com um atendimento externo de profissionais de psicologia, fisioterapia, psiquiatria e nutrição. Esta ação encabeçada pelo CIRAST e Assessoria de Planejamento da SSP/SE acabou potencializando o trabalho em rede, por se tratar de um projeto do setor, mas que possibilitou que os encaminhamentos fossem feitos também por parte dos núcleos criados nas instituições de segurança.

estagiários variou bastante no decorrer dos anos. Além destes, uma assistente administrativa faz as funções burocráticas e tem cargo comissionado da SSP/SE; uma funcionária terceirizada fica nos serviços gerais e outro auxilia os serviços administrativos.

Em suma, o CIRAST se configura como espaço institucional de atenção, suporte e atendimento aos servidores da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe. O fato de que o público-alvo deste setor da SSP/SE seja formado especialmente por agentes de segurança pública e seus familiares nos leva a refletir sobre as possíveis características específicas deste público (os policiais, cuja função maior seria a do combate ao crime e assistência à população). Conseqüentemente, a partir das características deste público, também surgem questionamentos sobre que tipo de escuta os usuários deste serviço necessitam – partindo da suposição de que nem sempre trataremos de saúde ou doença (embora o serviço esteja inteiramente organizado em torno do significativo saúde).

O atendimento oferecido no CIRAST é orientado por um protocolo que se inicia com o acolhimento da queixa (esse acolhimento passou a ser feito pelas estagiárias de psicologia, aproximadamente entre 2021 e 2022; sendo antes feito pela assistente social/coordenadora do serviço; e, em situações excepcionais, pela terapeuta holística ou um profissional de psicologia). O passo seguinte é levar os casos para a reunião da equipe, que discutirá as queixas e demandas subjacentes, para, em seguida, fazer os devidos encaminhamentos (até 2022, esses encaminhamentos eram feitos exclusivamente pela coordenadora do serviço ou quem ela designasse; as reuniões serviam apenas para a apresentação dos casos, inicialmente). O novo protocolo foi pensado a partir do que o serviço tinha a oferecer naquele momento, e foi implementado aos poucos. Neste protocolo, a ideia de Projeto Terapêutico Singular foi considerada já se antecipando à possível inclusão de novas especialidades no quadro de serviços oferecidos pelo CIRAST, o que ocorreu apenas em meados de 2023, com ampliação da equipe, além da inclusão das clínicas credenciadas (pagas com recurso federal) com outras especialidades de saúde.

Em resumo, apenas a partir do segundo semestre de 2022, a equipe passou a participar de reuniões semanais que tratam do Projeto Terapêutico Singular de cada caso atendido. E, apenas no início de 2023, a distribuição dos casos passou a ocorrer nestas reuniões semanais – uma proposta que visou horizontalizar a distribuição dos casos. E, no decorrer do ano de 2023, novos membros começam a chegar na equipe, além disso, no meio daquele ano, ocorreu a contratação de clínicas com outras especialidades como nutrição e psiquiatria.

A regulamentação nacional do SUSP (Sistema Único de Segurança Pública) propõe que as ações nos estados sejam pautadas a partir de eixos específicos de atuação. O atual Plano de

Ações do CIRAST tem direcionamentos próprios, mas está alinhado com o proposto pela Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), conforme Portaria nº 629, de 27 de novembro de 2020 (e as portarias subsequentes), que regulamenta o incentivo financeiro às ações do eixo Valorização dos Profissionais de Segurança Pública, que compreende o desenvolvimento de iniciativas em três aspectos:

- A. Atenção biopsicossocial (compreende, entre outras, as temáticas de uso de substâncias psicoativas, estresse, riscos, incidentes críticos, vitimização, suicídio, nutrição, educação física etc.);
- B. Saúde e segurança no trabalho (compreende, dentre outras, as temáticas de segurança e medicina do trabalho);
- C. Valorização profissional (compreende, entre outras, as temáticas de aposentadoria, competências profissionais, desenvolvimento pessoal, habitação, reconhecimento profissional, assistência jurídica no desenvolvimento de suas funções e bem-estar socioeconômico-cultural). Este último é um eixo mais distante do domínio da saúde.

Diante do proposto pela Portaria nº 629/2020-MJSP, o plano de reestruturação do CIRAST visou as adequações necessárias ao que foi proposto, e, para tanto, levou em consideração as condições locais. De forma geral, a proposta sugere a superação da fragmentação entre fatores biológicos/orgânicos, subjetividade e sociabilidade, e, diante disso, aproveitamos para apostar na ideia de trabalhar com projetos terapêuticos que reconhecessem um papel ativo para o usuário do serviço, respeitando sua singularidade.

A atuação na instituição tem consequências para a clínica ali desenvolvida, afinal, para além dos atendimentos individuais, temos um atendimento voltado para um modelo interdisciplinar – com formulação de um projeto terapêutico singular e apresentação/estudo de caso em reunião. Ou seja, embora os atendimentos sejam individualizados nas especialidades, a proposta é a de que aconteça a troca de informações e impressões diante do caso. Assim, a instauração do Projeto Terapêutico Singular não é um processo solitário e corresponde a uma prática que envolve toda a equipe.

No entanto, a dimensão institucional do trabalho tem se limitado a essa forma de fazer, na qual o paciente passa por diversos profissionais da equipe que conversa sobre o caso, especialmente em três momentos: o da entrada (após o acolhimento e preenchimento do prontuário); reunião de apresentação/estudo de caso para os devidos encaminhamentos (que será seguida pela devolutiva ao paciente); e o momento da reavaliação (ou estudo de caso propriamente dito, que deve ocorrer após 24 atendimentos ou seis meses de atendimentos, o

que ocorrer primeiro). Este último momento, o da reavaliação, pede uma participação maior dos técnicos e são poucos os que se colocam voluntariamente para esta tarefa.

Antes de seguirmos, acrescento outras atividades que fazem parte das propostas inseridas no plano de reestruturação do Centro:

1. Prestar um serviço voltado para a prevenção em saúde, envolvendo a prática pedagógica e de escuta das queixas e observação das demandas, com foco na atenção à saúde integral, desde a formação até a preparação para a aposentadoria dos servidores;
2. Prestar um serviço voltado para a coleta e análise de dados, para realização de levantamentos estatísticos e pesquisas¹⁵ relativas à saúde dos servidores atendidos pelo Centro, dentre outras, com objetivo de agir conforme as demandas do público atendido.

No que se refere à prevenção, as tecnologias sugeridas foram:

1. Roda de conversa – visitas institucionais aos setores administrativos e operacionais das polícias. Estas deveriam ter uma programação permanente, porém, o CIRAST não deu continuidade quando do surgimento dos núcleos de saúde das polícias, deixando essa prática para serem desenvolvidas por esses setores inseridos nas forças de segurança;
2. Disciplinas voltadas para a conscientização em saúde e relações interpessoais, nos cursos de formação e de atualização das forças policiais¹⁶;
3. Realização de eventos e palestras sobre temas ligados aos aspectos sociais, econômicos e culturais da contemporaneidade e que possam suscitar debates e novas práticas institucionais.

A Coordenação de Prevenção tem recebido pouca atenção na rotina do CIRAST, talvez por dificuldade de pessoal, por não ter despertado tanto o interesse dos profissionais do Centro, ou – quem sabe? – por não ter se apresentado como vocação do setor, até o momento (também porque foram surgindo os núcleos nas próprias forças policiais que acabaram adotando algumas

¹⁵ Propus a coleta e análise de dados visando traçar um perfil do público atendido e utilizar as informações coletadas na elaboração das propostas de prevenção. Afinal, estamos falando de política pública e esta só deve ser feita a partir de dados coletados com o público atendido.

¹⁶ Sugerir a inserção nos cursos de formação, elaborei a ementa e proposta do curso e ministrei as aulas apenas para o curso de formação dos agentes e escrivães/oficiais, em 2023 e 2024, para três turmas de novos policiais civis.

ações pontuais para determinados temas, tais como: preparação para a aposentadoria, atividade física, datas simbólicas no calendário anual de ações de saúde etc.).

O projeto inicial desta coordenação previa, para além de ações pontuais no decorrer do ano, a criação de oficinas terapêuticas constantes, *workshops* para o público do CIRAST sobre temas diversos (alimentação, finanças, atividade física e artística etc.) e cursos de capacitação para as equipas lotadas nos setores de saúde das polícias. Este último foi implementado e teve sua primeira versão em 2024, com o tema *Atenção à saúde biopsicossocial dos servidores da segurança pública*, abordando questões como: trabalho interdisciplinar, trabalho com grupos, saúde do trabalhador, adoecimentos relacionados ao trabalho, suicídio, luto e adições diversas. Para discutir as temáticas, foram trazidos profissionais envolvidos com os referidos temas. Foram convidados para assistir as aulas tanto os integrantes do CIRAST como os dos núcleos de saúde das polícias (NAPS/PC, NAPSS/PM, NAPS/Polícia Técnica e científica e Hospital da Polícia Militar)¹⁷.

No que se refere à pesquisa e estatística¹⁸, as tecnologias empregadas são:

1. Levantamentos estatísticos dos dados dos prontuários e documentos do CIRAST;
2. Confeção de relatórios anuais¹⁹, com o objetivo de analisar as demandas para o Centro (perfil sociodemográfico, aspectos gerais de saúde e principais queixas dos pacientes etc.) e o serviço prestado por este (quantitativo de atendimentos de forma geral, por área e no decorrer do ano).

A implementação da Coordenação de Estatística e Pesquisa também não deu muitos passos para além da confecção de relatórios com perfil dos usuários e suas queixas e mapa dos atendimentos. Esta também tem recebido pouca atenção, em virtude da deficiência de pessoal capacitado e interessado. Assim como a coordenação de prevenção, esta tem um papel interessante no quesito institucional, e ainda pode nos apontar para os impactos das questões sociais e situacionais, além das institucionais, na saúde e adoecimento dos trabalhadores da segurança pública, o que poderia nos indicar para mais uma vertente de intervenção e de criação

¹⁷ O II Curso de capacitação em saúde biopsicossocial do trabalhador da segurança pública deve ocorrer no final do ano de 2025, com o tema: Violência, trauma e seus impactos na saúde do trabalhador da segurança pública: principais questões e propostas de intervenção. Com discussões sobre violência de gênero, masculinidades e os impactos do racismo.

¹⁸ No ano de 2025, os meus planos são passar a coordenação clínica para outro profissional da saúde e assumir esses espaços ainda pouco explorados no CIRAST.

¹⁹ A confecção desses relatórios está sob minha responsabilidade, porém, até o momento, têm sido utilizados apenas pontualmente para projetos do próprio setor ou quando algum dado é solicitado oficialmente. Ou seja, são dados de circulação interna.

de instrumentos a partir dos seus achados. Aparecendo como possibilidade de ampliação das ações do referido centro para além do atendimento individual.

Sobre as práticas desenvolvidas no CIRAST, percebemos que, no decorrer dos anos, entre 2019 e 2024 (tempo em que desenvolvo minhas atividades no CIRAST e a minha pesquisa), o trabalho foi ganhando formatos diferentes e se solidificando enquanto setor de saúde.

Algumas dificuldades na implementação das ações na clínica do CIRAST

O momento de reunião da equipe quase foi extinto após seu primeiro ano de desenvolvimento. Em julho de 2023, quando as clínicas credenciadas começaram a receber os pacientes encaminhados pelo CIRAST e demais núcleos de saúde das forças policiais, a gestora do recurso, no setor que administra o financiamento recebido do Governo Federal, nos questionou em reunião qual o tempo transcorrido entre o contato do paciente e o recebimento da guia de atendimento das clínicas. Após descrevermos o procedimento, informamos que este seria de cerca de uma semana, o que foi considerado um tempo longo, pois os recursos precisavam ser utilizados e a ideia deles era a de que a avaliação e o encaminhamento fossem imediatos. Tal proposta foi seguida pelos demais núcleos das instituições, onde a entrega das guias se dá no momento do primeiro contato com algum membro da equipe técnica ou dos estagiários. No caso do CIRAST, foram mantidos o protocolo inicial e o PTS, como uma tentativa de manter a proposta de trabalho do local, mas não sem confronto.

Em determinado momento dessa discussão, o CIRAST foi comparado ao SUS de forma pejorativa, o que para nós soou como elogio, embora essa não tenha sido a intenção. Podemos considerar que tem atravessado as discussões entre o CIRAST, o setor de planejamento da SSP/SE e demais núcleos, o confronto entre modelos de saúde hoje empregados no Brasil: o “modelo do SUS” e o “modelo dos planos de saúde”, por exemplo. Tais propostas aparecem como as principais vertentes vislumbradas quando se fala em saúde e nos deparamos com essas questões tanto no nível dos debates sobre os usos dos recursos para a saúde biopsicossocial dos policiais quanto no âmbito interno nas reuniões de equipe.

Nesse contexto, o fluxograma de funcionamento mantido foi o seguinte: primeiro contato via *Whatsapp* (identificação do paciente como servidor ou familiar); agendamento do acolhimento pelas estagiárias; realização do acolhimento (primeira entrevista e preenchimento do prontuário); reunião de equipe – os casos são apresentados pelas estagiárias para a equipe; os profissionais avaliam as queixas trazidas e sugerem os encaminhamentos internos (se houver vagas – as vagas internas têm sido destinadas preferencialmente para os familiares e para os

casos que consideramos importante acompanhar) e encaminhamentos externos (para as clínicas credenciadas – possível apenas para policiais) – esse momento é destinado para a criação do Projeto Terapêutico Singular; devolutiva com os pacientes – neste momento é apresentado aos pacientes o que foi proposto pela equipe na reunião, que, por sua vez, podem concordar ou não com as sugestões; e, por fim, na devolutiva, feita por um técnico de referência ou estagiário mais experiente, são emitidas as guias de atendimento que devem ser utilizadas nas clínicas, se for o caso; os atendimentos internos são contabilizados e, segundo o plano de trabalho, devem ser reavaliados a cada seis meses ou 24 atendimentos, o que ocorrer primeiro – nesse momento, algum dos técnicos que acompanham o caso deve apresentar o caso e o percurso do paciente – estudo de caso; a finalização dos casos com acompanhamento interno também deve ser trazida para a reunião da equipe e anotados no prontuário, seja por abandono, desistência, não adesão, alta ou o que ocorrer; a previsão de duração de seis meses a um ano para os atendimentos internos, com possibilidade de renovações para os casos mais graves; os atendimentos externos durarão enquanto os recursos anuais forem renovados pelo Governo Federal.

Podemos cogitar que a Coordenação Clínica²⁰ foi o carro-chefe nos primeiros anos de reestruturação do CIRAST e avançou mais do que as outras coordenações. Provavelmente, pelo fato de que já existia um trabalho ambulatorial, mesmo que com apenas dois psicólogos e uma assistente social desde os primórdios do setor, e porque esta precisava ser estruturada para atender os servidores e familiares que chegavam em sofrimento e adoecimento. Inclusive a maioria dos casos que chegavam, até pouco tempo, eram considerados graves pela equipe, havendo até uma ideia de que as pessoas só buscavam ou eram encaminhadas para atendimento quando estavam em grande sofrimento ou dificuldade no setor de trabalho ou em casa. Apenas recentemente se percebeu que, de alguma forma, se iniciou nas instituições uma procura preventiva ou antecipada por atendimento, mesmo que não seja a prevalência dos casos. Podemos pensar se esse fato se dá como consequência do trabalho que vem sendo desenvolvido nos últimos anos, que inclui um serviço mais bem estruturado, com maior oferta de possibilidades de atendimento e maior divulgação; ou se estamos diante de um fenômeno social ocorrido após a pandemia de COVID-19, quando as pessoas começaram a falar mais abertamente sobre as questões de saúde mental e diminuir o estigma social daqueles que se utilizam desses serviços. Provavelmente é um efeito dos dois.

²⁰ A coordenação clínica foi trazida para a linha de prioridade dos trabalhos, até porque era basicamente clínica que se fazia até então. Em 2020, a gestora conversou com a psicóloga mais antiga e a terapeuta holística (sua colega da polícia civil) sobre a possibilidade de uma delas assumirem a coordenação clínica, entretanto, estas não se colocaram à disposição para desenvolver o trabalho. Eu era recém-chegada e acabei assumindo a função, às vezes direta e às vezes indiretamente, mas as decisões ficavam e ficam a cargo da gestora do local.

Nos últimos anos, foi feita também uma reestruturação dos prontuários²¹, onde questões gerais de saúde passaram a ser elencadas; nos primeiros anos, em decorrência da composição da equipe, o foco das questões estava na saúde mental. Posteriormente, foi sendo colocada a perspectiva de um trabalho interdisciplinar mais amplo, de uma clínica ampliada e de um projeto terapêutico singular (PTS), implementada de fato com a ampliação das áreas de saber que compunham a equipe.

Podemos afirmar, portanto, que, nesses anos, foram implementadas: 1 - as reuniões semanais da equipe técnica; 2 - o estudo de caso e o Projeto Terapêutico Singular (PTS); 3 - as bases para o trabalho interdisciplinar, para uma perspectiva biopsicossocial; 4 - a devolutiva com o paciente; e 5 - a reavaliação dos casos atendidos internamente.

Dentre esses passos, a reavaliação de casos – o estudo de caso propriamente dito – parece ser a etapa ainda não instituída de fato na equipe. A justificativa possível para a dificuldade na reavaliação dos casos, em um primeiro momento, talvez seja por conta do aumento da demanda, que passou a ocupar bastante tempo da reunião com os casos que chegam e são apresentados. Mas, existe também a possibilidade (e é a que eu tendo a acreditar mais) de que haja uma dificuldade ou resistência por parte dos técnicos de fazerem a exposição dos casos que acompanham. Existe ainda uma terceira possibilidade, a de que esse funcionamento ainda não tenha sido incorporado de fato na rotina dos profissionais do setor e que, para isso, seria necessário um empenho maior da gestão (acredito que a equipe tende a acreditar mais nessa razão). Diante disso, foi sugerido para a equipe e aprovado em reunião um modelo de apresentação para reavaliação dos casos e uma estagiária foi designada como responsável por elencar aqueles que se enquadrem nos pré-requisitos de reavaliação, como mais uma forma de convocação da equipe para esse trabalho. Mas, até o momento, ainda não é sentido como rotina sem uma provocação direta da coordenação.

Nestas reuniões de equipe, alguns tensionamentos acontecem também: entre profissionais *psi* e as práticas integrativas e complementares²²; entre as áreas dos saberes da saúde; e entre

²¹ Os registros do questionário dos prontuários são transpostos para planilhas e são gerados gráficos e relatórios anuais, onde constam: 1 - os dados de informações gerais dos usuários do serviço, com preservação do sigilo das identidades dos pacientes; 2 - dados relacionados às queixas e demandas dos usuários do serviço, por instituição; e 3 - dados do quantitativo de atendimentos internos e externos.

²² No contexto das escutas, legalmente, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que se propõem a prevenir agravos à saúde, a promover e recuperar a saúde, enfatizando a escuta acolhedora e a construção de laços terapêuticos e conexões entre o humano, meio ambiente e sociedade. Essas práticas são oferecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Básica, e incluem 29 procedimentos de práticas. As PICS fazem parte das práticas denominadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas e são vistas como possibilidade de ampliação da percepção de autonomia e autocuidado por parte da população. No Brasil, tais práticas são regulamentadas

os próprios *psis* de diferentes abordagens. Algumas das tensões são expostas na mesa, como é o caso da questão dos encaminhamentos para a psiquiatria, no atendimento externo. Em muitos momentos, esse encaminhamento aparece como uma opção de proteção para a equipe, para o caso de possíveis dificuldades com o paciente ou algum risco que este apresente para si e para outros. Um dos dilemas que ficam, nesse caso, é se de fato temos algum controle sobre o que possa ocorrer, e sobre o que deve pautar as decisões. Ou seja, internamente, o CIRAST lida também com as dificuldades do alinhamento de um trabalho interdisciplinar, no qual as perspectivas de atendimento e de atenção à saúde podem chegar até a ser divergentes.

Podemos refletir também se a questão do encaminhamento para a psiquiatria aparece como parte do processo de medicalização da sociedade e o modo como ele tem sido percebido pela equipe do CIRAST. Tanto através dos pacientes que muitas vezes chegam com essa solicitação direta – busca por diagnóstico, busca por medicação, busca por afastamento do trabalho etc. – quanto através da própria equipe quando se depara com impasses quanto à necessidade ou não de sugerir o acompanhamento psiquiátrico no momento da devolutiva ou esperar que o profissional da psicologia que acompanhará o caso, na clínica ou internamente, sugira ou não.

De forma geral, o CIRAST se propõe a ser um setor articulador da política de saúde do trabalhador da segurança pública (internamente e externamente). Com isso, procura se inserir no planejamento da política de saúde do trabalhador da segurança pública, além de criar e fornecer instrumentos de trabalho em saúde (com parcerias internas e externas à SSP). Mais especificamente, há uma tentativa, por parte da coordenação atual, de: 1 - fortalecer as ações institucionais do CIRAST; 2 - construir uma articulação entre as ações do CIRAST e núcleos de saúde com os gestores das polícias, na perspectiva da saúde dos trabalhadores; e 3 - elaborar ações institucionais específicas para atuação nas principais situações que envolvam os temas de sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Apesar do pouco avanço, algumas ideias foram amadurecidas e outras estão amadurecendo²³.

atualmente pelos documentos: Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS; Portaria nº 633/2017, que atualiza o serviço especializado de 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Portaria SAPS nº 43/2023, que institui a Câmara Técnica Assessora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; dentre outras. No CIRAST, algumas dessas práticas são utilizadas: a constelação familiar, a cura prânica, florais e barras de *access*, atualmente. Três profissionais atuam com essas práticas no CIRAST, sendo uma delas a diretora do serviço, que também é assistente social. As demais não têm formação na área da saúde: uma é pedagoga e a outra, formada em direito.

²³ Dentre as ideias, podemos listar: a criação de espaços de formação continuada das equipes lotadas nos núcleos de saúde; a criação de um seminário anual de debates sobre boas práticas em saúde do trabalhador da segurança pública; criação de grupos terapêuticos; a criação de oficinas de prevenção em saúde com formatos diversos (yoga, arteterapia, musicoterapia, teatro, dança etc.); *workshops* de educação financeira, dentre outros.

Para introduzir a argumentação, considere importante fazer a descrição das regulamentações vigentes, da reestruturação do serviço e dos respectivos impactos no trabalho do CIRAST, por se tratar de serviço em construção, cujas informações não circulam muito, dentro ou fora das instituições de segurança, ou seja, até mesmo dentro das polícias. Sendo assim, procurei descrever as relações e construções de práticas que foram sendo experimentadas no CIRAST, tanto para mostrar como essas regulamentações foram sendo transpostas para a prática, quanto para descrever as relações de poder dentro do próprio Centro. Mas, além disso, tais situações falam sobre a minha experiência no campo (sobretudo da dimensão institucional do meu trabalho, para além da clínica propriamente dita), as situações que chamaram a minha atenção e o manejo que foi possível diante destas – pontos que devem ser levados em consideração, especialmente quando falarmos sobre a minha atuação no campo e sobre implicação e contratransferência. Ou seja, o meu diário de campo.

Para dar continuidade a este trabalho, a seguir, descrevo nossos próximos passos, a partir do resumo dos capítulos propostos.

O capítulo um foi meu ponto de partida. Nele, destaco as tarefas propostas por Freud, em sua *Conferência de Budapeste* (1918), tais como a urgência na promoção de saúde mental e a inclusão da psicanálise nos serviços sociais em ampla escala, que foram informações importantes para mim nos primeiros passos no campo e na pesquisa. Considero importante mostrar as consequências daquela conferência para destacar que a possibilidade da escuta psicanalítica em instituições públicas vem sendo pensada desde os primórdios da psicanálise. Destaco também o apoio dado à psicanálise por parte dos governos europeus, que buscavam a psicoterapia para ajudar soldados em estado de choque que voltavam da linha de frente nas Grandes Guerras. Aqui, também começo as discussões sobre as especificidades da escuta, do tratamento em si e da posição do analista que lida com casos ligados a trauma e violência. Por fim, falo brevemente sobre outras experiências da psicanálise em *settings* atípicos e com envolvimento social e político, o que levará inclusive aos primeiros passos de uma psicanálise que se desenvolve nas instituições. Trago alguns aspectos sobre a inserção da psicanálise nas instituições, e, em especial, nas instituições brasileiras, relacionadas especialmente com o sistema de políticas públicas no Brasil. Nesse sentido, discuto alguns momentos nos quais a psicanálise é convocada a debater a instituição, como consequência do trabalho de psicanalistas nestes espaços. Além disso, aponto algumas discussões que envolvem os eixos psicanálise, saúde e instituição, as quais, a partir de uma articulação entre clínica e teoria, pensam uma teoria da prática clínica a partir da instituição de saúde, indicando mais uma vez o lugar do analista e sua ética no espaço da instituição.

No segundo capítulo, enfocando as condições de implicação e contratransferência da analista, a proposta é a de relatar aspectos fundamentais da minha trajetória, tais como a minha identidade, papel e função policial, chegando até a minha relação com o serviço no CIRAST; fazer uma articulação entre as questões presentes no campo de trabalho proposto e os contextos médico-terapêuticos e de segurança; refletir sobre as relações de poder e as práticas desenvolvidas nas instituições de segurança pública; e, por fim, observar as implicações da vida do trabalho para a atividade do policial e os adoecimentos decorrentes dessas múltiplas relações e suas implicações para a clínica.

No capítulo três, abordaremos mais diretamente os aspectos da clínica psicanalítica desenvolvida no CIRAST e algumas questões que atravessaram esse encontro. Traremos ainda a discussão sobre o *setting*, a hierarquia das instituições de segurança e o que isso acarreta para a prática desenvolvida nesse local e para a saúde dos trabalhadores da segurança pública. Além disso, questionaremos que tipo de prática é possível neste *setting* e os eventuais efeitos dessas possibilidades e impossibilidades para todos os envolvidos: pacientes, analista, instituição e psicanálise.

1 A PSICANÁLISE PARA ALÉM DO “CONSULTÓRIO BURGUESES”

Neste capítulo, começaremos mostrando como a provocação feita por Freud, ainda em 1918, na *Conferência de Budapeste*, rendeu bons resultados e reverbera, desde então, por onde a psicanálise passa. Nesse sentido, lançaremos um olhar para a clínica psicanalítica nos espaços públicos, desde as primeiras gerações de psicanalistas, na Europa do século XX; passando, brevemente, por momentos em que esta se envolve não só com as causas sociais, mas também com uma militância mais politizada; e chegaremos até a sua inserção no sistema de políticas públicas no Brasil.

Ao ilustrar o trânsito da psicanálise por diferentes *settings* pelo mundo e no Brasil, pretendo analisar a perspectiva da psicanálise nos espaços públicos, destacando os pontos que possam ser úteis para a nossa discussão sobre a psicanálise nos serviços institucionalizados e, nas últimas décadas, nos espaços com práticas interdisciplinares que lidam com aspectos sociais críticos como, por exemplo, a segurança pública e a saúde de seus agentes.

O pontapé inicial dado por Freud, ainda em 1918, tem um desenrolar histórico até chegar na experiência da psicanálise nas instituições, no serviço público, de saúde mental ou não. Existe uma gama de trabalhos que abordam tais temáticas e nós apresentaremos alguns deles. Já aqueles que falam sobre a atuação do psicanalista em serviços ligados aos setores de segurança pública aparecem em menor número.

No processo de busca por respostas à questão da presença do analista em serviços públicos/gratuitos, encontro a obra de Elizabeth Danto (2019), a qual demonstra a importância do texto de Freud (1919/2010), *Caminhos da Terapia Psicanalítica*, para entender e abordar essa questão. Naquele texto, Freud já apontava para o fato de que organizações poderiam possibilitar o atendimento de grandes quantidades de pessoas. Ele previa que, em algum momento, a consciência da sociedade despertaria, advertindo-a de que o direito ao auxílio psíquico e a atenção às neuroses deveriam ser iguais a qualquer outro tipo de atendimento vital. “Então serão construídos sanatórios ou consultórios que empregarão médicos de formação psicanalítica [...] Esses tratamentos serão gratuitos. Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres” (Freud, 1919/2010, p. 291-292).

Esse texto de Freud, resultado de seu discurso no *Quinto Congresso Psicanalítico Internacional*, em Budapeste, terá grande impacto na primeira geração de psicanalistas, fazendo com que estes fossem de fato ao campo social. A primeira e segunda gerações de psicanalistas se envolveram fortemente no trabalho de criação das clínicas e institutos de formação em

instituições públicas e privadas. Além disso, participaram ativamente da construção de políticas públicas, especialmente na Europa (Danto, 2019).

Nesse texto, Freud (1919/2010) traça as novas tarefas que se impõem à psicanálise, naquele momento: o tratamento para as fobias (novas vertentes); e o tratamento de grande quantidade de pessoas. Danto (2019) salienta que, na Europa das décadas de 1920 e 1930, as clínicas psicanalíticas gratuitas surgiram como aplicações da ideia de que sua prática favoreceria os objetivos da social-democracia. A autora traça um panorama da saga dos analistas das primeiras gerações para a abertura de ambulatórios formados por grupos de analistas. Nestes, pacientes com as mais diversas enfermidades eram recebidos para análise. E os analistas alternavam entre seus consultórios particulares, suas responsabilidades hospitalares e suas horas no ambulatório. Neste último, incluíam sempre um ou mais atendimentos gratuitos, oferecendo o mesmo tratamento respeitoso e profissional disponibilizado na prática privada.

Dentre o público que se pretendia atingir, poderíamos citar os trabalhadores e suas famílias, os soldados prejudicados pela neurose de guerra e as crianças, ou seja, todos aqueles que até então estavam abandonados à própria sorte e a população cuja vida cotidiana era especialmente dolorosa. Esse “ativismo urbano dos psicanalistas” colocaria a psicanálise em nova vereda, ampliando sua esfera de ação. As declarações de Freud, em 1918, demonstram uma tensão entre a teoria e a prática, e o resultado foi que, entre 1918 e 1938, a psicanálise estaria mais acessível aos trabalhadores, debatendo sua estrutura e duração (Danto, 2019).

De 1920 a 1938, teriam surgido, segundo Danto (2019), em dez cidades e em sete países, centros de atendimento gratuito, cujas inovações incluíam diretrizes sobre a duração do tratamento, a análise fracionada (limitada no tempo) e o tratamento gratuito. Além disso, a análise infantil começaria a ser debatida formalmente e a educação psicanalítica também começaria a ser moldada. Ainda que incumbidos pela sensação de estar cumprindo uma função social, entre as duas Grandes Guerras, pelo menos um quinto do trabalho da primeira e da segunda gerações de psicanalistas foi destinado aos indigentes que viviam nas cidades. Isso tornava a psicanálise acessível a estudantes, artistas, artesãos, operários, trabalhadores de fábricas, funcionários de escritório, desempregados, agricultores, empregados domésticos e professores de escolas públicas.

[...] Em 1918, Freud poderia simplesmente ter reafirmado os princípios de 1913 que sistematizavam seu enfoque pré-guerra sobre honorários pagos pelos pacientes, mas ele previa que a história da teoria psicanalítica repousaria, em última análise, na história de sua prática real. As novas democracias exigiriam dos psicanalistas, como de outros profissionais, maior envolvimento político e responsabilização. Por conseguinte, Freud defendia uma visão alternativa e não tradicional (mesmo então)

das obrigações sociais coletivas da psicanálise. O discurso de Budapeste sobre “a consciência da sociedade” refletia o despertar pessoal de Freud diante da realidade de um novo contrato social, um novo paradigma cultural e político que atraía quase todo promotor de reformas [...]. (Danto, 2019, p. xxxiv).

Freud acredita que, algum dia, o Estado compreenderia como era urgente promover a saúde mental e os serviços sociais em ampla escala. E a psicanálise não estava realmente desconectada da rede geral de serviços de saúde mental disponíveis em Viena e em Berlim. Fato evidente ao se observar que as clínicas médicas e de saúde mental privadas, antes restritas às pessoas abastadas, ou quase isso, abriram suas portas para todos os estratos da sociedade. Outro ponto relevante é que, desde 1916, os governos apoiaram a psicanálise como forma de psicoterapia para ajudar soldados em estado de choque que voltavam da linha de frente (Danto, 2019). Essa informação, em especial, nos interessa bastante uma vez que, neste trabalho, estamos abordando justamente a introdução da prática psicanalítica em um serviço oferecido de forma gratuita para um público específico: os policiais sergipanos e seus familiares. Ou seja, especialmente aqueles que estão na linha de frente nas instituições de segurança pública no estado de Sergipe, cujo serviço se configura como o braço armado do Estado, se inserindo no contexto de violência social na contemporaneidade, em um país ainda marcado por grandes desigualdades sociais e suas consequências.

O destino histórico das clínicas contrasta totalmente com os sofisticados padrões da formação psicanalítica e com o modelo da prática privada que, hoje, prevalece nos institutos psicanalíticos e nos consultórios em todo o mundo. Entretanto, de forma pontual, as grandes sociedades de psicanálise mantiveram consultas e tratamentos gratuitos para a população com menor poder aquisitivo. Para Simmel e Freud, as clínicas gratuitas representavam a coletividade dentro da psicanálise. E talvez eles achassem que isso permitiria a libertação das pessoas de suas neuroses, para que estivessem mais preparadas para trabalhar e amar, como preceitua Freud (Danto, 2019).

As cartas trocadas entre Freud e Ferenczi, registram, dentre outras coisas, os relatos sobre os efeitos maiores da injustiça social sobre os seus pacientes. Todo o contexto sociopolítico daquela época e os debates entre os próprios psicanalistas mais ou menos conservadores, de certa forma culminaram no discurso de Freud, em 1918. A fala de Freud se configura como chamado para a renovação social em grande escala, no pós-guerra, e uma exigência em três direções: à sociedade civil, à responsabilidade governamental e à igualdade social. Assim, Freud teria, portanto, evocado uma série de crenças modernas quanto a um progresso alcançável e quanto à responsabilidade social da psicanálise. Isso se justificaria pelo fato de que, mesmo

em 1918, a psicanálise corria o risco iminente de irrelevância prematura e isolamento causado pelo elitismo (Danto, 2019).

Para Danto (2019), a sobrevivência econômica da psicanálise dependia de uma nova configuração governamental, segundo a qual o Estado aceitaria a responsabilidade pela saúde mental de seus cidadãos. Ela acrescenta que, a partir de uma série de posições ideológicas que visavam a desestigmatização da neurose, Freud propôs que somente o Estado poderia colocar os cuidados com a saúde mental no mesmo nível da assistência à saúde física.

[...] O discurso de Freud de 28 de setembro, nascido mais da indignação política do que do abatimento e da tristeza nos tempos de guerra, produziu um efeito surpreendente em seus ouvintes. O conceito de clínica gratuita de saúde mental pode ter precedido o congresso de Budapeste, mas o número de projetos organizacionais ali lançados pelos participantes reunidos, especialmente por Anton von Freund, Max Eitingon, Ernst Simmel, Eduard Hitschmann e Sándor Ferenczi, foi extraordinário. (Danto, 2019, p. 10-12).

Dentre os projetos surgidos após o Congresso de 1918, os trabalhos desenvolvidos por Ferenczi, Ernst Simmel e Karl Abraham chamaram a atenção em virtude das suas experiências com a “neurose de guerra”, o controverso diagnóstico psiquiátrico de trauma entre soldados. Além disso, esses três médicos tinham experiência militar e psicanalítica significativa, e cada um fundou uma clínica gratuita. Nesse sentido, seus relatos e suas inovações podem nos fornecer achados interessantes.

[...] “Quando criei uma unidade para neuroses e doenças mentais em 1916”, disse Abraham, “descartei por completo todas as terapias violentas, bem como a hipnose e outros métodos de sugestão [...] Por meio de uma espécie de psicanálise simplificada, consegui [...] alcançar relaxamento e melhoria abrangentes”. Na qualidade de psiquiatra-chefe do XX Corpo do Exército em Allenstein, Prússia Ocidental, Abraham montara com seu colega berlinense Hans Liebermann uma unidade de observação para noventa pacientes. Oficiais do exército húngaro ficaram impressionados com os resultados e decidiram adotar a psicanálise para tratar os sintomas psiquiátricos observados entre os soldados traumatizados no exercício do dever. (Danto, 2019, p. 15-16).

Ernst Simmel era médico sênior do Exército Real da Prússia, encarregado de um hospital militar especializado para neuróticos de guerra e foi um dos primeiros psicanalistas a prezar o trabalho de Abraham. Segundo ele, apenas raramente, a psicanálise permitiria uma análise individual mais extensa em condições de guerra. Nesse sentido, ele se empenhou em abreviar a duração do tratamento a duas ou três sessões (Danto, 2019). Os desdobramentos dessas novas experiências nos parecem testes interessantes para o alcance da técnica analítica.

Simmel baseou-se em seus dois anos de intenso trabalho de campo como superintendente de psiquiatria militar para desenvolver os diagnósticos e os tratamentos vívidos e interpretativos por ele descritos na conferência. Em 1918, Freud providenciou a publicação das observações de Simmel em um livro curto, porém notável, o primeiro volume da nova *Verlag*. “Como resultado dessa publicação”, disse Freud mais tarde, “participaram desse congresso psicanalítico delegados oficiais do comando militar alemão, austríaco e húngaro, que se comprometeram a estabelecer centros para o tratamento puramente psicológico das neuroses de guerra. Nesse meio tempo, somente alguns psiquiatras conservadores ainda consideravam soldados neuróticos como aberrantes ou desleais, e queixas de ansiedade, fobias e depressões severas, acompanhadas de tremores, espasmos e câibras, eram vistas como sinais genuínos de doença”. (Danto, 2019, p. 16-17).

Essa discussão chama a atenção porque esse trecho, curiosamente, nos remete a uma situação bastante comum nas polícias, especialmente na Polícia Militar. Lá, principalmente entre gestores, mas também entre colegas, similarmente, há o questionamento sobre o fato de o adoecimento psíquico do policial ser real ou não, ou seja, esse tipo de diagnóstico ainda é visto com desconfiança. Na Polícia Militar, é utilizada a expressão “dar nó” ou “nozeiro” para aqueles policiais que supostamente se utilizam de artifícios para se esquivar de suas atividades laborais. A condição de saúde psíquica é a mais questionada entre superiores e pares. Nesse contexto, há aqueles que escondem tal condição de adoecimento com receio do julgamento dos colegas e aqueles que andam com seus remédios tarja preta em mãos para sacá-los diante das situações que surgem no trabalho (talvez em uma tentativa de legitimar sua doença/sofrimento).

Outro interessado nas neuroses de guerra foi Ferenczi, inicialmente médico de plantão, que se tornou diretor dos serviços de saúde para soldados com distúrbios psiquiátricos. Ele foi aclamado pelo governo húngaro por seu trabalho com soldados psicologicamente feridos no começo da guerra. Além deste, Max Eitingon também supervisionava as divisões de observação psiquiátrica de vários hospitais militares na Hungria.

Reunidos na conferência de Budapeste pela primeira vez desde o início da guerra, Eitingon, Ferenczi, Simmel e Abraham começaram a estabelecer políticas para sua prática clínica civil, derivadas da experiência psiquiátrica militar. A maior preocupação era a tripla ideia de um acesso ao tratamento psicanalítico livre de barreiras, não punitivo e participativo. Sándor Ferenczi introduziu o conceito técnico de “terapia ativa” durante aquelas discussões sobre a neurose de guerra, dando início a uma controvérsia clínica que perdura até nossos dias. Ao longo da história da psicanálise e, na verdade, de grande parte do tratamento moderno da saúde mental, por um lado, o debate entre os proponentes do apoio verbal direto do terapeuta ao paciente, e por outro lado, aqueles que consideram que o papel do terapeuta deve se limitar a orientar a interpretação do paciente em sua própria busca pelo conhecimento interior, tem mudado de década para década. Provavelmente encorajado pelo discurso de Freud sobre o papel do Estado, a própria alocação de Ferenczi propunha uma técnica psicanalítica com limite de tempo, de objetivos e de proibições. (Danto, 2019, p. 18).

Ferenczi, Simmel e Abraham apresentaram suas experiências com a “neurose de guerra”, na Conferência de Budapeste, em 1918. Ferenczi faz uma revisão de literatura, onde cita autores que discordam da psicanálise e aqueles que se aproximam da psicanálise em seus achados (mas que, segundo ele, não assumem tal aproximação em seus escritos).

É importante destacar as elaborações do próprio Freud quanto às questões trazidas pelos psicanalistas na Conferência de 1918. Segundo Danto (2019), Freud considera a neurose de guerra uma entidade clínica bastante análoga à neurose traumática que também ocorre em tempos de paz após experiências assustadoras ou acidentes graves, exceto pelo “conflito entre o velho ego pacífico do soldado e seu ego bélico”. Segundo a autora, Freud estava descrevendo o que chamamos hoje de *transtorno de estresse pós-traumático* ou TEPT, “um conjunto de sintomas psiquiátricos (depressão, hipocondria, ansiedade e *flashbacks* alucinatorios) vivenciados por homens e mulheres expostos ao trauma” (Danto, 2019, p. 18).

O diagnóstico exigia que fosse tecida uma distinção necessária entre uma condição psicológica involuntária e ações mais deliberadas, como fingimento, mentira, deserção e falta de patriotismo. Para Simmel, o primeiro a articular o conceito de neurose de guerra, a designação deveria ser utilizada com muita cautela. “De bom grado nos abstermos de fazer diagnósticos por desespero”, escreveu ele, advertindo que a sociedade não poderia ignorar “o que quer que, na experiência de uma pessoa, fosse demasiado intenso ou horrível para que sua mente consciente captasse e que, por meio de filtros, submerge e opera no nível inconsciente de sua *psique*”. A designação de “neurose de guerra”, que encapsulava todas as ambiguidades morais de um diagnóstico, ressurgia em 1920, quando Freud foi chamado pelo Ministério de Guerra de Viena para testemunhar contra o neurologista Julius Wagner-Jauregg. (Danto, 2019, p. 18-19).

As experiências no campo da psiquiatria militar foram trazidas, inclusive, para a prática civil dos psicanalistas envolvidos e tiveram impactos nas discussões sobre teoria e prática clínica (Danto, 2019). Nota-se aqui como o campo em que o analista atua o leva inclusive a rever suas práticas e encontrar soluções viáveis diante das circunstâncias e do nível de sofrimento de seus pacientes. Ou seja, os pacientes e as questões encontradas no campo por psicanalistas trazem consequências para o tratamento em si e/ou para o posicionamento do analista diante do que encontra. Assim, o tratamento pode acabar tomando direções diversas e até levar o analista a buscar outras propostas de intervenção e novas elaborações sobre a teoria, justamente para lidar com o material com o qual se depara. Isso não ocorre sem consequências para a teoria e prática analíticas.

O percurso dos trabalhos desenvolvidos por Ferenczi, Simmel e Abraham, respeitando as devidas proporções e diferenças no tempo, espaço e situação, talvez possam contribuir para pensar sobre esses pontos e, especialmente, sobre a interface psicanálise, violência, serviço

público e gratuito, atendimento a soldados/militares/policiais, dentre outras. Parece-nos interessante utilizar o trabalho desses psicanalistas uma vez que estiveram diante de um público envolvido em situações de violência (ressalvando as diferenças entre um soldado em guerra e um policial civil, militar, perito ou bombeiro militar nas condições locais e atuais), e diante de atendimentos públicos e gratuitos.

A seguir, trarei alguns trechos da Conferência de 1918, em Budapeste, publicada em formato de livro²⁴, em 1919, com as falas de Ferenczi, Abraham, Simmel e Jones (texto conclusivo, incluído no livro, apesar da ausência deste autor no referido evento). Nesse livro, Freud (que consta como autor/organizador) faz uma introdução, onde destaca a oportunidade de pesquisa advinda da guerra, e aponta que, com o fim desta, e, conseqüentemente, com o declínio das neuroses associadas a ela, houve também um declínio do campo. Mas, até ali, tal campo fez os médicos psicanalistas inseridos nele elaborarem, inclusive, questionamentos sobre a teoria sexual das neuroses, o que nos remete, mais uma vez, ao papel da prática clínica e do campo em que está inserida para os debates teóricos em psicanálise.

Ferenczi (1919/2023) aponta, em sua revisão de literatura, que autores como Strumpell sugeriam que alguns pacientes eram “simuladores” de sintomas e cobiçavam receber benefícios em decorrência de algum abalo traumático. Estes, portanto, não deveriam ser levados a sério uma vez que sua intenção seria inclusive a de se afastar da vida militar com a maior pensão possível. Para Ferenczi, aquele autor exige uma avaliação rigorosa das neuroses em militares, visto que o conteúdo das ideias patogênicas destes seria sempre um desejo de compensação material e de se manter longe de perigos, sendo que, com tais objetivos, faziam persistir os sintomas. Ferenczi acrescenta, entretanto, que o analista deve rejeitar a unilateralidade desse modo de pensar de Strumpell. Ele afirma ainda que há uma ênfase indevida na representação patogênica e na negligência da afetividade, bem como o completo descaso com os processos psíquicos inconscientes.

Ferenczi (1919/2023) também destaca as relações assíncronas no desenvolvimento dos sintomas neuróticos de guerra, trazidas por autores como Hauptmann e Schmidt. Segundo ele, aqueles que sofreram abalos da violência frequentemente tomam medidas para se salvar após o trauma²⁵ e, só após se sentirem seguros, colapsam e desenvolvem os sintomas. O autor

²⁴ Traduzido por Bruno Carvalho e publicado em 2023 pela Quina Editora.

²⁵ Alonso (2022), ao falar sobre o conceito de *après-coup* e sua relação com a temporalidade psíquica, aborda a questão do trauma e do sintoma fóbico. Segundo a autora, esse conceito quebrou todos os modelos clássicos sobre temporalidade e fundou a especificidade da causalidade psíquica na psicanálise. A autora, com base em Green, afirma que esse conceito aparece pela primeira vez quando Freud fala sobre a formação do sintoma neurótico que, por sua vez, se forma em uma constelação de traços e se constitui em dois tempos, nos quais o trauma e o traço se

acrescenta que, em alguns casos, os sintomas só aparecem quando eles deveriam retornar ao *front*, após terem descansado. As experiências com esses neuróticos de guerra gradualmente conduziram para algo além da descoberta do psiquismo e levaram inclusive outros estudiosos a uma aproximação das ideias da psicanálise (Ferenczi, 1919/2023). Esse apontamento de Ferenczi nos mostra como não psicanalistas também acabaram precisando rever alguns modos de lidar com esses pacientes, nesses casos, levando-os a uma aproximação dos achados psicanalíticos, e também nos alerta para a condição do traumático em cenário que envolve violência.

Psicanalistas ou não supunham que os distúrbios das neuroses de guerra (tremor, terror, enraizamento das pernas, interrupção da fala, dentre outros) não seriam efeitos diretos do trauma, mas, sim, reações psicológicas a ele, e estariam a serviço da tendência protetora contra a repetição da experiência desagradável. E essa medida de proteção aconteceria, segundo ele, para qualquer sujeito (Ferenczi, 1919/2023).

Os autores que se ocupam da neurose de guerra no sentido psicanalítico relacionam sintoma e conteúdo psíquico. Segundo Ferenczi (1919/2023), para a psicanálise, as neuroses de guerra, assim como a histeria, são afetadas pela sexualidade genital, mas também por um estágio anterior a ela, o narcisismo. Além disso, o autor aponta que, na esfera psíquica dos pacientes que sofrem de neuroses traumáticas, predominam a depressão hipocondríaca, a suscetibilidade, a angústia e a irritabilidade de alto grau com tendência a explosões de raiva (Ferenczi, 1919/2023).

[...] A maioria desses sintomas pode ser atribuída ao aumento da sensibilidade do Eu (especialmente a hipocondria e a incapacidade de suportar o incômodo físico ou psíquico). Essa hipersensibilidade decorre do fato de que, como resultado dos abalos – experimentados uma ou várias vezes –, o interesse e a libido do paciente foram retirados dos objetos e trazidos de volta para o Eu. (Ferenczi, 1919/2023, p. 61).

Não se trata apenas de produzir padrões de doença em prol de um benefício atual (pensão, indenização, fuga do *front*, como sugere Strumpell); estes seriam apenas ganhos secundários da doença. Para Ferenczi, o motivo principal da doença seria o próprio prazer de permanecer no abrigo seguro da situação infantil outrora abandonado com relutância (Ferenczi, 1919/2023). Tais situações nos fazem lembrar, mais uma vez, dos nossos ditos “nozeiros” policiais.

juntam. Ela acrescenta que o *après-coup* não seria só a teoria explicativa da formação do sintoma. Na verdade, seria aí que Freud apontaria uma forma de entender a causalidade e a determinação psíquica, nas quais não haveria um passado único determinando um presente, e, sim, um encontro entre um anterior que ficou no limbo e não se constituiria como passado e um acontecimento traumático atual que o ressignificaria. Tratar-se-ia de uma teoria da causalidade que quebraria a causalidade linear e que mostraria a forma de funcionamento da memória do sujeito, apontando que o passado pode ser ressignificado o tempo inteiro. Esse tema retornará em nossas discussões.

O que mais nos interessa, neste momento, é um aspecto importante do trabalho de Ferenczi e que, inclusive, fez surgir uma marcante divergência entre ele e Freud, que é a sua *técnica ativa* – apontada como ameaça de desvio da teoria psicanalítica. A técnica ativa consiste em uma abordagem na qual o analista, por meio de injunções ou de proibições, incita o paciente a adotar uma atitude ativa, isto é, a fazer ou a renunciar a fazer alguma coisa, e seria empregada diante de pacientes que tenham estagnado com as associações, o que está geralmente relacionado a uma retirada da libido do trabalho analítico em benefício de fantasias e de satisfações inconscientes.

Aqui, aproveito para apontar para uma questão que me parece interessante: como o campo não só convoca a teoria, mas também provoca a teoria e os teóricos. Tanto a revisão de literatura feita por Ferenczi – onde ele aponta que os “não psicanalistas” se aproximam da teoria psicanalítica, apesar de não admitirem isso, diante dos seus achados no campo – como também o próprio percurso de Ferenczi me parecem apontar para algo que vai mexer com essa teoria, a partir das condições e (im)possibilidades que ele mesmo encontra no campo.

Outro autor que esteve nesse campo foi Karl Abraham, que, em sua participação na Conferência de Budapeste de 1918, pretende validar o inconsciente e o sexual na etiologia das neuroses traumáticas. Em sua fala, ele destaca como o trauma afeta a sexualidade de muitas pessoas, no sentido de que dá impulso a um movimento regressivo que tenderia ao narcisismo. No entanto, observa que o trauma tem o efeito mencionado apenas em alguns participantes da guerra. Sendo assim, não poderíamos dispensar a hipótese de uma predisposição individual. Abraham acrescenta que o histórico das pessoas e uma análise mais profunda nos permitiriam entender por que uma pessoa permanece substancialmente saudável mesmo sob efeitos físicos e psíquicos severos de guerra, enquanto outra reage com uma grave neurose a estímulos aversivos menores. Segundo ele, com frequência, os neuróticos de guerra já eram, antes do trauma, lábeis no que concerne à sua sexualidade (Abraham, 1919/2023).

Na guerra, esses homens são expostos a condições adversas e colocados diante de exigências extraordinárias. Devem estar prontos a todo momento para se doarem incondicionalmente ao interesse coletivo. Isso significa a renúncia a todos os privilégios narcisistas. Uma pessoa saudável é capaz de suportar uma repressão severa de seu narcisismo. Como essa pessoa ama segundo o tipo “transferencial”, ela é capaz de realizar o autossacrifício de seu Eu pelo coletivo. A esse respeito, aqueles que têm predisposição para a neurose ficam para trás em relação aos saudáveis. (Abraham, 1919/2023, p. 70).

Sobre as condições dos sujeitos no campo de batalha, Abraham (1919/2023) aponta ainda que é exigido deles que resistam em situações perigosas, ou seja, que tenham um desempenho

puramente passivo. Mas o autor destaca que se dá pouca atenção ao pedido de que o soldado esteja pronto para um desempenho agressivo e da sua prontidão para morrer e para matar.

Tais apontamentos feitos por Abraham (1919/2023) me fazem lembrar dos cursos e do treinamento nas polícias, que trazem afirmações como, por exemplo, “O militar é superior ao tempo/clima”. Além disso, a “Semana 0” dos cursos de formação das polícias civis e militares é geralmente marcada por desgaste físico e mental extremo por parte dos recrutas/concursados; mais ainda, lembro de trechos dos hinos das forças militares de Sergipe (Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar), como a seguir.

[...] Altivos com braços fortes / Combatendo sempre o mal / Somos bravos soldados de Sergipe / Paz e justiça é o nosso ideal / [...] / Orgulhosos e vigilantes / Lutemos noite e dia / Trocando se preciso nossas vidas / Por um Sergipe de paz e harmonia [...]. (Hino da PMSE).

... Se a tormenta ou o sinistro assomar / E o fogo à paz desfraldar / Sempre a postos estão os guerreiros / [...] / Vida alheia a riqueza a salvar / [...] / Em Sergipe forjados soldados / [...] / Atilados no labor de salvar / Se a vida esvai-me em pavor / E a missão fatigante nos for / Agueridos, heroicos, honrados / Seguiremos com afino e valor / Mão amiga Braço forte / Vida alheia a riqueza a salvar [...]. (Hino CBMSE).

A Conferência de Budapeste também trouxe a experiência de Simmel. Este fala do tratamento em massa de doentes e de como isso permite um estudo comparativo dos vários métodos ditos psicoterápicos; ele mesmo faz uma combinação de diferentes técnicas. Nesse sentido, as várias práticas terapêuticas (terapia holística, constelação familiar, “cura prânica”, programação neurolinguística, as ditas práticas integrativas complementares, também presentes no SUS e nos tribunais de Justiça do Brasil), além das diferentes correntes da psicologia que também são empregadas pelas psicólogas do CIRAIST, nos fizeram ter interesse também pelos seus registros.

Outro ponto que nos aproxima das discussões de Simmel são seus apontamentos sobre o funcionamento dos hospitais militares. Segundo ele, é compreensível que o funcionamento destes lugares – que requerem o tratamento simultâneo de muitos doentes e resultados rápidos de cura – dificilmente possibilite uma análise individual mais prolongada. Consequentemente, aponta que estava ciente, desde o início, da curta duração dos tratamentos. Curioso também o fato de que Simmel fazia algo que não era psicanálise propriamente dita, pois combinava hipnose catártica e analítica com conversas analíticas em estado de vigília, bem como interpretação dos sonhos. Segundo Simmel, isto permitiu desenvolver uma metodologia que, em média, resultava na liberação dos sintomas neuróticos da guerra em duas a três sessões. Assim, ele considera que este tratamento significava uma redução automática e eficaz dos

sintomas, decorrentes da incongruência da guerra e da prontidão psicológica do doente (Simmel, 1919/2023).

Simmel (1919/2023) também aborda a questão da sintomatologia e faz uma verificação, em campo, da perspectiva freudiana de histeria – segundo a qual os sintomas físicos representam conversões psíquicas. Ele aponta que as funções do inconsciente também seriam decisivas para a formação e construção das neuroses de guerra. Nas discussões sobre sintomatologia feitas por Simmel, aparece a questão dos significados inconscientes dos sintomas de guerra, os quais, segundo ele, não são de natureza sexual, mas neles estariam documentados todos os afetos de terror, angústia, raiva etc., ligados às vivências de guerra. Entretanto, o autor aponta que o fato de que, ao terem uma mesma vivência, um soldado permanece saudável enquanto outro adocece de neurose, pode estar ligado à constelação psicosexual da pessoa em questão.

Simmel (1919/2023) cita os esquecimentos, o sucumbir à pressão da disciplina, os acessos de raiva, os ataques de fúria e as crises convulsivas como alguns dos principais sintomas em seus pacientes no hospital militar. Em sua prática, aponta um número relativamente pequeno de psicoses de guerra em relação ao grande número de neuroses de guerra. Ele destaca que, a partir da hipnose, ele pôde observar como aqueles homens eram expostos a um grande assédio, inclusive tendo que voltar ao campo de batalha após serem feridos várias vezes, terem que se separar da família por um período de tempo imprevisível, serem expostos a tanques de guerra, ondas de gás inimigo, serem soterrados e feridos a golpes de granadas, ficarem ao lado dos corpos dilacerados de seus amigos, além de lidarem com superiores cruéis e injustos, dominados por seus próprios complexos, e ainda precisarem se manter calmos, em silêncio e submissos pelo fato de que eles próprios, como indivíduos, não valiam nada, sendo apenas um elemento não essencial da multidão.

Esse relato me fez refletir sobre como os agentes de segurança pública têm lidado com situações críticas no sentido de sua saúde. Em Sergipe, até o momento, não existe um trabalho de cuidado com o policial ou agente de segurança no retorno de uma ocorrência difícil ou com vítimas. Eles retornam ao trabalho como se nada tivesse acontecido. E precisam decidir sozinhos ou com sua rede de apoio, se houver, como lidar com as possíveis consequências disso. Ou seja, o Estado e as polícias não vêm se responsabilizando por esse cuidado com seus agentes de segurança pública, até o momento.

Salvo as devidas proporções, o policial em Sergipe traz, dentre os seus principais sintomas, a ansiedades (com as ditas crises). Mais ainda, uma questão recorrente nas forças policiais são as dificuldades nas relações interpessoais, que, muitas vezes, podem envolver os

mais diferentes tipos de assédio, especialmente aqueles vindos dos superiores hierárquicos e das escalas de trabalho extenuantes, com baixa remuneração, intercaladas com escalas extras (em busca de remuneração adicional), as quais diminuem inclusive a convivência familiar e os momentos de lazer. Dentre os fatos que também chamam a atenção nas demandas que aparecem no CIRAST, estão as questões relacionadas à insônia e utilização de substâncias como álcool e drogas (medicamentos) para dormir. Além disso, com a abertura dos convênios com clínicas particulares para o oferecimento de serviços de fisioterapia, nutrição e psiquiatria, para além da psicologia, se percebeu a grande procura pelo atendimento fisioterapêutico para dores físicas.

Simmel (1919/2023) destaca que a neurose de guerra do oficial (superior hierárquico) geralmente não apresenta sintomas tão graves quanto os do homem comum, devido à sua “mais elevada educação espiritual”. No entanto, segundo ele, logo estes também demandariam seus serviços “assim que nossos colegas não considerarem mais as neuroses de um ponto de vista moral e derem a seus camaradas do oficialato um diagnóstico de conveniência como a neurastenia” (Simmel, 1919/2023, p. 83). Nesse quesito, é interessante notar que apenas ultimamente profissionais em postos hierárquicos superiores têm procurado os serviços do CIRAST com maior frequência, embora o número ainda seja bastante reduzido.

Em seu relato de experiência clínica, Simmel (1919/2023) conta ainda que o soldado, sobrecarregado de material psíquico não descarregado seria forçado a atender elevadas demandas fora do normal, assim, um acidente ou um evento catastrófico faria com que sua personalidade represada colapsasse. Ele acrescenta que o deslizamento do psíquico para o físico significaria algo mais do que um processo de autoproteção do psiquismo. Para ele, a doença significaria, ao mesmo tempo, o início do processo de cura.

[...] A aplicação consistente da hipnose analítica tem provado repetidamente que os sintomas físicos lutam, com sua forma muda de expressão, para contar ao ser humano sobre os elementos perturbadores da personalidade que estão aprisionados e soterrados em seu inconsciente. Como a conexão entre o consciente e o inconsciente é quebrada por uma forte resistência, são necessários desvios através dos caminhos físicos externos para restabelecer a unidade harmoniosa da personalidade. (Simmel, 1919/2023, p. 83-84).

Chego ao final das minhas observações e espero ter provado que o método psicanalítico combinado já nos permite tratar os neuróticos de guerra de uma forma efetivamente médica. Aqueles médicos que conceberam um sistema de torturas para extorquir a rendição dos sintomas neuróticos do paciente – curas pela fome, salas escuras, bloqueio de cartas, dolorosas correntes elétricas de alta tensão etc. – reconhecem inconscientemente a visão básica de Freud na inversão de seu princípio. Eles tornam o tratamento um tormento para induzir o neurótico ao seu “refúgio para a saúde”. O psiquiatra com conhecimentos psicanalíticos não precisa acossar seus já perseguidos pacientes, que foram conduzidos à doença, rumo à direção oposta, a da saúde. E retira as correntes do inconsciente do neurótico, e assim é capaz de conduzi-lo para a saúde, como uma libertação. (Simmel, 1919/2023, p. 98).

O trabalho de Simmel (1919/2023) parece interessante para falar sobre sintomatologia (neuroses de guerra), sobre relato clínico e sobre o método analítico (ou não) e as necessidades de olhar para a técnica. Com ele, podemos fazer alguns paralelos com os relatos que aparecem no CIRAST, sempre ressaltando as devidas proporções, mas também pensando no papel no analista em contextos atípicos, especialmente em um local que reúne diversas práticas terapêuticas (para além da psicanálise e da psicologia) e para a observação das questões que possam envolver a técnica em um local de trabalho interdisciplinar, com tempo delimitado e pacientes que lidam com situações de violência.

Ernest Jones também comenta sua experiência clínica na guerra. Além de responder críticos da psicanálise, que afirmavam que a neurose de guerra mostrava que os pontos de vista de Freud eram insustentáveis, e que a tensão das condições de guerra em si já era suficiente para explicar o desenvolvimento de uma neurose, sem a introdução de qualquer outro fator, Jones observa que outros fatores devem estar envolvidos, tais como a predisposição anterior dos homens acometidos. A questão, naquele momento, seria determinar quais seriam estes fatores.

Jones (1919/2023) destaca a importância do “fator individual” na predisposição a reações neuróticas particulares, e aponta para a necessidade de análise cuidadosa dos vários fatores patogênicos em um número de casos suficiente antes de fazer generalizações sobre a forma como as numerosas influências separadas, tomadas em seu conjunto, podem operar como abalos de guerra. É sempre interessante notar como, mesmo passando por situações semelhantes, as pessoas podem desenvolver ou não alguma neurose específica.

[...] Pode-se dizer que a guerra é, de fato, uma ab-rogação oficial dos padrões civilizados. Em uma guerra, a virilidade de uma nação não só é permitida, mas também encorajada e compelida a deleitar-se com um comportamento de um tipo que é ao mesmo tempo abominável à mente civilizada, a cometer atos e testemunhar cenas que são profundamente revoltantes para nossa disposição estética e moral. Todos os tipos de impulsos anteriormente proibidos e enterrados, cruéis, sádicos, assassinos etc., são atizados para agir livremente. E os velhos conflitos intrapsíquicos, que, segundo Freud, são a causa de todos os distúrbios neuróticos, e por isso antes eram tratados por meio da “repressão” de um dos lados do conflito, agora são reforçados, e a pessoa obrigada a lidar com eles novamente sob circunstâncias totalmente diferentes. (Jones, 1919/2023, p. 104).

Jones (1919/2023) destaca como, sob determinadas condições, um homem precisará formular novas regras de conduta, adotar novas atitudes mentais e se acostumar à ideia de que as tendências que antes ele desaprovava com toda força de seu ideal do ego serão agora permitidas e louváveis. Segundo ele, esse é um processo em grande parte inconsciente. O autor

acrescenta que o processo de readaptação em relação à guerra tem duas facetas: uma extensa liberação de tendências ditas tabus e a aquisição de uma disciplina rigorosa e de um autocontrole em linhas muito diferentes daquelas requeridas em tempos de paz.

Mais do que a condição específica do soldado em guerra, geralmente grave física e psiquicamente, e em situação hospitalar, nos interessa aqui observar os processos que os sujeitos podem passar em situações-limite ligadas à violência. Além disso, nos interessa observar o que aparece nas discussões desses psicanalistas em *settings* atípicos e como isso impacta as discussões teóricas.

Esses relatos de experiência desses psicanalistas das primeiras gerações me parecem interessantes, tanto para pensar as queixas dos pacientes quanto para apontar caminhos e teorizações diversas encontradas pelos analistas, direcionando inclusive o tipo de escuta que era oferecida a tais pacientes.

A seguir, continuarei a falar sobre a inserção da psicanálise para além do *setting* terapêutico tradicional, entre o contexto de guerra e as diversas questões sociais e políticas advindas do século XX. Estes temas nos levam à seguinte questão: por que essa potência criativa e adaptativa da psicanálise diante da adversidade social não recebeu o devido destaque nas últimas décadas? Chegando ao ponto de alguns psicólogos, como os meus colegas no CIRAST, considerá-la uma prática antiga e ultrapassada; e mesmo os jovens estudantes de psicologia apontá-la como preconceituosa, dentre outros adjetivos nada lisonjeiros.

Sobre esse tema, Gabarron-Garcia (2023) aponta que toda história progressista da psicanálise foi sistematicamente negada e toda psicanálise politizada foi desacreditada. Alguns analistas tiveram que se deparar com pressão dentro das próprias instituições de psicanálise, cujos líderes propunham a escolha entre a psicanálise e a militância. Segundo o autor, o próprio Jones, com o apoio de Freud, foi um dos que, nos anos 1930, decidiu impor na clínica a regra de “abstinência política”, buscando uma dita neutralidade e a “salvação” da psicanálise diante daquele contexto sociopolítico. Tal mudança brusca de direcionamento leva ao afastamento de alguns psicanalistas mais engajados da primeira geração, como o próprio Reich²⁶, afrouxando

²⁶ Wilhelm Reich foi um psicanalista que, com apenas 22 anos, em 1920, tornou-se membro da Sociedade Psicanalítica de Viena e, em 1922, com a criação da policlínica de Viena, foi nomeado primeiro assistente, atuando com Hitschmann e Freud. Ele foi vice-diretor desta, de 1928 a 1930. Os pacientes de Reich eram geralmente muito pobres e não conseguiam fazer um trabalho analítico muito longo. Ele explorou a fundo a pista de Freud de que seria preciso se dedicar à análise das resistências; e formulou proposições teóricas sobre “o trabalho de análise do caráter”. Reich tem a peculiaridade de falar sobre os seus fracassos e tenta esclarecê-los nas discussões públicas. E se coloca não somente como teórico, mas como terapeuta preocupado com seus pacientes. Assim, relaciona teoria e terapia, como solicita Freud (Gabarron-Garcia, 2023).

a relação entre a psicanálise e as teorias sociais críticas e as experiências políticas de resistência e engajamento direto de transformação social concreta.

Entretanto, Gabarron-Garcia (2023) nos aponta alguns caminhos para compreender a grande fama de despolitização na psicanálise, desde a guinada do próprio Freud, entre seu texto *O futuro de uma ilusão* (1927) – onde justifica a revolta das massas contra a opressão exercida por uma minoria e denuncia a sina reservada às mulheres – e *O mal-estar na cultura* (1930) – onde sua crítica da ilusão já não se limitaria à religião, mas se estenderia ao comunismo. Mais ainda, a partir de então, Freud insistiria cada vez mais na ideia de “neutralidade” da psicanálise, assim, a psicanálise, como ciência, não deveria tomar partido político. “A psicanálise pode ser expandida (tirada do âmbito do divã e do tratamento), mas somente em conformidade com sua lógica própria, e não a partir de considerações partidárias” (Gabarron-Garcia, 2023, p. 94). O momento crítico entreguerras gera, portanto, uma crise da psicanálise, que exigiria que se repensasse a articulação psicanálise/política e abriria uma bifurcação dentro da disciplina.

É curioso como a psicanálise vista em algumas universidades – e, mais ainda, nas escolas – não favorece a descoberta de trabalhos como, por exemplo, os de Marie Langer²⁷, na Espanha, Argentina e Nicarágua; de Oury e Guattari, na Clínica La Borde²⁸; do próprio Reich (embora este até apareça um pouco mais); dentre outros. Analistas com forte envolvimento social e político e que experimentaram a psicanálise em espaços totalmente atípicos, inclusive, alguns deles começando a pensar uma “psicoterapia institucional” e chegando a novos princípios.

²⁷ Marie Langer concluiu seus estudos em medicina no ano de 1935, em Viena. Naquela década, ela já havia se envolvido com a psicanálise, o feminismo e o comunismo. Sendo judia e mulher, a Europa daquela década não lhe era muito favorável. Somado a isso, Marie Langer, assim como seus demais colegas, foi pressionada, pelos analistas vienenses da geração anterior, a fazer uma escolha entre psicanálise e militância. Por exemplo, naquele momento, os analistas da Sociedade Psicanalítica de Viena estavam impedidos de iniciar ou continuar o tratamento de pacientes engajados politicamente. “Langer destaca o “conflito ideológico”, mas também “ético”, decorrente do questionamento das regras do tratamento”. Segundo ela, “Para salvar a psicanálise, esses mesmos valores eram atacados em sua essência” (Gabarron-Garcia, 2023, p 123). Ela junta-se às Brigadas Internacionais na Espanha, durante o verão de 1936. Onde encontra um ambiente internacionalista que marcaria seus passos desde então. Em 1938, quando a Áustria é anexada à Alemanha, vê a possibilidade de retorno como inviável, então se exila, primeiro no Uruguai e depois na Argentina, onde encontra asilo junto com sua família. Na Argentina, participa da criação da Associação Psicanalítica da Argentina, em 1942, aliada à IPA de Jones, o que lhe custará o silenciamento de sua militância. Mulher, emigrada, mãe de quatro crianças, ela tem que “se calar”, para sobreviver. Mas, anos depois, ao encontrar estabilidade social, passa pouco a pouco a resgatar sua combatividade. Em 1974, após denunciar as atividades de Amílcar Lobo Moreira, analista brasileiro que participou de torturas durante a ditadura cívico-militar brasileira, voltou a precisar se exilar. Langer, da Nicarágua a Cuba, continuou seu engajamento clínico-político revolucionário até o fim de sua vida (Gabarron-Garcia, 2023).

²⁸ Herdeiros do catalão Tosquelles (1912-1994, formado por Sándor Eiminder, por sua vez, aluno de Ferenczi), médico para quem a ação terapêutica não se trata apenas de fazer terapia no meio em que estão os pacientes, mas de participar ativamente de uma ferrenha interrogação desse meio, questionando inclusive a segregação sofrida por esses pacientes. Na França, Jean Oury (1924-2014) e Félix Guattari (1930-1992) realizaram seu trabalho clínico na clínica de La Borde, trazendo a “psicoterapia institucional”, assim como seu princípio fundador, segundo o qual “antes de pretender tratar o paciente, convém tratar a instituição”. Para eles, a terapia não era apenas individual, era também institucional (Gabarron-Garcia, 2023).

As ideias e experiências desses psicanalistas contribuem para as próximas discussões deste trabalho, visto que, no CIRAST, para além do trabalho clínico, as situações institucionais e grupais convocam a todo momento os integrantes da equipe. Enquanto psicanalista, este espaço peculiar provoca a reflexão sobre esses temas a todo momento. Nesse sentido, de forma introdutória, a seguir, discutiremos as experiências institucionais da psicanálise, não apenas no Brasil, mas especialmente aqui, no serviço público, onde podemos encontrar muito da contribuição da psicanálise na construção das dinâmicas desses espaços.

1.1 A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES

Com exceção de Freud, desde cedo, na história da psicanálise, alguns psicanalistas se viram confrontados no terreno das instituições, seja de tratamento, de reeducação, de correção, de formação, dentre outras. O próprio Freud sustentou tanto a necessidade quanto o seu interesse nessa prática. Assim, apontou caminhos e falou também dos riscos e dificuldades para tal, desde a Conferência de Budapeste (1918), como vimos. Entretanto, segundo Kaes (1991), tal prática foi inicialmente pouco teorizada, talvez por ter sido desacreditada como “psicanálise aplicada”.

Sobre a psicanálise aplicada, Enriquez (2005) aponta que a psicanálise não seria unicamente um procedimento terapêutico. Ela teria se tornado uma ciência do psiquismo e dos processos inconscientes que se desenrolam não apenas no indivíduo isolado, mas também nos grupos, nas instituições, nas produções do espírito. Entretanto, este autor afirma que a “psicanálise aplicada” fora do tratamento suscita apreensões e rejeição. Ele relembra a afirmação de Lacan que diz que a psicanálise não se aplica, senão como tratamento e, portanto, a um sujeito que fala e outro que escuta (Enriquez, 2005). Mas, apesar dessas reservas, a psicanálise teria anexado novos campos do saber.

Segundo Enriquez (2005), Freud tinha manifestado bem cedo seu interesse pela junção das disciplinas psicológicas e sociais. Entretanto, esta tensão levou psicanalistas e sociólogos a desconfiarem da psicanálise aplicada e a distinguirem, na obra freudiana, uma parte científica (sua obra de desbravador e de decifrador da *psique*) de uma obra puramente especulativa, afastando-se de seu domínio, renunciando aos princípios metodológicos e abandonando-se a um discurso geral sobre o laço social, a civilização, a horda, a massa etc. Embora Enriquez (2005) reconheça a validade de algumas das críticas recebidas por Freud, afirma que algumas razões impedem que aceitemos todas elas, a saber: a psicanálise não seria apenas uma ciência da *psique* do indivíduo isolado, mas também concerniria diretamente o social. Em outras

palavras, a psicanálise tem por objetivo compreender como se forja o laço social e permitir aos sujeitos existirem da maneira mais autônoma possível no conjunto social com o qual assinam (consciente ou inconscientemente) um contrato narcísico; o método da escrita das obras sociológicas de Freud seria coerente com a *démarche* (esforço, diligência) adotada no tratamento. Ou seja, Freud não argumentaria, ele faria descobrir.

Sobre a dificuldade comum evidenciada no trabalho do analista na instituição, Kaes (1991) aponta para a questão de como evidenciar ou especificar qual o papel desempenhado pelo inconsciente e pelo seu sujeito nas instituições. Para ele, a instituição constitui um quadro possível para um trabalho de inspiração psicanalítica, mas este, como o próprio Freud havia predito, não seria sem que alguns problemas surgissem, como o das modalidades específicas da organização da contratransferência e da transferência – e, portanto, das resistências – em determinado espaço psicanalítico contido em um campo heterogêneo. Assim, a psicanálise costuma ser um “objeto heterogêneo” em relação a esse campo, além disso, obedecendo a leis próprias.

[...] Hoje ainda, e mais do que nunca, psicanalistas trabalham, de maneira permanente ou parcial, em instituições onde tratam, ensinam, dirigem, clinicam; fundam instituições e nelas exercem funções hierárquicas, políticas, econômicas, terapêuticas, por vezes todas juntas. Pode acontecer de trabalharem com outros psicanalistas, reunidos na e pela tarefa inscrita na instituição [...] são psicanalistas de/na instituição, ou são chamados a “intervir” na instituição para efetuar, com alguns dos seus membros, um trabalho sobre a realidade psíquica compartilhada, comum e singular que aí está em sofrimento. (Kaes, 1991, p. 15).

Abordando a questão do inconsciente que se manifesta na instituição e no discurso que aí se produz e se escuta, Kaes também fala sobre o pedido que se exprime e sobre o seu objeto. Ele nos faz refletir sobre o que chama de “rede de subjetividades e de sentidos pré-constituídos e anônimos da qual nos percebemos beneficiários e integrantes” (Kaes, 1991).

Kaes (1991) fala ainda sobre um aparelho psíquico grupal (ou de agrupamento) que, segundo ele, permitiria pensar sobre o agenciamento específico da realidade psíquica na relação do indivíduo com o conjunto intersubjetivo no qual toma parte e ao qual dá consistência. Assim, ele aponta para dois níveis lógicos que a análise deveria levar em consideração (e que ela deveria explicar), que surgiriam a partir desse aparelho. Tais níveis seriam o da realidade psíquica do indivíduo e aquele da realidade psíquica emergente como efeito de agrupamento.

O que chamo de aparelho psíquico do agrupamento, alianças inconscientes e cadeia associativa grupal são construções destinadas a explicar essa organização específica das formações e dos processos psíquicos inconscientes mobilizados na produção do vínculo e do sentido. Poder-se-á pôr a prova a validade dessa hipótese a respeito

daquilo que, nas instituições, funciona como o organizador psíquico inconsciente, como sintoma partilhado ou como significante comum. (Kaes, 1991, p. 11).

Por outro caminho, Saidón (2008) relata a história de alguns psicanalistas latino-americanos que, alimentados pela leitura de Deleuze, Guattari, Foucault, Castel e Basaglia, dirigem uma crítica em relação à psicanálise e ao modo como ela se articulava com as urgências políticas da época. Estes passaram a perceber que as relações entre marxismo e psicanálise não davam conta da diversidade de movimentos sociais e dos desafios clínicos que a época demandava. Assim, outros modos de aproximação clínica passaram a despertar o interesse desse grupo.

Nesse sentido, nos idos dos anos 1980, a corrente esquizoanalítica²⁹ vai ganhando corpo. Essa corrente passou a atuar nos mais diversos grupos no campo da saúde mental, da psicanálise e da análise institucional. Nas discussões, prevaleciam as temáticas dos novos modos de fazer política, tanto no nível micropolítico como na saúde mental e nos movimentos sociais emergentes. O movimento institucionalista ou de análise institucional se desenvolveu com repercussão diversa, tanto nas organizações sociais como na vida acadêmica. E se expandiu no Brasil, México e Argentina (Saidón, 2008).

Tal movimento se propôs a oferecer uma outra forma de escuta, em resposta ao “pedido dos pacientes” e ao trabalho psicanalítico que seguia sendo praticado de forma ortodoxa. Mas, sobre a diferença entre estes e a psicanálise, Saidón (2008) coloca:

Talvez em nós, mais do que nos próprios métodos e dispositivos que usamos. Em um diferente modo de caracterizar a problemática que escutamos, na aquisição de novos instrumentos teóricos para escapar da compulsão moralizante que, às vezes, comporta o processo terapêutico, maior tolerância com a diferença e, ao mesmo tempo, estar mais equipados para abordá-la. Definitivamente, participar do campo experimental que implica a inauguração de qualquer situação clínica com a liberdade que concede uma conceituação sobre o inconsciente que está sendo elaborada e pensada, de um modo ou de outro, ao longo de toda a história do pensamento, dos pré-socráticos até nossos dias. (Saidón, 2008, p. 37).

Este nos convoca a pensar a partir do nosso campo e abordar as questões que se apresentam nos discursos dos pacientes de forma tolerante e genuína.

²⁹ As ideias esquizoanalíticas contribuíram para que a psicanálise reavaliasse o lugar da sexualidade como fator nos processos de cura e permitiram repensar o dispositivo e o processo analítico a partir de ideias como as de devir (Saidón, 2008).

1.1.1 Um parêntese para a intervenção institucional

Saidón (2008) aponta que o trabalho nas e com as instituições nos leva uma série de desafios que conduzem a um trabalho transdisciplinar. Para ele, não se trataria de uma tentativa eclética de harmonizar diferentes pensamentos e saberes já reconhecidos. Na verdade, esse trabalho faria uso de terapias e técnicas parciais, mas não com relação a uma totalidade que, na realidade, não estaria em nenhuma parte, mas, sim, a estratégias de passagem dentro dos saberes instituídos e diagramados. E acrescenta que fazer análise institucional seria questionar o lugar, o espaço do especialista, e atravessá-lo por outras práticas que a especialização e as disciplinas tentam recortar ou deixar fora de seu campo. A transdisciplinaridade não funcionaria senão operando onde existisse um excesso de especialização ou um regionalismo epistemológico que tentaria impor o seu lugar.

Saidón (2008) se refere também às diferentes concepções de espaço para uma análise institucional. Segundo o autor, o espaço institucional, por um lado, foi relacionado à ideia de estabelecimento como o lugar que organiza as diferentes ações e intercâmbios dos membros de uma instituição. Já a corrente socioanalítica fala da importância de captar o sentido das forças instituintes, segundo a qual a instituição não se define mais como um lugar, mas como uma relação entre o instituinte e o instituído, dando lugar à instituição como um espaço inacabado e em gestação permanente.

A instituição é captada como um espaço contraditório, atravessado por forças que escapam aos limites que lhes fixa a parte física do estabelecimento. Assim, não poderemos investigar o fazer institucional senão em suas relações com outras instituições. Começa a se definir uma física do espaço constituída por linhas de força que se exercem em um sentido centrífugo ou centrípeto à instituição. (Saidón, 2009, p. 126-127).

Ao refletir sobre demanda institucional, Saidón (2009) aponta que esta deve definir nosso campo de trabalho, e que devemos precisar a constituição de um campo de análise, por um lado, e do campo possível de intervenção, por outro. Segundo ele, a proposta de análise institucional deve estender o campo de intervenção o mais próximo possível do campo de análise. Assim, entenderíamos a liberação da palavra na instituição. O autor acrescenta que a análise institucional realizaria seu trabalho por intermédio dos analisadores e não somente dos analistas ou especialistas. Os analisadores construídos ou espontâneos seriam acontecimentos, situações, crises, que produziriam espaços contraditórios e transversalizados (a partir da avaliação

permanente), nos quais os grupos iriam realizando o diagnóstico de situação e sua prática de intervenção em um mesmo ato (Saidón, 2009, p. 127).

Nesse contexto, Saidón (2009) reforça que a instituição deve deixar de ser considerada como um receptáculo vazio das forças sociais para poder observar a si mesma em sua permanente atividade, produtora constante de novos agenciamentos que transformam efetivamente relações e práticas no espaço social. Para ele, a instituição não deve ser considerada um receptáculo normativo, onde se desenvolvem os grupos e as técnicas que obriguem as formas instituintes a afirmar sua palavra e sua ação.

Segundo Saidón (2009), analisar é recuperar um espaço, desterritorializá-lo, conjurar os efeitos de sobrecodificação ou rotulação, possibilitando, assim, a criatividade ou o surgimento de outros efeitos de sentido.

A relação entre o instituinte e instituído, de uma perspectiva dialética, acaba anulando muitas vezes a possibilidade de fazer falar o poder. Isso porque, às vezes, as relações contraditórias são o próprio modo pelo qual o poder se oculta para realizar seu projeto de gerenciar a vida. Assim, o chamado “método de avançar pelas contradições” já é uma das possíveis estratégias das quais o mesmo poder dispõe. (Saidón, 2009, p. 132).

O instituinte não deve ser pensado como um determinante ou uma força da qual resulta um instituído. O instituinte, ele mesmo, é permanentemente diagramado como uma relação de forças que comportam, face a face, tanto o seu poder com suas singularidades como as singularidades de resistências de produção de novos sentidos. (Saidón, 2009, p. 132).

Saidón (2009) nos aponta como o trabalho clínico nas instituições e nos grupos, em sua relação com a psicanálise, encontra seu alimento e seus limites. O autor questiona quais espaços (*settings*, analisadores etc.) seriam capazes de suscitar diferentes esquemas que sustentam nossa prática clínica de formação e investigação. Assim, o nosso desafio na América Latina seria, segundo o autor, pensar o processo de institucionalização e contra-institucionalização, e em como escapar de um estatuto burocrático totalizador sem se fragilizar ou se destruir. Interessamos a questão: quais as implicações desse trabalho para todos os envolvidos?

Segundo Saidón (2009), quando se fala em clínica institucional, existe um binarismo entre um psico-sociologismo e uma espécie de psicanálise aplicada à instituição. Para ele, uma clínica nas e das instituições traçaria uma linha onde a multiplicidade dos acontecimentos que se debatem nos campos grupal e institucional poderia ser intensificada, em vez de cair em uma totalização a serviço de uma ilusória teoria geral.

Enquanto isso, a análise institucional, em seu percurso, definiria quais resistências e quais dificuldades as instituições encontram ao longo da história para dar a palavra a todos os setores

que as constituiriam, e permitiriam uma ação possível de todos aqueles que estariam implicados nelas.

Ao longo de sua trajetória, a psicanálise produziu distintos modos de pensar e se posicionar diante da instituição. Como observamos nestes breves percursos históricos, desde suas origens o discurso psicanalítico influenciou práticas institucionais que, embora tenham gradualmente se afastado de sua nomenclatura, conservaram traços de sua matriz conceitual. Outras formas de atuação institucional, por sua vez, optaram por preservar e renovar o diálogo com a psicanálise, mantendo seus fundamentos clínicos e epistemológicos.

Assim, a relação entre psicanálise e instituição configura-se como um campo heterogêneo, atravessado por tensões, deslocamentos e rupturas. Este resgate tem por objetivo delinear essas ramificações e evidenciar os efeitos recíprocos entre o campo psicanalítico e as práticas institucionais nas últimas décadas — com especial atenção ao contexto brasileiro, no qual se inscrevem as discussões que seguem.

1.1.2 O percurso da psicanálise na instituição nos nossos tempos

Rosa (2004) indaga sobre o que convoca a psicanálise à tarefa de debater questões concernentes às instituições. Para a autora, tal convocação decorre do movimento de migração dos psicanalistas para os espaços institucionais, nos quais buscam inscrever sua posição e preservar certas condições de escuta e intervenção. No entanto, ela adverte que, por vezes, essa inserção se dá por meio da simples transposição de práticas oriundas do consultório, sem a devida consideração das especificidades do contexto institucional. Em cada situação — seja em instituições voltadas ao tratamento, à saúde mental, à educação, ao sistema jurídico, entre outras — torna-se necessário fundamentar conceitualmente e debater criticamente os processos, as concepções e as políticas que as organizam, bem como refletir sobre o modo singular de inserção da psicanálise nesses espaços.

A partir dessa perspectiva, Rosa (2004) questiona se projetos de prevenção em saúde, por exemplo, poderiam ser concebidos sob a ótica da psicanálise para além dos limites do *setting* clínico tradicional. Para a autora, o pano de fundo dessa provocação reside na inadequação da simples transposição de um modelo clínico para contextos institucionais ou para problemáticas próprias à subjetividade contemporânea. Tais situações evidenciarão, segundo ela, os limites do modelo de tratamento psicanalítico tal como tradicionalmente praticado, suscitando a necessidade de pensar novas formas de intervenção. Rosa distingue, assim, os limites do modelo clínico do consultório dos limites da psicanálise enquanto teoria, método, prática e ética na

condução dessas questões. A explicitação conceitual e metodológica, especialmente no que se refere à dimensão dos discursos, seria um recurso fundamental para sustentar a articulação entre teoria e clínica nos contextos institucionais.

Rosa (2004) destaca o papel da contratransferência, enquanto efeito legítimo da transferência, e o da implicação, que vem caracterizar a posição do psicanalista nos discursos, incluindo, nessa implicação, a análise da instituição. Assim, ao analista implicado na dimensão discursiva, consideraríamos a possibilidade de se exercer uma prática psicanalítica junto ao sujeito contemporâneo e às instituições que o atravessam.

Segundo Rosa (2004), a prática psicanalítica, balizada por princípios teóricos, metodológicos, éticos e políticos, poderia, portanto, contribuir de pelo menos três formas na instituição: com a escuta psicanalítica dos pacientes, levando em conta a especificidade da situação; como um analisador externo à instituição no modelo do mais um; e como um dos membros da equipe formuladora e instauradora do processo institucional.

As condições de trabalho do psicanalista nas instituições exigem a sustentação de uma posição ética que implique manter vivo o desejo do analista e preservar sua potência de ruptura frente aos discursos dominantes — sejam eles os da ciência, da classe ou da própria instituição. Trata-se de uma operação delicada, que requer evitar a armadilha de instaurar o discurso psicanalítico como um novo regime hegemônico, desprezando a pluralidade discursiva que atravessa o campo institucional. A psicanálise, como destaca Rosa (2004), se institui — ou não — em sua práxis, na medida em que aponta para possibilidades de ruptura com o instituído e de criação de novos modos de intervenção e escuta.

A prática psicanalítica seria uma elucidação dos modos de captura do sujeito nas malhas institucionais, elucidação que por si mesma abala essa condição, dada a função do desconhecimento na formação e manutenção do sintoma e de seu gozo. Assim, os lugares apontados para o psicanalista são diferenciados entre si, mas têm em comum as condições política e metodológica do trabalho psicanalítico.

[...] seja em que âmbito for, sustenta-se na possibilidade de tomar o discurso do mestre pelo avesso, ou seja, em uma vertente não totalitária ou fundamentalista, que torna homogêneos os modos de gozo. E uma posição: permitir uma transferência de trabalho que focalize os projetos, e que o pulsar dos sujeitos envolvidos não seja ameaça de destruição, mas a sinalização de uma nova direção. Nesse sentido, ocupar esses lugares será entendido como modo de sustentação do desejo e promoção de um atravessamento que rompa algo do simbólico e do imaginário e toque o real do sujeito e do Outro, promovendo separações que possibilitam construir uma história institucional com seus avanços e fracassos. É este o incerto (composto de inserção e não-certo, não total) lugar do psicanalista na instituição: estar atento ao ato analítico em seu caráter ético e político. (Rosa, 2004).

1.1.3 Algumas experiências de psicanalistas nas instituições e suas impressões

Moretto (2019) articula essa discussão em três eixos principais: psicanálise, saúde e instituição. Para a autora, o que justificaria a presença de um psicanalista na instituição de saúde, por exemplo, seria o sofrimento. Ela indica que a psicanálise pode contribuir em especial em três vertentes: a clínica, a institucional e a da formação profissional. Destaca ainda que, independentemente do contexto em que a clínica psicanalítica aconteça, ela não seria o lugar da aplicação de um saber teórico, mas, sim, o lugar de sua produção.

[...] hoje, como quis Freud (1919a/1974) um dia, a presença do psicanalista nas instituições de saúde é uma realidade estabelecida que pode ser constatada pelos efeitos do trabalho consolidado de psicanalistas nas instituições de saúde, pelo alcance das pesquisas desenvolvidas e pela vasta produção acadêmica-científica, que apresenta importantes contribuições da Psicanálise à área da saúde [...] Neste ponto vale a pena destacar o fato de essa vasta produção resultar da forte presença de psicanalistas trabalhando com postura investigativa na linha de frente do trabalho interdisciplinar em diferentes instituições do Sistema de Saúde e na Universidade, o que indica não somente a influência do pensamento psicanalítico na formação dos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde, como também indica, sobretudo, que a presença do analista enquanto membro das equipes interdisciplinares amplia, tanto do ponto de vista epistemológico quanto metodológico, as possibilidades de abordagem do mal-estar no referido campo. (Moretto, 2019, p. 17-18).

A articulação entre clínica e teoria, com primazia da primeira e constante interrogação da segunda, constitui um dos pontos centrais na perspectiva de Moretto (2019). É a partir da experiência clínica situada na instituição que se constrói uma teoria da prática, e cabe ao analista a responsabilidade de transmitir o saber ali produzido. Tal transmissão não se dá sem efeitos: implica transformações tanto para a instituição quanto para a própria psicanálise. Nesse sentido, a sustentação do discurso analítico no campo da saúde institucional depende, antes de tudo, da posição ética e do trabalho de cada psicanalista, mais do que de uma garantia intrínseca da psicanálise enquanto campo teórico.

Para pensar em psicanálise no hospital, por exemplo, Moretto (2019) defende que foi preciso retirá-la do âmbito das regras e situá-la no campo da ética, uma vez que o que define o caráter analítico de uma prática não seria o lugar onde se realizaria, e, sim, o lugar de onde o operador da psicanálise faria o ato. Aqui, podemos supor que a autora se refere a dois tipos de lugares: o físico, de um lado, e o simbólico, de outro.

A autora destaca ainda a importância da articulação simultânea entre a vertente clínica e institucional.

[...] o lugar do psicanalista na equipe é uma construção que exige dele trabalho, dado que é a forma pela qual um psicanalista responde (ou não) às demandas que a ele são dirigidas é o que possibilita ou não a construção desse lugar e sustentação de sua atuação clínica na instituição. (Moretto, 2019, p. 22).

Outro ponto interessante trazido por Moretto (2019) é que, para Freud, teríamos o direito de chamar psicanálise todo trabalho que toma como fundamentos os conceitos de inconsciente, transferência e resistência. Assim, o que confere o caráter psicanalítico a um trabalho é, antes, a referência aos seus operadores fundamentais, pois seriam estes que, garantindo sua especificidade, seus limites e seus alcances, orientariam o trabalho dos psicanalistas, onde quer que se desenvolva.

A psicanálise, segundo Moretto (2019a), teria influenciado tanto no desenvolvimento de estratégias que apostam na construção de relações cujos valores norteadores são o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva na gestão e nos processos de promoção de saúde quanto na ideia de que o usuário do serviço de saúde pública é um sujeito ativo, convidando-o a ser a parte principal na construção de seu próprio projeto terapêutico, nos casos em que seja necessário se tratar.

Cazanatto, Martta e Bisol (2016) contribuem com a discussão sobre a presença da psicanálise em locais diferentes do *setting* tradicional, tais como no serviço público e nas instituições (no caso deles, as instituições infanto-juvenis). Com base em Lacan, falam como as instituições estão sujeitas às leis de funcionamento da linguagem, e acrescentam que seria possível operar lendo os discursos da instituição da mesma maneira como se lê o discurso de um sujeito em tratamento.

Na prática psicanalítica, é a partir de estudos singulares que se pode compreender e ampliar as questões da clínica, seja realizada no *setting* do consultório tradicional ou em uma instituição. No caso da instituição, uma das contribuições é a ideia de que não devemos recuar frente ao caos com o qual muitas vezes nos deparamos.

Os espaços para o trabalho nem sempre estão prontos e quem demanda a intervenção geralmente não tem clareza daquilo que está pedindo, sendo necessário escutar os discursos que circulam nas instituições e a partir disso construir um espaço para que esse trabalho aconteça. Nesse sentido, ao propor a ideia da construção de espaços, como sendo uma das possibilidades de trabalho a partir da escuta clínica psicanalítica em instituições, trata-se da construção de espaços físicos, reconhecendo a importância destes para a instituição em questão, mas principalmente da construção de espaços psíquicos para os sujeitos. (Cazanatto; Martta; Bisol, 2016, p. 494).

Sobre o lugar do analista e seu olhar de dentro e fora da instituição, esses autores fazem os seguintes apontamentos:

[...] levanta-se a importância dos espaços de supervisão e de análise pessoal, pois, se no tratamento tradicional existe um *setting* que protege o profissional ao mesmo tempo em que protege o paciente, no trabalho institucional, muitas vezes, o trabalho se constrói pela posição que se ocupa na instituição, ou seja, pelo lugar transferencial. Nesse sentido, um aspecto a ser analisado, nesta produção, é o lugar de onde se fala: de dentro da instituição. Sabe-se de todas as implicações deste lugar, já que, mesmo buscando algum distanciamento pela via da supervisão, da análise pessoal e até mesmo desta produção, não há como isentar a escrita e as escolhas que se faz, de estarem atravessadas tanto pelas questões institucionais quanto pelas questões de ordem pessoal/narcísica. (Cazanatto; Martta; Bisol, 2016, p. 494-495).

Onocko-Campos *et al.* (2014) também falam sobre essa questão e apontam para a ética que caracteriza a psicanálise, destacando que assumir que pacientes e trabalhadores de saúde atuam movidos por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não têm de todo o controle, mudaria nossa forma de abordar as equipes de saúde e as relações que ali se desenvolvem. Ou seja, o reconhecimento da dimensão inconsciente alteraria nossas análises.

Para a psicanálise, estamos sempre desconhecendo uma parte de nós mesmos e nosso inconsciente irrompe quando menos esperamos. Essa característica de nossa condição humana também nos marcaria em nossa condição de trabalhadores, sendo central no caso dos trabalhadores de saúde (Onocko-Campos, 2014).

Essas experiências e discussões ilustram aspectos destacados por psicanalistas que atuam em diferentes instituições, evidenciando as questões que têm convocado os analistas a refletirem sobre suas práticas em diálogo com a teoria psicanalítica e o campo de trabalho. Os pontos abordados até aqui, bem como aqueles que serão explorados adiante nesta revisão, são fundamentais para as discussões subseqüentes.

A seguir, abordaremos a presença da psicanálise em espaços públicos no Brasil, com destaque para a influência do pensamento freudiano nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para o reconhecimento do valor do resgate da subjetividade no campo da saúde e para a importância da sustentação das diferenças discursivas entre as diversas áreas que compõem o trabalho interdisciplinar.

1.2 A PSICANÁLISE NO SERVIÇO PÚBLICO NO BRASIL

Uma das questões que impulsionaram o início deste trabalho foi a da presença da psicanálise fora dos consultórios particulares. Apesar das limitações de alcance, vimos que a psicanálise, de fato, não ficou apenas nos consultórios particulares, inclusive no Brasil. A

ocupação desses outros espaços, tais como nos serviços públicos, ocorreu de forma “indireta” através, inicialmente, de psiquiatras/psicanalistas e, a seguir, de psicólogos/psicanalistas, especialmente. Mas, não sem deixar marcas nestes profissionais e locais e, conseqüentemente, na teoria psicanalítica.

A noção de saúde mental no Brasil advém de um amplo processo de reformulação das políticas psiquiátricas e da consolidação de projetos da reforma psiquiátrica. Além disso, a promoção de saúde se mantém, até os dias de hoje, como o novo espaço de assistência aos pacientes em sofrimento psíquico. Os psicanalistas e psicólogos nunca estiveram fora disso e, em alguns momentos, estiveram até no centro das discussões. Portanto, não seria novidade para esses profissionais tal convívio institucional, ainda que, nos momentos iniciais desse processo, a psicanálise fosse mais restrita aos psiquiatras e de difícil acesso aos demais profissionais, diferentemente do contexto atual.

[...] O profissional ‘psi’ redireciona seu trabalho para a rede pública de saúde mental, para o ambulatório que deve ser renovado com atendimentos coletivizados como a recepção; para o trabalho com egressos de internação – incluindo o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos; para a atenção a usuários com abuso de drogas; para os novos dispositivos de atenção psicossocial, e, hoje cada vez mais, para o trabalho de construção da rede de atenção psicossocial que se impõe. Portanto, deve exercer a sua prática em conjunto com outros profissionais, seja no próprio atendimento ou nas discussões em equipe. Nesse sentido, deve tornar mais ‘público’ o seu trabalho e dar maior visibilidade ao que faz, prestando contas de sua clínica. (Figueiredo, 2010, p. 12).

Já nos anos 2010, Figueiredo aponta para a existência de três tempos para a clínica, cada um correspondendo a uma ferida narcísica para o analista: o tempo dos ambulatórios nos anos 1980; o tempo dos novos serviços, que amplia a concepção de ambulatório e instaura a proposta psicossocial, nos anos 1990; e a importância crescente do trabalho em “redes”, como condição para o avanço das conquistas anteriores e reafirmação do modelo.

O primeiro é correlato às mudanças nas relações de trabalho, se trata de desprivatizar o consultório e tornar a clínica mais partilhável, e, ainda, de o analista passar a se submeter ao assalariamento, que é a forma de remuneração própria dos profissionais de saúde, concursados ou não.

[...] A conseqüente perda de gozo é a perda do controle sobre o dinheiro. Nesse ponto não são poucos os psicanalistas que consideram inviabilizado um processo de análise no sentido estrito do pagamento ao analista. É preciso ir além desse obstáculo para fazer valer o trabalho do psicanalista, que não se confunde com filantropia, e localizar a cada caso o modo como cada um paga para levar adiante seu tratamento. Assim, pode ser desde uma perda concreta de tempo e dinheiro, até a perda de gozo do sintoma inicial que se desestabiliza no processo e se submete à regra fundamental do

trabalho analítico: da ‘paixão da ignorância’ – não querer saber de nada sobre seu sintoma, ou um querer saber dissociado de sua verdade – ao ‘desejo de saber’ como efeito da análise, um saber que toca a verdade, mas não tem como dizer tudo. Cabe ao analista não recuar diante deste desafio. (Figueiredo, 2010, p. 13-14).

No segundo tempo ou segunda ferida, para Figueiredo (2010), a questão seria não trabalhar sozinho. Esta refere-se ao trabalho nos CAPS, a “transferência de trabalho” e a construção do “caso” em equipe. Assim, se somariam o espaço de convivência e o espaço de consulta, sob a forma de atendimentos coletivos ou em pequenos grupos (também adotados nos ambulatorios, mais priorizados na proposta dos CAPS), como, por exemplo, oficinas, trabalho e lazer assistidos com projetos de inclusão social. Segundo a autora, ocorre aí a perda do gozo, através da perda do controle sobre o caso – perda de saber-poder. E acrescenta que isso não quer dizer que tenhamos de fato um domínio sobre o trabalho, pois um dos maiores problemas em todos os serviços seria justamente o acompanhamento, a sequência e continuidade do tratamento.

O terceiro tempo ou terceira ferida narcísica seria a perda do controle sobre as ações de outros “saberes” que intervêm, com sua autoridade, com o trabalho em rede ou intersetorial, na proposta da atenção psicossocial – a circulação do “caso”. Para Figueiredo (2010), isso inclui a abertura para outros serviços e espaços referidos a setores além da saúde, ou seja, o chamado intersetorial como a educação, a assistência social, o direito civil e jurídico, a cultura e o lazer, além da inclusão das ações profiláticas e preventivas etc.

Segundo Figueiredo (2010), a contribuição possível e importante a partir da orientação psicanalítica se daria na ampliação do espaço da “construção do caso”, agora promovendo a “circulação do caso” como meio permanente de sua construção. Isso envolveria mais atores sociais, profissionais de diferentes origens e setores, e a tarefa se tornaria mais complexa. Para promover essa circulação do caso, seria preciso acompanhar o itinerário do sujeito, de cada usuário nos diferentes serviços e espaço, para tecer a própria rede ao tecer o caso. Assim, a autora oferece uma proposta de como tecer a rede. Para ela, não teria como controlar e prever cada movimento do usuário ou paciente, nem como garantir um bom desfecho das ações propostas; teríamos que insistir em continuar trabalhando sobre os efeitos de nossas ações para ratificar nossas condutas. E, por fim, não poderíamos desistir de seguir o “estilo” do sujeito, suas produções sintomáticas e as consequências de suas escolhas forçadas. Segundo a autora, o caso seria sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito, o qual, por sua vez, anda na frente, se move, demanda ou se esquiva, sempre de forma surpreendente.

Figueiredo (2010) aponta ainda o que se ganha com a psicanálise na saúde pública: o acesso a uma clínica sem precedentes; uma experiência partilhada, menos solitária; a descentralização do trabalho. A autora aponta também qual a condição para tal: deve haver ao menos um psicanalista sustentando entre tantos outros essa qualidade da experiência, a partir do sujeito, a cada caso.

Em seu *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*, Figueiredo (1997) observa a discussão sobre o tratamento psicoterápico ambulatorial e a necessidade de sua manutenção. Ela aponta também que os papéis político e social devem se somar ao trabalho clínico, além de fazer refletir sobre as condições mínimas necessárias para que a psicanálise seja viável, no ambulatório da rede pública de saúde mental. Ainda na década de 1990, nos traz essa fala interessante quanto ao campo psicanalítico não ter sido posto à prova o suficiente para ser descartado como ineficaz ou impróprio para atender à população que procura os serviços públicos.

Onocko-Campos *et al.* (2014) também abordam o tema da relação entre psicanálise e saúde coletiva brasileira. Nesse contexto, rejeitam a dicotomia muitas vezes feita entre certa psicanálise que desenvolve práticas privadas e lucrativas, e uma outra psicanálise ligada à saúde coletiva, a quem caberia pensar o espaço público.

Gostaríamos de chamar a atenção sobre o caráter do clínico como aquilo reprimido nos discursos sanitaristas. A psicanálise nos ensina a estar atentos àquilo sobre o que “não se fala”. Eliminar a problematização sobre qual é a clínica que se faz nas equipes de saúde acarreta o risco de que banalizamos a importância dos aspectos técnicos do trabalho. (Onocko-Campos *et al.*, 2014, p. 31).

A clínica na organização dos serviços substitutivos na rede pública, segundo Onocko-Campos *et al.* (2014), teria se definido com uma vocação especial para o atendimento de psicóticos e neuróticos graves. Outro ponto é o de que alguns psicanalistas pretendem transformar todo o serviço de saúde em uma reprodução do consultório particular, fazendo um salto entre o público e o privado sem dar atenção às consequências desse ato.

A questão da subjetividade dos que tratam os usuários, e de sua inserção institucional, também é uma temática importante, somada à disponibilidade para trazer o usuário do serviço para o centro da discussão, pois este, muitas vezes, acaba sendo dissociado do serviço, na medida em que, dentro de um projeto terapêutico, termina sendo encaminhado a diferentes profissionais para lidar com suas questões. É a velha máxima: “Remédio é com psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter de internar” (Onocko-Campos, 2014).

Alberti (2010) retoma Ana Cristina Figueiredo para reforçar o convite para que o psicanalista e o profissional “psi” tornem seu trabalho mais “público” ou deem visibilidade ao que fazem, prestando contas de sua clínica. A autora se questiona sobre como transmitir um saber sobre a clínica que se faz a partir de uma intervenção psicanalítica sem que os colegas das equipes tenham sido ou sejam analisantes. A autora reforça que a psicanálise é, antes de tudo, uma teoria atrelada à prática, uma teoria da clínica, surgida das questões da clínica e que retorna à clínica. E acrescenta que, na clínica da saúde mental, hoje, vemos a importância da transmissão.

Alberti, Bukowitz e Santos (2010) também debatem o lugar da psicanálise no campo da saúde mental. Os principais pontos investigados são: o que é o trabalho do psicanalista em uma instituição de saúde? É possível fazer psicanálise em um hospital psiquiátrico? Estes observam que: a psicanálise se insere nas instituições de saúde através, principalmente, de psicólogos; a psicanálise é sempre efeito da presença de um psicanalista; e cada psicanalista é produto de sua própria análise. E questionam: será possível usar a psicanálise em prol da saúde mental?

Segundo as autoras, Freud e Lacan construíram um arcabouço teórico para a clínica, fundamental para qualquer desenvolvimento do tratamento pela psicanálise nos campos de saúde. Também por isso, haveria hoje no Brasil um trabalho importante da psicanálise nas instituições de saúde mental, de saúde pública, nos campos clínicos em saúde mental oriundos das mudanças nas formas de tratamento da loucura, e nos hospitais gerais, postos de saúde e nas mais diferentes práticas clínicas. Ao delinear essa questão, as autoras destacam que a maior parte do material recolhido testemunha a não existência de qualquer homogeneidade quanto ao que seria o lugar da psicanálise na prática cotidiana de um discurso de saúde mental, nem entre os próprios profissionais que se dizem psicanalistas, nem entre os outros profissionais que trabalham com eles na mesma instituição, cada um tendo uma ideia própria sobre o que fazem psicanalistas dentro das instituições.

Alberti, Bukowitz e Santos afirmam que:

[...] psicólogos que na maioria das vezes se dizem psicanalistas não têm a mesma ideia do que é a psicanálise num serviço público, nem tampouco seus colegas de trabalho têm a mesma ideia sobre o que seria o trabalho do “psicólogo psicanalista” na instituição. Há aquelas em que esse trabalho é mais criticado, há outras em que é mais respeitado. Ainda há colegas que se dizem psicanalistas que não creem na possibilidade de se fazer psicanálise em um serviço público, e quando perguntados quanto ao que então fazem, respondem que é “de tudo um pouco”. (Alberti; Bukowitz; Santos, 2010, p. 10).

Alberti, Bukowitz e Santos (2010) argumentam que uma diversidade de orientações teórico-clínicas em uma mesma equipe de psicólogos trabalhando nas instituições não é necessariamente uma vantagem para a interlocução com a equipe multidisciplinar, nem para os próprios psicólogos que nela trabalham, nem mesmo para os usuários. Segundo elas, em uma equipe de psicologia que tem uma formação muito heterogênea, há pouco diálogo, pouca troca e debates de casos clínicos. Isso desorienta os outros membros das equipes multidisciplinares, podendo não só ser prejudicial ao atendimento dos usuários, como também aos psicólogos, levando-os a fazerem um trabalho cada vez mais distanciado de suas formações. A responsabilidade enquanto psicanalistas que também trabalham no campo da saúde mental, segundo as autoras, seria sustentar a dupla abertura da clínica para a teoria e da teoria para a clínica, sem o que correríamos sempre o risco de, nesse campo e em qualquer outro, transmitir outra coisa que não a psicanálise. Afirmam ainda que, para poder trabalhar, devemos poder ditar nossas próprias condições de trabalho, que, segundo elas, não são muitas, mas são algumas.

Vimos que a inserção de analistas em espaços médico-terapêuticos e as condições de possibilidade da inserção da clínica psicanalítica em ambientes institucionais de saúde vêm sendo analisadas por diversos autores. Até aqui observamos alguns cenários onde a psicanálise se inseriu e os aspectos particulares destes campos. Buscamos entender as possibilidades de atuação dos analistas nos ambientes institucionais e públicos, onde encontraram o trabalho interdisciplinar e observaram as relações de poder presentes nesses *settings*. Vimos ainda que a escuta em instituições tem suas especificidades. Além de ser um campo de experiências diversas para o analista, é também um espaço onde lidamos com um público diverso, em alguns casos; mas também muitas vezes lidamos com certos nichos da sociedade (pacientes em situação de rua, com doenças graves, adictos, vítimas de violência etc.). No caso do CIRAST, lidamos com policiais e seus familiares e suas questões.

Este capítulo nasce da necessidade de me situar diante dos trabalhos de psicanalistas que vieram antes de mim, como condição para enfrentar as indagações que surgiram com minha entrada no CIRAST. Questões como: *é possível a psicanálise na instituição?* Ou ainda: *é possível ser psicanalista na instituição?* Embora essas perguntas possam parecer óbvias para alguns, para mim não eram. E percebo que, para outros antes de mim, também não foi tão evidente — e muito menos fácil. Foi somente ao me deparar com essas discussões que consegui, de fato, colocar os dois pés naquele campo, reconhecendo minhas próprias questões, enfrentando dificuldades e vislumbrando possibilidades singulares. Trata-se, portanto, de uma

elaboração necessária para o meu percurso enquanto analista e para que eu me sentisse amparada nas escolhas que precisei sustentar.

A seguir, apresento as questões encontradas no campo do CIRAST, considerando que se trata não apenas da inserção em um *locus* médico-terapêutico, mas também em um espaço de segurança pública. E seu público é composto por agentes da segurança — sujeitos que exercem uma profissão atravessada por situações críticas e de violência.

O relato da minha experiência nesse campo parte da minha condição singular: sou policial, psicóloga e psicanalista. Por isso, proponho reflexões sobre os efeitos e as tensões implicadas em cada uma dessas posições, retomando a pergunta que me acompanha desde o início: *é possível ser policial e analista?*

Em seguida, abordo os limites e as possibilidades de uma clínica psicanalítica construída dentro dessas condições institucionais. Discutirei como a presença da psicanálise nesse contexto não é sem consequências — para a analista, para a instituição e para a própria psicanálise.

Trata-se, portanto, da apresentação dos meus achados e das elaborações que emergiram no contato direto com esse campo.

2 A EXPERIÊNCIA NO CIRAST: INSTITUIÇÃO, IMPLICAÇÃO, TRABALHO E ADOECIMENTO

Neste capítulo, considero importante iniciar com o relato de aspectos fundamentais da minha trajetória no CIRAST, como o modo de inserção e a relação estabelecida com o serviço, destacando as condições de implicação e contratransferência que atravessam a analista e pesquisadora — por trás, ou à frente, da psicóloga e da policial. A partir desse ponto, proponho uma articulação entre a posição da analista em campo e as questões que emergem no contexto institucional, evidenciando os recortes que se impõem à prática. O contexto da instituição e da clínica passa, então, a ser interrogado no entrelaçamento desses atravessamentos.

Nesse percurso, discuto o enredamento entre os campos médico-terapêuticos e os campos de segurança, refletindo sobre as relações de poder e as práticas que se instituem nas organizações da segurança pública, especialmente no que tange à saúde no contexto brasileiro — práticas que também configuram o cotidiano do CIRAST. Por fim, examino as implicações dessas dinâmicas para a vida laboral dos policiais e os processos de adoecimento que delas decorrem, considerando ainda seus efeitos sobre o exercício da clínica.

O CIRAST e os núcleos de saúde das forças de segurança pública surgem e se estruturam como resposta às reivindicações das questões de saúde – inicialmente, de saúde mental – dos agentes de segurança. As respostas dadas pelas instituições ao quadro apresentado têm sido diversas, mas, conforme citado anteriormente, algumas políticas vêm sendo sugeridas e financiadas pelo Governo Federal³⁰. Vimos que, no âmbito estadual, em resposta a essas convocações e esses investimentos, o CIRAST foi reestruturado e os núcleos de saúde das forças policiais foram criados ou reativados, nos últimos cinco anos.

Tais setores de saúde e os recursos federais destinados a esse fim são gerenciados por policiais, geralmente em postos hierárquicos superiores ou funções de confiança e nem sempre com formação na área de saúde. Estes têm pensado, dentre outras coisas, nas políticas de saúde dos policiais dentro das instituições utilizando os recursos para tal. E, com isso, tentado

³⁰ A já citada anteriormente Lei do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), como ficou conhecida a Lei n. 13.675, trouxe, como meio e instrumento da implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida). Segundo o Art. 42 da referida lei, o Pró-Vida tem por objetivo elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar, entre outras ações, os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de segurança pública e defesa social, bem como a integração sistêmica das unidades de saúde dos órgãos que compõem o SUSP, fortalecendo ainda mais o princípio estabelecido na PNSPDS. Assim, o Pró-Vida se propõe formular políticas públicas que protejam, valorizem e reconheçam os profissionais de segurança pública e defesa social, aprofundando e acompanhando a realidade enfrentada por esses servidores, assim como os riscos inerentes à profissão, às condições de trabalho, às adversidades e à saúde física, mental e social. Para isso, identifica e mapeia problemas defrontados que impactam no desempenho da missão desses agentes, afastando-os, incapacitando-os, temporariamente ou definitivamente, trazendo prejuízo profissional, institucional e social.

responder às demandas internas e externas sobre saúde, adoecimento e até mesmo sobre violência policial.

Diante desse cenário, pode ser interessante pensar nos atravessamentos que o modelo de atenção à saúde do trabalhador da segurança pública, vislumbrado em âmbito nacional e local, possa estar revelando. Algumas questões podem ser elencadas de início: a falta de pessoal realmente ligado às discussões sobre saúde no setor que gerencia esses recursos específicos - o setor de planejamento da Secretaria de Segurança Pública; a facilidade em se render ao modelo médico de atenção à saúde, refletido em embates como o que ocorre entre a ideia de manutenção da atenção à saúde de forma integral, com acompanhamento a partir de um projeto terapêutico singular versus o simples encaminhamento para as diferentes especialidades em clínicas credenciadas; o quanto as questões hierárquicas podem se sobrepor às decisões efetivamente técnicas; e a frequente responsabilização individual dos sujeitos pelo seu adoecimento, isentando os fatores sociais, situacionais e organizacionais dessa equação; dentre outras.

Partirei de uma análise de implicação e contratransferência, na qual abordarei a experiência institucional e clínica no CIRAST, considerando fatores como o modo de inserção no campo e as ressonâncias dessa inserção e dos trabalhos desenvolvidos para a analista e para o campo/instituição. E mais: a observação das contingências, angústias e dificuldades surgidas no decorrer do trabalho institucional e, posteriormente, suas reverberações na clínica desenvolvida no CIRAST. Lançarei mão das questões vivenciadas para debater alguns efeitos dos campos médico-terapêuticos e de segurança no modo de pensar a relação trabalho, saúde e adoecimento para o público atendido.

A implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição. Nesse sentido, os sujeitos envolvidos não têm a possibilidade de decidir que não estão implicados na instituição, mesmo que possam ter posições bastante críticas e queiram tomar distância. Sabendo que os sujeitos são tomados pela instituição e que o pesquisador está saturado de subjetividade, resta a este analisar o modo de implicação e não a sua existência ou nível (Monceau, 2008).

Lourau (2004) destaca que o termo *implicação* foi escolhido propositalmente por suas ressonâncias abstratas e por permitir a articulação entre os conceitos freudianos de transferência e contratransferência e as dinâmicas coletivas. Assim, a análise da implicação amplia o campo da escuta e da análise para além do setting individual, permitindo pensar as relações entre sujeito, instituição e saber. Segundo o autor, essa abordagem retoma e reformula uma perspectiva inicialmente esboçada por Ferenczi e desenvolvida por Balint, no que diz respeito à contratransferência ampliada, sendo posteriormente redescoberta e sistematizada no âmbito

da Análise Institucional francesa. A implicação, nesse sentido, não se restringe a uma posição subjetiva no campo, mas opera como ferramenta analítica para compreender os atravessamentos institucionais que conformam as práticas e os posicionamentos do pesquisador, do profissional e da instituição.

O conceito de *implicação* emergiu no final da década de 1960 e ganhou maior sistematização nos anos 1970, sendo posteriormente consolidado, nos anos 1980, como um dos pilares do paradigma institucionalista – particularmente no campo da Análise Institucional francesa. Trata-se de um conceito forjado a partir da confluência entre a análise da contratransferência institucional e a prática da intervenção socioanalítica (Lourau, 2004). Sua gênese está fortemente ancorada em uma crítica ao instituído, buscando deslocar o olhar do sujeito para suas relações com os espaços institucionais que o atravessam e o constituem. A implicação, nesse contexto, é compreendida como o envolvimento do pesquisador, analista ou trabalhador com os jogos de força, saber e poder próprios das instituições, funcionando simultaneamente como objeto de análise e condição metodológica para a produção de conhecimento situado.

A implicação pode ser definida como o nó das relações e está sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não-referências, participações e não participações, motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais. É concebida em ligação com o que está implícito, o que não designa necessariamente o inconsciente ou escondido, mas, sobretudo, o que pode ser autorizado ou proibido pela instituição. O implícito é, por exemplo, o intertexto das relações, e analisar tais intertextos já seria compreender o implícito das relações. Assim, o implícito deve fazer parte da pesquisa e a análise das implicações não pode negar as implicações da análise, ou seja, devemos dizer o que fazemos e o que não fazemos. Tal análise pode ser individual ou coletiva, e pressupõe uma atividade intensa e, muitas vezes, penosa (Lourau, 2004).

Segundo Lourau (2004), a observação participante não é apenas um método técnico, mas um campo de implicação do pesquisador. O observador trabalha em tempo integral, colocando em jogo não apenas seus instrumentos formais de registro, mas também seu corpo, sua escuta, suas percepções, hesitações, resistências e teorizações momentâneas. Tudo aquilo que lhe “passa pela cabeça” durante o campo é considerado material legítimo de análise, pois revela os modos pelos quais o sujeito-pesquisador é atravessado pelas forças institucionais. Essa abordagem rompe com a ideia de neutralidade científica e assume que a subjetividade do pesquisador constitui uma via de acesso privilegiada à compreensão dos espaços institucionais.

A implicação é o que conota o envolvimento na complexidade, com o risco de se prender no entrelaçamento, de se abafar em um enredo que não se pode desenredar, precisamente porque se está preso nele. E o pesquisador coloca em campo a sua subjetividade e a das pessoas junto das quais intervém, assim como múltiplas relações intersubjetivas. Deve-se integrar o observado na observação e revalorizar a subjetividade do pesquisador, além de colocar a contratransferência como motor da pesquisa. E assim incluir seu olhar, seus afetos, suas representações, seus valores, sua ideologia, que constituem, portanto, os enviesamentos e dificuldades. Assim, não levar em conta e não analisar as angústias do pesquisador conduziria a processos metodológicos errôneos e defensivos. Tais análises, ao contrário, poderiam produzir *insights* importantes, configurando-se como fonte de descobertas fecundas (Amado, 2005).

Diante desses olhares, posso enumerar outras diversas questões geradoras de dificuldades e angústias no CIRAST, tais como: algumas mudanças na legislação norteadora das políticas de saúde do policial no decorrer dos anos; a dependência das decisões dos gestores da SSP sobre o uso dos recursos recebidos; até mesmo algumas mudanças no formato do serviço no CIRAST (que incluem a instauração das reuniões para confecção de projeto terapêutico singular e de estudo de caso com outras áreas dos saberes); os impactos do trabalho interdisciplinar; a relação e enfrentamentos com as diferentes abordagens *psi* e com as práticas integrativas e complementares, dentre outras; a criação dos núcleos de saúde das polícias no estado de Sergipe, com suas fragilidades e particularidades inerentes a cada força policial e a dificuldade de articulação entre estas e o CIRAST, apesar das tentativas deste último; e ainda o fato de a analista e pesquisadora ser integrante da Polícia Militar do Estado e inserida no nó de relações hierárquicas fortemente evidenciadas. Posso citar ainda a minha posição como psicanalista, e não simplesmente psicóloga, na instituição, o que toca no lugar da psicanálise no serviço, mas também na minha formação – autorização e reconhecimento – como analista (de modo independente, sem vínculo formal com uma sociedade de psicanálise).

A clínica merece um capítulo à parte, mas adianto que ela também recebe os impactos dessas relações institucionais, tais como o fato: de ser uma clínica que recebe predominantemente policiais; de estar inserida em uma política de saúde para policiais em nível nacional e estadual; e de estar, mais recentemente, sendo pensada como prática de saúde voltada para o trabalhador da segurança pública. Isso, para além das questões da própria analista diante dos papéis que desempenha; da pesquisa que desenvolve no seu próprio local de trabalho, enquanto alguém que também participa do planejamento das ações desenvolvidas; e do fato de estar mergulhada na trama de relações institucionais e hierárquicas que estas atribuições envolvem.

Relembro que esse campo surge como alternativa de trabalho e de pesquisa a partir das demandas do local e de meus interesses acadêmicos. Há uma “convocação” no momento que recebo o convite/proposta para trabalhar no local, enquanto trabalhava no setor administrativo da Secretaria de Segurança Pública do Estado; e outra “convocação” no momento que meu orientador, ainda no mestrado e sabendo do meu interesse no doutorado (e ciente de que tinha começado a atender policiais nesse setor da polícia), me pergunta o porquê de não utilizar esse campo para pesquisa. Estas ditas convocações me fazem enxergar esse local como campo de possibilidades interessantes, ao mesmo tempo que apontam também um grande desafio e uma instigante novidade. O suporte da supervisão, especialmente naquele início, foi importante, e a pesquisa também aparece como mais uma base fundamental para que inclusive conseguisse me posicionar enquanto analista neste campo.

Entretanto, aquele local de trabalho em nenhum momento parecia ser seguro, visto que se dá em uma instituição de segurança pública e de eu ter um vínculo militar; além disso, é um setor instável, sob influências e ingerências distantes de mim, onde estou em desvio de função. Sendo assim, levar a minha vida acadêmica para aquele local inseguro não era a minha primeira opção. Mas foi feito.

Nesse sentido, esta pesquisa surgiu como suporte para enfrentar o que viria a seguir. É sobre essa entrada no campo e na pesquisa, sobre o que encontrei, sobre as mudanças e as reverberações disso e minha prática enquanto analista que tratarei a seguir. Mas, antes disso, contarei um pouco sobre a minha identidade, papel ou função que me permitem chegar a esse local, cronologicamente: a de policial, antes de ser psicóloga, antes de ser psicanalista. De forma não cronológica, o caminho é justamente o inverso.

2.1 UMA PSI POLICIAL? OS CAMINHOS E DESVIOS

Minhas lembranças da polícia vêm de antes de entrar na polícia, por óbvio. Tenho algumas cenas que ainda lembro vez ou outra. A primeira é de quando a minha mãe ficava brincando comigo, meus irmãos e com as crianças na rua de casa, na periferia de Aracaju/SE, e via o carro da polícia passar. Ela dizia: “Se esconde, olha a polícia!” – eu e as crianças coríamos para nos esconder, entrando na brincadeira. Confesso que ainda hoje me pego tentando resistir e não falar isso com crianças quando vejo um carro da polícia... Outra cena marcante para mim foi de um dia quando eu descia no ponto de ônibus e tinha policiais abordando (dando o dito “baculejo”) em jovens que estavam pela praça da avenida Visconde de Maracaju (minha área). A minha lembrança é do tapa estridente que vi e ouvi um policial

dando nas costas de um dos rapazes. Eu apressei meu passo e subi a ladeira correndo para ir direto para casa.

Tenho lembranças também de alguns posicionamentos meus, anos depois, quando já na universidade, no curso de Geografia-licenciatura, fiz parte do Diretório Acadêmico de Geografia – DALIGEO, onde fui secretária-geral, e organizamos o Encontro Regional de Estudantes de Geografia - EREGENE, em Aracaju/SE, em 2005, ano que fiz despreziosamente o concurso para a polícia. Nesse encontro, era comum ocorrer uma passeata pela capital sede, abordando a temática do evento. Eu sugeri que as autoridades não fossem informadas e que fizéssemos uma manifestação surpresa, o que, provavelmente, geraria um caos no trânsito e seria inseguro para os participantes. Obviamente, fui voto vencido.

Trago essas histórias apenas para tranquilizar os leitores (e talvez a mim mesma) de que eu sei de onde eu vim e eu sei o que é a polícia.

Em 2006, com 22 anos, recém-formada em Geografia-licenciatura e sem emprego, passei no concurso da Polícia Militar de Sergipe (concurso que prestei no último ano da graduação porque praticamente todos os meus colegas fizeram, inclusive eu quase desisti algumas vezes de ir fazer a prova, mas fui; paguei para ver). De lá para cá, em 18 anos, nunca bati, nem atirei em alguém, nem sequer prendi ninguém, sou uma paisana (ou apaisanada), como alguns me chamam por lá. Não investi na atividade policial, digamos assim. Acabei investindo de outra forma talvez. Mas, em alguns momentos, me diverti, como na primeira vez que dirigi (recém-habilitada e na primeira semana de trabalho) uma viatura da polícia e fui até a porta da minha mãe (minha casa) e gritei e acenei com a mão: “Mãe!!!!”.

Adoecei (tuberculose) durante o curso de formação da polícia, entre 2006 e 2007, mas terminei o curso de soldado e depois voltei a estudar. Passei no vestibular de 2008, para Psicologia, e, desde 2009, aqui estou.

Nessa equação da jovem que seria professora, para a policial, a psicóloga e a psicanalista talvez seja necessário deixar evidente também que não me identifico totalmente com nenhum desses papéis, e até brinco que, de policial, só o contracheque; da psicologia, só tenho o diploma; e, como psicanalista, não tenho nada disso; nada me atesta além da minha forma de estar e me posicionar nos espaços em que atuo. Talvez eu apenas goste de psicanálise; de fato, ela me ajuda a pensar e estar onde estiver. E eu também gosto de pensar sobre ela. E ponto.

Mas, ao conjecturar um pouco mais sobre esses papéis e percebendo que também não posso me desvincular tão facilmente deles, suponho que o que importa nessa reflexão é tentar compreender a policial, a psicóloga e a psicanalista que me tornei, a partir de todos esses atravessamentos. Afinal, não posso dizer que não sou policial, nem que não sou psicóloga e que

não sou psicanalista tão facilmente. Mas, nada do que se define por essas palavras sou eu. Talvez por ser uma mulher, negra, de origem pobre, da periferia de Aracaju, mãe solo, de três (ou mais) gerações de mulheres negras e mães solo. O fato é que nunca serei a psicanalista que se espera, nem a psicóloga que se espera, nem a policial que se espera, desde que o mundo é mundo. Inclusive, nunca me vi em nenhum desses lugares, antes de estar neles, nem mesmo no de pesquisadora ou professora. Sendo assim, embora nada disso me defina, tudo isso me atravessa e me acompanha até aqui.

2.1.1 Minha identidade, papel ou função policial

Embora eu perceba vários atravessamentos da policial que passou por um curso de formação e que precisa se preocupar com os ritos militares e a sensação de que não é a senhora de si (ou senhora em sua própria morada) dentro do regime militar, eu tinha a impressão de que o CIRST poderia ser um refúgio, como um espaço em que todo esse cenário ficasse em suspenso, do lado de fora da porta. Afinal, ali não há farda com suas indicações de posto ou graduação. Mas, ainda assim, há limitações.

O papel ou função policial não está ligado diretamente a minha rotina, nos últimos cinco anos principalmente, mas é um fantasma que assombra. Assombra por saber que estou trabalhando no CIRST, mas a qualquer momento podem me retirar de lá, assombra quando preciso estar em eventos com outros militares e participar das conversas e transitar entre oficiais (maiores patentes militares), que podem se sentir desrespeitados se algum rito de demonstração de respeito e submissão não for cumprido (prestar continência, se dirigir como senhor ou senhora, pedir permissão para entrar nos recintos e para usar a palavra etc.). Esses momentos geralmente são tensos para mim. E, embora a demonstração de respeito aconteça por minha parte (afinal, não custa muito, só um pouco), até pelo fato de não estar fardada, não sigo a maioria dos ritos (o que não significa que o receio da punição não exista).

Recentemente, ocorreu uma situação que mexeu com essa suposta separação entre ambiente militar e CIRST de uma maneira mais atordoante. Enquanto estava acontecendo um curso de capacitação no CIRST, e após uma palestra no Ministério Público Estadual, recebi a informação da minha chefe de que eu estaria escalada para trabalhar no Pré-Caju³¹. Isso nunca tinha acontecido; eu fui pega totalmente de surpresa. Ainda tentando entender o que estava acontecendo (se estava sendo punida ou perseguida por alguma coisa – a paranoia) corri para

³¹ Prévias carnavalescas privadas, em formato de corredor com trios elétricos, que ocorre, geralmente, no final do ano (novembro) na cidade de Aracaju/SE.

providenciar minha farda (eu não uso farda há muitos anos, não tinha nada do fardamento de sargenta, nunca tinha providenciado). No meio do caminho, um tanto agoniada, liguei para um colega da polícia e contei a situação. Ele me passou algumas informações, de que estavam escalando por causa do número de eventos que ocorria naquela semana, que eu poderia pagar alguém para ir ao meu lugar e, por fim, disse que aquela escala já tinha sido publicada e, depois que a checou, viu que eu não estava escalada. Essa situação reforça para mim a sensação de insegurança em estar ali, insegurança sobre a minha função e sobre o meu futuro. A única coisa que sei é que é desconfortável e que esse alarme falso parece um recado bem dado para eu não esquecer disso.

Parece curioso falar sobre insegurança e medo quando nos referimos justamente a instituições de segurança pública. Mas, sobretudo na base da pirâmide hierárquica, especialmente militar, essa é a tônica, notadamente do praça (soldados, cabos, sargentos e subtenentes). Aqui, podemos começar a apontar a problemática da situação do trabalhador da segurança pública (principalmente dos militares) e sua rotina de medo, administração das situações de assédio, além da própria rotina de trabalho e enfrentamento de situações de crise social e de violência. Além dos tipos de adoecimento que acometem determinados profissionais, que são levados a uma sensação de insegurança e perseguição sem sequer se darem conta disso, em um primeiro momento ou sem a devida análise.

Na clínica, as situações de medo podem aparecer na fala dos pacientes, tanto nos relatos de trabalho na rua e enfrentamento da criminalidade quanto nas relações com oficiais (superiores hierárquicos, tais como tenentes, capitães, majores, tenentes-coronéis e coronéis) e pares. Embora seja diminuta a procura pelo serviço por parte de oficiais, elas acontecem vez ou outra. A minha experiência nesse sentido, nas poucas vezes em que me deparei com atendimento de policiais de altas patentes, demonstra que, de fato, uma análise da contratransferência é primordial para que o analista decida se esse trabalho analítico será viável.

Nas primeiras entrevistas, a analista precisará refletir principalmente sobre como se vê diante do manejo clínico em tal cenário. E o quanto as suas próprias questões dentro da instituição foram ou estão sendo trabalhadas na análise pessoal. Para mim, embora tenha experimentado pouquíssimas vezes, não é tarefa fácil. Embora eu atenda um praça com graduação maior que a minha há alguns anos no CIRAST, não pude experimentar um trabalho analítico mais duradouro com um oficial, por exemplo. Essa situação só se apresentou para mim duas vezes em cinco anos³², e os atendimentos duraram poucos meses. Entretanto, acredito que

³² A gestora do setor adotava uma política de não encaminhar pessoas da mesma força policial do profissional que o atenderá. Atualmente, geralmente, os policiais são encaminhados para atendimento nas clínicas credenciadas.

testar a possibilidade é sempre viável, não sendo interessante qualquer decisão *a priori* nesse sentido. Nesse ponto, a discussão sobre a transferência em si deverá envolver a análise do tipo de transferência que se estabelece, e em que tipo de vínculo investiram, conscientemente ou inconscientemente. Além da análise da contratransferência.

Situações do cotidiano das instituições de segurança pública que envolvem a relação entre os pares e superiores hierárquicos, medo, assédio e adoecimento, além de mostrarem seus efeitos na clínica, tanto nas queixas dos pacientes quanto nas relações analíticas propriamente ditas, podem ser articuladas a uma problemática que acomete as relações de trabalho. Aqui, me refiro aos modelos de gestão que são empregados nas instituições de segurança pública e seus impactos na vida e na saúde do trabalhador.

2.1.2 Os modelos de gestão dos trabalhadores e a saúde do trabalhador

A influência dos modelos de gestão administrativa e operacional sobre os trabalhadores, especialmente em relação aos processos de adoecimento, se configura como uma questão emergente para profissionais que atuam com a temática do adoecimento relacionado ao trabalho. Tal realidade não difere no contexto do CIRAST. Não por acaso, a coordenação de prevenção em saúde - que busca atuar de maneira mais institucional – tem enfrentado maiores desafios para sua consolidação do que a coordenação clínica. Isso se deve, em parte, à dificuldade em incluir os gestores como agentes ativos nos processos de saúde e doença dos trabalhadores, enquanto a responsabilização individual pela busca de tratamento tem sido vista como a “solução” menos difícil.

Dificuldades de estabelecimento de diálogo e de vislumbre de uma ação que envolva a inclusão dos gestores enquanto atores nos processos de saúde e doença aparecem com frequência. Além disso, também surge uma dificuldade na articulação das ações juntamente com os núcleos de saúde de cada força policial. A impressão é de que fica subentendido que, se os trabalhadores já estão sendo atendidos individualmente, com recursos públicos, supostamente, a instituição já estaria fazendo a sua parte. Essa fragilidade pode demonstrar a ausência de responsabilização da própria instituição pelo sofrimento dos trabalhadores.

Uma coisa é fato: nos momentos em que a saúde do trabalhador da segurança pública foi discutida, tanto no interior da instituição quanto em diálogo com outros setores, como também diante de relatos de alguns pacientes, os impactos dos modelos de gestão dos trabalhadores policiais aparecem como fontes de adoecimento para além do trabalho em si e da relação com os pares e familiares. Assim, para esses trabalhadores, trabalhar no combate à violência ou em

situações de risco – em escalas que envolvem trabalho diurno e noturno, com efetivo muitas vezes reduzido –, não é o único fator a ser considerado.

Gaulejac (2007) aborda a questão do poder gerencialista e suas consequências para a saúde do trabalhador. Ele afirma que o poder gerencialista tem como objetivo canalizar a energia psíquica, a fim de transformá-la em força de trabalho. A responsabilidade da empresa seria a de “gerenciar” as consequências desse modo de funcionamento. E os processos de mobilização psíquica teriam consequências sobre a saúde mental daqueles que a suportam. Suas primeiras pesquisas se deram no campo das multinacionais, ou seja, das empresas privadas, mas esta lógica, segundo o autor, já está instalada também no serviço público. Trago as suas reflexões para pensar a relação de trabalho fortemente hierarquizada que caracteriza as forças de segurança pública, especialmente as militares.

Segundo Gaulejac (2007), no contexto do trabalho, ocorre *pressão* para aqueles que se deixam embalar pelo sucesso, *depressão* para aqueles que não correspondem às exigências de alto desempenho, e *estresse* para todos aqueles que precisam suportar a cultura do assédio. Nesse contexto, uns se dopariam para permanecer na corrida, outros se medicariam para cuidar de suas feridas, e todos viveriam com ansiedade e medo. O autor afirma que a gestão deveria oferecer instrumentos adequados para avaliar os custos sociais e psíquicos do trabalho. Além disso, deveria oferecer um alívio da pressão no trabalho e permitir reduzir as despesas de saúde que ele acarreta.

Entretanto, Gaulejac (2007) considera que o sofrimento não entra nas preocupações da gestão. Segundo o autor, os responsáveis acreditam que os funcionários devem se adaptar ao trabalho, suas atribuições e modificações. Assim, os dramas pessoais, as consequências subjetivas, deveriam se apagar diante das necessidades econômicas, o que demonstraria uma incapacidade de levar em conta a subjetividade do trabalhador quando se exprime fora das figuras impostas pela empresa. Transponho a ideia do autor para a estrutura institucional das forças de segurança pública, a fim de pensar a escuta do sofrimento do trabalhador da segurança pública.

Pensar a cultura institucional em contextos marcados por fortes hierarquias, como ocorre na maioria das instituições de segurança pública, é essencial para compreendermos os modos de produção do sofrimento psíquico nesses espaços. A estrutura verticalizada das relações de poder e a centralização das decisões constituem, em si, um elemento gerador de sofrimento que precisa ser destacado no campo em que nos situamos.

Gaulejac (2007) observa que os quadros intermediários, frequentemente excluídos dos processos decisórios, tendem a se mostrar disponíveis e dispostos a investir na construção de

soluções alternativas diante das dificuldades enfrentadas. O autor também introduz o conceito de “violências inocentes”, isto é, formas de violência institucional cujas origens se tornam difusas em razão da opacidade do sistema. Essas violências se ocultam sob o véu de orientações estratégicas e de decisões aparentemente abstratas, cujas consequências concretas se manifestam apenas a longo prazo. São implementadas por sujeitos amparados pela legitimidade do saber técnico, dos títulos acadêmicos ou pela convicção de que estão certos. Segundo Gaulejac, trata-se de violências “inocentes” porque o próprio direito tende a legitimá-las, com o apoio do Estado para sua concretização (Gaulejac, 2007, p. 214).

Nesse contexto, o assédio institucional emerge como prática recorrente e naturalizada. Embora o debate sobre o tema tenha se intensificado em diversos setores nas últimas décadas, ele ainda é pouco presente no interior das instituições de segurança, especialmente nas de caráter militarizado. Nesses espaços, a lógica da obediência e da disciplina tende a silenciar a crítica, inibindo a problematização das práticas institucionais.

Se os autores dessas violências são percebidos como “inocentes”, os que as sofrem são frequentemente tratados como culpados: culpados por protestar, por resistir, por se opor. Sua luta é deslegitimada; são eles que passam a ser vistos como os violentos. A dominação promovida pela ideologia gerencialista contribui para essa inversão simbólica, pois banaliza a violência institucional ao apresentá-la como efeito colateral inevitável de processos de mudança tidos como necessários, sob o discurso da modernização (Gaulejac, 2007, p. 214-215).

No caso das instituições de segurança pública, essa suposta modernização não se traduz, necessariamente, em avanços nas relações de trabalho — pelo contrário. Muitos servidores, nas últimas décadas, têm recorrido ao judiciário para reivindicar direitos básicos historicamente garantidos a outras categorias, como o pagamento de horas extras, ao mesmo tempo em que denunciam práticas de assédio e abuso. Tais denúncias, no entanto, esbarram em dificuldades significativas, tanto para sua comprovação quanto em relação ao temor das consequências institucionais para quem as realiza.

Ao falar sobre os indivíduos sob pressão, Gaulejac (2007) aponta que a pressão do “sempre mais” e a ameaça de perder o lugar fazem parte da vida do trabalhador. Além disso, a cultura da urgência, as ilusões de motivação e o medo de ficar visado seriam três fenômenos comuns em empresas do mundo inteiro. Na empresa gerencial, haveria uma incerteza que apareceria como uma ameaça. Faz parte desse cenário não saber se lhe garantirão os meios requeridos, se o orçamento será aceito, se a promoção esperada será concedida. Além disso, os empregados têm o sentimento de não mais controlar seu ambiente de trabalho e seu futuro (o que me lembra a minha própria situação de trabalho, como citei acima).

Digo isso em relação à minha situação institucional, ou seja, ao meu vínculo trabalhista. No sentido de poder ser transferida para outro setor, ser convocada para um serviço relacionado ao trabalho ostensivo etc., isso nunca aconteceu de fato, mas a instituição e os meus pares sempre me fazem lembrar dessa possibilidade. No que se refere à clínica, essa sensação é diferente. No *setting*, minha ética de trabalho define os meus passos. Acredito ser possível essa separação entre o trabalho clínico regido por uma ética e o trabalho institucional, onde existem ritos e hierarquia, embora, em algumas instâncias, elas possam ser atravessadas. Ou seja, existe uma clínica vinculada a uma instituição e com protocolos (reunião de equipe, prontuário etc.). E existe um *setting*, onde um trabalho analítico pode acontecer.

A ameaça consiste principalmente em não mais saber sobre quais critérios repousam as recompensas e sanções. Como os sucessos e fracassos não são mais objetiváveis a partir de elementos concretos, a incerteza encobre o medo de ser desaprovado e ficar visado. (Gaulejac, 2007, p. 219).

Ainda hoje, esse é o contexto de vida em instituições de segurança pública. Não necessariamente no sentido de luta pelos lugares ou de mérito de cada um, mas no sentido da gestão de recursos humanos, que “espera de seus empregados que sejam fortes, dinâmicos, competentes, disponíveis, seguros de si, capazes de enfrentar as contradições e de preencher objetivos sempre mais ambiciosos” (Gaulejac, 2007, p. 220).

[...] *Above expectations*, podemos ler entre os critérios de avaliação utilizados para medir as competências. É preciso estar “acima das expectativas” para ser apreciado. O contexto suscita pressão contínua, o sentimento de jamais fazer o suficiente, e a angústia de não estar à altura daquilo que a empresa exige. (Gaulejac, 2007, p. 220).

Sobre a questão do assédio moral ou moral do assédio, podemos dizer que o comportamento de assédio, tanto do lado de quem o faz como do lado das vítimas, é consequência da pressão generalizada que se desenvolve no mundo do trabalho. Nesse caso, estamos falando de organizações que podem suscitar em seus funcionários um comportamento neurótico, paranoico ou perverso. “Em particular, ela pode pôr em ação modos de gerenciamento que favorecem o cerco moral, ou seja, relações de violência, de exclusão, de ostracismo” (Gaulejac, 2007, p. 228).

No contexto das forças de segurança pública, as instituições militares principalmente, mas não apenas essas, possuem ritos que por si só invocam comportamento neurótico e paranoico. Reza a lenda que, para punir um militar, basta querer, porque o seu regulamento vai encontrar uma brecha para essa punição. Isso aparece nas relações com os superiores hierárquicos e é

potencializada pela constante vigilância dos pares entre si. O treinamento militar nesse sentido é muito eficaz.

[...] O sofrimento psíquico e os problemas relacionados são os efeitos dos modos de gerenciamento. A noção de cerco moral tende a focalizar o problema sobre o comportamento das pessoas, mais do que sobre os processos que os geram. Quando o assédio, o estresse, a depressão ou, mais geralmente, o sofrimento psíquico, se desenvolvem, é a própria gestão da empresa que deve ser questionada. Na maioria dos casos, o cerco não é o fato de uma pessoa particular, mas de uma situação de conjunto. (Gaulejac, 2007, p. 229).

Os empregados, em sua maioria, sentem-se individualmente assediados porque são coletivamente submetidos a uma pressão intensa. Todavia, por não poder intervir sobre as faltas cometidas pela organização do trabalho, eles se agridem mutuamente, até se ferindo [...] A hierarquia, assim como os colaboradores e os subordinados, são também pegos em uma pressão permanente que não conseguem controlar. Cada um tenta descarregar sua agressividade sobre o outro, contribuindo assim para reforçar a lógica do “salve-se quem puder”. (Gaulejac, 2007, p. 229-230).

Relação de trabalho fortemente hierarquizada e descarga de agressividade. Eis aqui uma grande questão para a atividade policial e seus gestores. Atendo um caso de policial que chega com queixas de sofrimento relacionado ao trabalho. Não pela carga ou tipo de trabalho, mas referente à sua relação com colegas. Essas pessoas atuam em um setor de prestígio e têm uma relação próxima com o chefe. Paciente traz um sofrimento que não relaciona à sua carga de trabalho, mas ao nível de perseguição de colegas do setor, que, por sua vez, espalhavam fofocas para colegas e chefes, espreitavam as falas e comportamentos, criavam intrigas entre outras pessoas de outros setores, chegando ao ponto de fazer com que a pessoas pedisse para sair do local, onde desempenhava um bom trabalho. Após apontar provas da perseguição ao seus superiores, e estes ignorarem e pedirem para a pessoa permanecer, ela decide sair. Mesmo assim, lida com dificuldade com esse local e com o contato que precisa ter com antigos colegas. A descarga de agressividade, a paranoia, neurose e perversão aparecem em diferentes níveis e personagens nessa cena cotidiana de uma repartição pública, onde os gestores se isentam ou colaboram com a difícil relação. Quem ganhará com isso?

O militarismo³³, disciplina hierárquica (onde um “pensa” e ordena enquanto o outro apenas executa/obedece), e o convívio diário com a violência provavelmente impõem

³³ A Polícia Militar é a principal corporação policial do país, sendo responsável pelo policiamento ostensivo e preventivo. É organizada militarmente e subordinada, em última instância, ao Exército brasileiro. As competências institucionais da polícia e das Forças Armadas são diferentes: a polícia tem o papel de manter a ordem pública e a paz social, trabalhando contra o crime e na gestão dos conflitos sociais, de forma permanente, e com vigilância constante; enquanto o Exército tem a função de manter a soberania contra a agressão e intervenção de um inimigo externo. Neste sentido, as duas instituições pretendem garantir o monopólio estatal da força por meio do uso legal, autorizado e proporcional das armas. Ou seja, a doutrina, o armamento, a instrução e o treinamento da polícia e do

dificuldades maiores a um diálogo franco e a uma autocrítica necessária ao estabelecimento de relações minimamente francas e horizontalizadas. Essa é uma dificuldade que precisa ser enfrentada e tem relação com o adoecimento dos trabalhadores. Instituições de segurança pública tendem a repetir esse modelo, tendo seus defensores e seus opositores.

Para Gaulejac (2007), a causa maior do assédio está relacionada a tendências gerencialistas, as quais colocam a organização sob pressão: a distância entre os objetivos e os meios atribuídos; a defasagem maciça entre as prescrições e a atividade concreta; a distância entre as recompensas esperadas e as retribuições efetivas. A cobrança por “falha zero”, aliada ao medo de errar, faz parte desse quadro e mobiliza a angústia do indivíduo. E, diante da angústia, a defesa seria o recuo sobre si mesmo e o ativismo desenfreado. Assim, alguns se tornam agentes dóceis da organização, se deixando instrumentalizar totalmente. Além disso, o trabalho se torna uma obsessão, onde se concentram sobre seus objetivos.

Alguns policiais, desde a formação, se colocam como defensores dessas regras e do cumprimento delas. E vigiam para que todos cumpram, assim como eles. Alguns alegam o medo da punição coletiva (fato que também ocorre desde a entrada nas forças policiais – esse é um grande instrumento de controle; afinal, o gestor não precisa estar em todos os lugares, pois alguém fará esse papel e estimulará a paranoia generalizada). Quem questiona, minimamente que seja, é tido como agitador e ouve o famoso jargão: “Pede pra sair!”.

[...] A tensão cria condições propícias para o assédio, seja em uma posição perversa, na qual os outros são percebidos como objetos utilitários, seja em uma posição masoquista de vítima, na qual o outro é fonte de um sofrimento pelo qual não se quer passar, e seja em uma posição paranoica, na qual o outro é percebido como um perseguidor. A vivência dessas diferentes posições está ligada a componentes psíquicos já presentes. Uns têm uma propensão a se posicionar como executores dóceis da vontade de outrem, os outros como vítimas ou ainda como carrascos. Definitivamente, são as condições de trabalho que solicitam e favorecem tal ou tal funcionamento psíquico. (Gaulejac, 2007, p. 232).

O tema do traumático pode ser trazido para esse contexto se pensamos em uma vida que é quebrada. Gaulejac (2007), ao falar sobre o traumatismo, relaciona-o ao sentimento de desvalorização de si, ruptura das redes de solidariedade, perda dos elementos constitutivos da identidade profissional, culpabilidade, vergonha, fechamento sobre si e ruptura da comunidade de trabalho que apoia a existência.

Exército devem ser necessariamente distintos (De Souza, 2015). Entretanto, ambas são regidas pelo militarismo. Este enfatiza a hierarquia e a disciplina como pilares fundamentais. As instituições militarizadas, portanto, são estruturadas em torno de: hierarquia rígida; disciplina rigorosa; e regras e regulamentos estritos. A ênfase na disciplina e na hierarquia pode sufocar a liberdade de expressão e a individualidade.

[...] O indivíduo espera da empresa que ela favoreça sua realização, e a empresa espera do indivíduo que ele dê sua adesão total a seus objetivos e a seus valores. Esse contrato narcísico cria uma osmose intensa entre o indivíduo e sua empresa, osmose que perdura enquanto a empresa lhe concede as gratificações que ele espera. Quando esse contrato fantasmático é rompido, emergem o ressentimento, a perda de confiança, a rejeição, o despeito e a desmobilização psíquica. (Gaulejac, 2007, p. 233).

São imensos os perigos de uma relação gerencial irrefletida diante de trabalhadores que lidam com situações de crise, estresse e violência, no contexto geral, como nos mostra Gaulejac. Não podemos deixar de nos questionar sobre o impacto desse tipo de relação na atividade policial, que soma a toda essa estrutura o fato de se deparar com dilemas e mazelas sociais. Sendo assim, serão inevitáveis as consequências para a sociedade, em especial, às classes mais baixas e periféricas.

Nesse contexto, o policial é a autoridade e o braço armado do Estado, mas, além disso, em muitos dos casos será a única fração do Estado a ser oferecida ao cidadão, que, muitas das vezes, carece de acesso à educação, saúde, saneamento básico e emprego. Ou seja, estamos falando de policiais adoecidos exercendo funções burocráticas ou ostensivas e em contato direto com a população atendida.

Policiais são as autoridades mais próximas da população; muitas vezes, são eles que são chamados a atender pessoas em situação de sofrimento e vulnerabilidade. Um olhar sobre as formas de gerenciamento desses profissionais não apenas nos aspectos operacionais (técnica de rua, equipamentos etc.) poderia ter um resultado interessante, tanto para eles quanto para o serviço prestado por eles. Afinal, não podemos negar que a atividade policial também exige muito daqueles que a exercem, tanto física quanto psiquicamente.

Vimos que o campo de atuação onde se situa a minha experiência é um setor de saúde inserido em uma secretaria de segurança pública. O contexto das questões que levanto surge, portanto, dessa relação do CIRAST com a saúde e o adoecimento, e com as forças de segurança pública em Sergipe.

Diante do que foi discutido até aqui, é preciso levantar algumas questões que orientam esta reflexão: o que se pode esperar de um setor de saúde inserido em uma instituição de segurança pública? Quais sentidos esse espaço assume e como isso afeta as práticas que ali se desenvolvem? Que demandas emergem, tanto por parte da gestão quanto do público atendido, e quais são as respostas possíveis diante dessas tensões? Para avançar nessa análise, é necessário considerar certas especificidades do trabalho dos agentes de segurança pública em Sergipe,

buscando compreender como essas características se refletem nas atividades desenvolvidas pelo CIRAST.

Na modernidade, conforme analisa Foucault, as práticas de cuidado à saúde tornam-se indissociáveis das estratégias de regulação da vida. Ao tratar da noção de “polícia médica”, o autor aponta para a emergência de um saber-poder que opera não apenas pela repressão, mas também pela normatização dos corpos e pela organização da vida social por meio de espaços voltados à segurança da população. A saúde, nesse contexto, transforma-se em objeto de gestão, e os serviços de cuidado passam a operar, muitas vezes, sob lógicas disciplinares e de controle.

Essa articulação entre cuidado e regulação pode ser observada no funcionamento do CIRAST. Ainda que se proponha como um espaço de escuta e acolhimento do sofrimento psíquico dos trabalhadores da segurança pública, o centro também está inserido em uma racionalidade que implica efeitos de normalização e responsabilização individual. A escuta clínica, nesse cenário, pode ser mobilizada não apenas como instrumento terapêutico, mas também como mecanismo de gestão institucional – seja na avaliação de aptidão ao trabalho, na fundamentação de afastamentos ou na produção de pareceres. Assim, o CIRAST não se localiza fora das relações de poder descritas por Foucault; ao contrário, é um ponto de atualização da articulação entre saber médico, gestão do risco e governo dos corpos. Essa ambivalência – entre escuta e prescrição, acolhimento e normatização – é constitutiva das práticas clínicas quando desenvolvidas no interior de instituições cujos sujeitos atendidos estão diretamente ligados ao exercício do poder estatal.

Um episódio ocorrido em 2024 ilustra essas tensões. O Ministério Público do Estado de Sergipe, ao reconhecer que a atuação dos policiais envolve responsabilidades estatais, promoveu uma reunião com os núcleos de saúde da segurança pública para discutir a saúde mental dos trabalhadores da área. O evento reuniu representantes das diferentes forças policiais do estado e incluiu uma palestra sobre o suicídio entre policiais, ministrada por uma representante do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudo em Suicídio (IPPES). Na ocasião, o promotor responsável solicitou que os setores de saúde apresentassem propostas concretas para enfrentar o aumento da violência policial no estado. A demanda gerou um desconforto perceptível: em vez de oferecer soluções imediatas, os setores de saúde priorizaram a apresentação de suas práticas em curso.

Naquele contexto, o CIRAST, representado por mim, propôs a criação de um grupo de trabalho envolvendo gestores institucionais e os diversos núcleos de saúde, com o objetivo de elaborar um protocolo de encaminhamento e acompanhamento de policiais envolvidos em situações de violência ou adoecimento. O papel do CIRAST, dentro dessa rede, foi claramente

delimitado: atuar a partir de uma lógica da saúde, oferecendo acolhimento e ações como grupos e oficinas, e não assumindo funções punitivas ou de controle institucional. No entanto, a necessidade de reafirmação constante dessa posição evidencia os riscos de captura institucional desse tipo de serviço por lógicas alheias ao cuidado.

De fato, embora o CIRAST possa contribuir para a construção de uma atuação policial menos violenta, é necessário refletir sobre os limites dessa proposta. A vinculação do setor à estrutura da Secretaria de Segurança Pública – cujos gestores, até o momento, são majoritariamente policiais – impõe desafios importantes. A manutenção da legitimidade clínica exige um posicionamento ético claro frente às pressões institucionais. Sem isso, corre-se o risco de que o serviço reproduza as mesmas lógicas disciplinares que colaboram para o adoecimento que ele se propõe a enfrentar.

Os efeitos dessas dinâmicas não são apenas institucionais, mas subjetivos. A hierarquia rígida e, muitas vezes, militarizada que atravessa os espaços da segurança pública contribui para um ambiente em que o medo prevalece sobre o diálogo, e onde o autoritarismo bloqueia o reconhecimento do sofrimento. Esse ciclo – medo, silenciamento, adoecimento – acaba por comprometer a própria possibilidade de transformação, tornando mais difícil o exercício de um cuidado que seja, de fato, emancipador.

Nesse debate, também podemos inserir a questão das implicações das relações institucionais e da vida do trabalho nas demandas trazidas não só por outros setores ligados à segurança, mas também da justiça ou até da saúde pública, além daquelas do próprio público atendido. Uma vez que não podemos perder de vista a questão do adoecimento/sofrimento do trabalhador da segurança pública diante desta conjuntura e das condições e respostas oferecidas pelo Estado. Adiante, falaremos um pouco mais da condição desse trabalhador.

2.1.3 A questão da hierarquia e disciplina e seus efeitos

O público do CIRAST é composto majoritariamente por homens (embora a quantidade de mulheres seja quase equivalente), em sua maioria pretos e pardos, casados, com idade entre 30 e 40 anos e entre cinco e 20 anos de serviços prestados. As questões médicas ou fisiológicas correspondem pouco mais da metade da motivação da procura pelo setor, nos últimos anos; e a ansiedade e demais questões de saúde mental aparecem como a segunda queixa principal. Mais especificamente, vimos que esse público é formado por profissionais que integram instituições de segurança pública – algumas delas são forças auxiliares do Exército e, conseqüentemente, pautadas em hierarquia, disciplina e militarismo.

Hierarquia e disciplina são a base institucional das Forças Armadas e, conseqüentemente, da maioria das forças de segurança no Brasil. Assim, segundo essas diretrizes, a autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico. Na prática, a hierarquia se refere à ordenação da autoridade, em níveis diferentes, por postos ou graduações; dentro de um mesmo posto ou graduação ela se faz pela antiguidade no posto ou na graduação. Enquanto isso, a disciplina seria a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam os órgãos e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo. Disciplina e respeito à hierarquia devem ser mantidos em todas as circunstâncias da vida, especialmente entre militares, seja da ativa, da reserva remunerada e/ou reformados (Estatuto dos Militares, Lei 6.880/80).

Segundo o Estatuto dos Militares de Sergipe (Lei 2.066/76) que inclui policiais militares e bombeiros militares, são manifestações essenciais do valor (policia) militar: I - O sentimento de servir à comunidade estadual, traduzido pela vontade inabalável de cumprir o dever policial, e pelo integral devotamento à manutenção da ordem pública, mesmo com o risco da própria vida; II - O civismo e o culto das tradições históricas; III - A fé na elevada missão da Polícia Militar; IV - O espírito de corpo, orgulho do policial militar pela organização a que serve; V - O amor à profissão policial-militar e o entusiasmo com que é exercida; VI - O aprimoramento técnico profissional. No que diz respeito à ética policial-militar, se preceitua o sentimento do dever, o pundonor policial militar e o decoro da classe que, por sua vez, impõem, a cada um dos integrantes da Polícia Militar, conduta moral e profissional irrepreensíveis.

Enquanto isso, na Lei nº 4.133/99, que rege a Polícia Civil de Sergipe, são listadas apenas as distribuições de funções do policial civil e algumas condições para cumprimento do estágio probatório de três anos, tais como: I - conduta idônea e ilibada, na atuação pública e na vida privada; II - aptidão para o exercício do cargo; III - disciplina; IV - pontualidade; V - assiduidade; VI - eficiência; VII - dedicação ao serviço público.

Já para a função de peritos criminais/polícia técnica ou científica, os requisitos básicos são: I – ser brasileiro; II – ter concluído, em instituição de ensino legalmente regular, o grau de escolaridade ou formação exigido para ingresso na carreira, na forma da lei; III – ter cumprido as obrigações militares (no caso de candidato do sexo masculino); IV – estar quite com as obrigações eleitorais; V – ter boa conduta social e não possuir antecedentes criminais; VI – gozar de boa saúde física e mental; VII – satisfazer as demais condições e exigências previstas em leis e regulamentos e no edital do concurso prestado.

A partir desses estatutos, podemos perceber diferenças significativas entre o que se espera

dos agentes de segurança pública civis e militares. O militarismo impõe missões e condições de trabalho distintas para esses profissionais e estas não podem ser desconsideradas quando falamos das relações entre trabalho e adoecimento dos agentes de segurança pública no Brasil. Dados do *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* (2024), em sua coleta dos dados de vitimização de policiais, apontam que o que mais matou policiais militares, no ano de 2023, foi o “autoextermínio”³⁴. Ou seja, policiais militares morreram mais por suicídio³⁵ do que por confronto na folga ou por confronto em serviço. Dados daquele ano apontam ainda que a taxa de suicídio³⁶ de policiais civis e militares da ativa cresceu 26,2%, em relação ao ano anterior.

Nos cursos de formação das polícias em Sergipe, sejam civis ou militares, valores como hierarquia e disciplina estão presentes. Os alunos concursados oriundos de diversos estados e com diversas formações acadêmicas passam por esses cursos, os quais duram, geralmente, alguns meses, a depender da instituição, e são distribuídos nos postos e funções pelo Estado.

Saliento a questão dos cursos de formação das polícias em virtude da importância destes para o enquadramento dos policiais às normas e regras institucionais e no intuito de evidenciar tal momento como tentativa de inserir esses novos servidores no conjunto de práticas esperadas pela instituição – ou seja, nos modelos de tecnologias de segurança –, mas não pretendo aprofundar nas questões de formação.

O texto do 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, *Policiais mortos em 2023: suicídios superam mortes em confronto* (2024), de Juliana Lemes e Juliana Martins, traz que os cursos de formação e treinamentos dos profissionais de segurança pública, orientados à construção da identidade policial, massificam e reproduzem conceitos e práticas alinhados à ideia de que o policial é preparado o suficiente para lidar, resistir e enfrentar qualquer condição, seja qual for o risco ou complexidade. As autoras falam de uma adaptação ao engessamento das respectivas instituições. Assim, os policiais seriam levados a acreditar que precisam renunciar a suas necessidades individuais em prol do “espírito institucionalmente construído de coletividade policial” (Lemes; Martins, 2024, p. 54).

³⁴ Termo utilizado no 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública para falar sobre suicídio.

³⁵ A coleta desses dados no estado de Sergipe é outro fator que gera debates. Esses dados coletados pelo anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública são fornecidos pelos estados. Em Sergipe, essa informação só é incluída no banco de dados após apuração do fato e conclusão do inquérito. E, em alguns anos, nenhum dado foi incluído. A situação do número de suicídios de policiais no estado e da coleta dessa informação pelos órgãos oficiais ainda encontra dificuldades e controvérsias, chegando ao ponto de não existir uma informação exata.

³⁶ Na clínica do CIRAIST, o dito “risco de suicídio” aparece frequentemente como resultado de perguntas feitas durante o acolhimento. Esse levantamento foi incluído no questionário de acolhimento como uma tentativa de levantar informações locais sobre esse fenômeno. E porque frequentemente a Secretaria Nacional de Segurança Pública pede esses dados para os estados. Os casos de tentativa de suicídio aparecem com pouca frequência em relação ao total dos casos. Mas, aparecem.

A cristalização da ideia de “policia herói”, comumente nomeado de “superior ao tempo”, diz respeito à produção, no imaginário, tanto popular quanto profissional, de que, antes de “ser ou estar”, um policial precisa “parecer ser ou parecer estar” investido de habilidades incríveis. Simplesmente, um servidor público incomum, distinto por sua autoridade e destreza, sabidamente demandado pela envergadura de sua função, representa um perfil profissional desautorizado a demonstrar fraqueza, cansaço ou esgotamento laboral. Assim, a cultura de naturalização de situações estressantes, à medida que fortalece o tabu que envolve o assunto da saúde mental policial, pode favorecer a invisibilidade do trauma, oportunizando o aprofundamento dos sintomas do adoecimento mental dos policiais. Uma vez que a ausência de identificação do problema impede seu reconhecimento pelo indivíduo ou por parte de terceiros, a necessária busca por ajuda e tratamento adequado são desconsiderados. (Lemes; Martins, 2014, p. 54).

Segundo Gaulejac (2007), o coletivo é portador de sentido, e é a malha central da aprendizagem da profissão. Ele fixa as normas aceitáveis, seus modos úteis de funcionamento e as apreciações que de fato importam. Interessa-nos observar as possíveis consequências de tais enquadramentos no universo da segurança pública em relação às questões de saúde e adoecimento destes policiais. Diante disso, considero interessante pensar a ideia de produção coletiva de sentido na aprendizagem da profissão.

Esse coletivo também protege de julgamentos arbitrários vindos do exterior, assim como reprime os comportamentos desviantes de seus membros. Assim, ele operaria como instância de elaboração simbólica que permitiria a cada um se situar em relação aos outros, a construir uma escala de valores sobre aquilo que se faz e não se faz e, portanto, sobre o conteúdo e as finalidades do trabalho. O coletivo daria sentido à atividade, servindo de espaço de transição entre o sentido prescrito pela instituição e o sentido produzido pelo indivíduo (Gaulejac, 2007).

O sentido prescrito pelas instituições inscreve a atividade em missões socialmente definidas e legitimadas. O sentido produzido pelo próprio indivíduo remete às capacidades autorreflexivas, à ideia de consciência. Trata-se então de se referir a si mesmo, a referentes interiorizados, inscritos nos sistemas de valores e de significações transmitidas pela educação e pela cultura. Esse julgamento se realiza a partir da experiência biográfica do indivíduo. (Gaulejac, 2007, p. 156-157).

A trajetória biográfica de um sujeito pode oferecer elementos que ajudem a compreender os motivos que o levaram a buscar nas forças policiais uma forma de inserção social e subsistência, bem como os fatores que influenciam seu sofrimento, sua adaptação ou resistência no exercício dessa função. Ser policial – ou agente da segurança pública – implica limites e possibilidades, como ocorre em qualquer profissão. No entanto, essa atividade carrega especificidades importantes, especialmente por estar profundamente articulada com o monopólio estatal da força e com a gestão dos riscos sociais. Nesse sentido, é fundamental

refletir sobre o trabalho desenvolvido pelos agentes de segurança pública, considerando tanto os sentidos construídos individualmente quanto a dimensão coletiva de elaboração simbólica e material sobre o que é “ser policial” e o que se espera dessa função na sociedade.

2.2 O TRABALHO E O TRABALHADOR POLICIAL

Existe um jargão militar entoadado em praticamente todos os cursos de formação de policiais: “O policial é superior ao tempo!”. Geralmente, ele é utilizado para reforçar a ideia de que o policial suporta sol, chuva, frio, calor; mas não apenas isso. Pretende afirmar que o policial, especialmente o militar, deve estar sempre à disposição para a missão dada, afinal: “Missão dada é missão cumprida!”.

Aqui, pretendo refletir sobre o policial enquanto trabalhador. Ao considerar que o trabalho é produtor de sofrimento e que existe um contexto externo no qual o trabalho é produzido, os objetivos são destacar o lugar de trabalhador dos policiais e elencar as questões que envolvem a situação do trabalhador, sem deixar de apontar as questões do contexto institucional e da hierarquia, do assédio e sua banalização e consequências.

Trazer as questões do policial enquanto trabalhador para serem debatidas nos faz encontrar uma controvérsia: o policial se enquadra nessa categoria? Alguns militantes de esquerda acreditam que não é o fato de ser assalariado e não ser detentor dos meios de produção que define o policial como trabalhador. E salientam que o fato de a polícia ser “o braço armado do Estado”, coloca os policiais em condição diferenciada da categoria trabalhador.

Pode parecer estranho, mas pensar o policiamento como trabalho (e não como uma missão) e policiais como trabalhadores (e não como missionários) não é uma visão hegemônica. Existem grupos de policiais, inclusive, que propõem construir um diálogo entre as organizações policiais e a sociedade em geral através de grupos de apoio à democratização das polícias, ao mesmo tempo em que querem participar das discussões sobre as necessárias mudanças estruturais da arquitetura do sistema de segurança pública. Mas as ambiguidades a que estão sujeitos os membros desses grupos de policiais são complexas, precisamente porque a posição de exposição e crítica que adotam os coloca em posições politicamente desconfortáveis dentro e fora da instituição (Durão; Souza, 2021).

A imagem dos policiais como trabalhadores coloca em causa representações conservadoras, que esperam deles heróis, mas também está na mira das críticas progressistas, que veem no seu *modus operandi* apenas a repressão capitalista contra, precisamente, “a massa

dos trabalhadores”. O Movimento dos Policiais Antifascistas (MPAF)³⁷, por exemplo, acredita que, para que policiais participem da construção da cidadania e da justiça social implicada nas posições antifascismo, é preciso, antes de tudo, considerá-los o que são: trabalhadores. Todavia, também é apontada a necessidade de convencimento e de valorização dos policiais pelo seu estatuto de trabalho no seio das próprias instituições policiais (Durão; Souza, 2021).

Esta ideia que os policiais antifascismo partilham, e por meio da qual orientam suas ações, nasce em oposição a dois discursos dominantes sobre policiais no país: o que identifica o policial como herói e guerreiro (uma fantasia mítica muito promovida pela extrema-direita, espelhada no bolsonarismo) e o que o identifica como bandido e assassino (um imaginário comum da esquerda e da intelectualidade brasileira, como reflexos do período ditatorial no Brasil) (Durão; Souza, 2021).

Nesse cenário, os policiais são convidados a ter consciência de si, consciência de classe, partilhando as dificuldades e vieses de outros trabalhadores. É uma identificação ou reconhecimento das lutas salariais destes. Mas, segundo os policiais antifascismo, apenas a afirmação de todos os policiais como trabalhadores permitiria efetivar de fato uma mudança organizacional e estrutural nas políticas públicas de segurança. Isto é, essa aspiração também precisa se voltar para dentro das corporações policiais e se erguer no sentido de melhorar as relações de trabalho e reduzir abusos de poder (Durão; Souza, 2021).

Segundo Durão e Souza (2021), os membros do movimento acreditam que a única maneira de mudar o dito comportamento violento entre policiais seria afirmar que o policiamento é trabalho, e que, como trabalhadores, os operadores de segurança partilham tanto da vulnerabilidade social quanto da ação política cidadã de todos. Para os membros do MPAF, só quando se caracterizam como trabalhadores, os policiais podem não se colocar nem acima e nem abaixo dos cidadãos, mas, sim, no plano horizontal de construção dialógica de uma sociedade. A noção de policial como trabalhador passaria claramente pelo acesso à cidadania, pela sua afirmação como sujeito de direitos, capaz de manifestar sua identidade plural ancorada na figura do servidor de Estado, não como militar, mas, sim, disposto a ser avaliado pela comunidade.

Dessa maneira, apenas a partir do entendimento do policiamento como trabalho (e não como missão) e dos policiais como trabalhadores (e não missionários), eles poderiam se colocar

³⁷ O MPAF nasceu em 2016 em cidades do Nordeste, foi oficializado em evento realizado no Rio de Janeiro em 2017 e, a partir de 2018, espalhou-se pelo Brasil. Conta com mais de 5 mil adeptos, entre policiais da ativa e aposentados. O grupo se posiciona contra a criminalização das drogas e o armamentismo e a favor da desmilitarização das polícias.

como interlocutores privilegiados para debater o que lhes diz respeito – as políticas policiais do trabalho, que incluem desde a mudança subjetiva das mentalidades até a ampla definição de todo o sistema de políticas públicas de segurança (Durão; Souza, 2021).

Compreender o policial enquanto sujeito social parece ser uma tarefa interessante se pretendemos pensar sua subjetividade, sua relação consigo e com o outro e os processos de sofrimento, adoecimento e saúde dessa categoria. Para basear o entendimento dessa relação dos sujeitos com o trabalho e com o sofrimento, trarei alguns pontos que considero importantes, tais como o entendimento sobre a função do trabalho, e o trabalho e identidade, para, em seguida, falar sobre o sofrimento do trabalhador da segurança pública.

2.3.1 A função do trabalho

Para Gaulejac (2007; 2024), o trabalho pode ser fonte de autonomia e fornecer as bases necessárias para existir socialmente. Pode ser um elemento de mediação essencial ao fundamento do ser no mundo, em uma relação de alienação, quando se reduz ao labor servil; e de realização de si, quando implica a realização de uma obra. Pode ter o *registro material*, se submetido à lógica da utilidade; o *registro econômico*, quando submetido à lógica da troca; e o *registro simbólico*, quando submetido à lógica dos signos. Ou seja, tem relação com a questão da função de sua utilidade concreta (a que serve?); com o valor de troca do produto (a que reporta?); e com sua significação simbólica (qual é o sentido da atividade e do que ela produz?).

Gaulejac (2007) acrescenta que o emprego pode ser considerado um vetor dos capitais que fundam a existência social: capital econômico, capital social, capital cultural e capital simbólico. O capital simbólico do trabalho estaria relacionado ao status socioprofissional e ao reconhecimento social do qual se beneficiaria. Enquanto alguns status seriam valorizados, outros seriam estigmatizados. Certas carreiras profissionais seriam, portanto, o signo do sucesso ou do fracasso, fontes de alegria ou vergonha, consideração ou invalidação, respeito ou exclusão.

Assim, o reconhecimento dependeria do valor deste capital simbólico, que seria o fundamento da estima de si e dos outros. Isso significaria que o valor do trabalho teria uma dimensão simbólica incontornável, a qual se calcularia no cruzamento psíquico, no âmbito da estima de si e dos jogos narcísicos, mas também do social, do ponto de vista do olhar dos outros e dos status social conferido a cada profissão. Seria a partir das posições e das categorias profissionais que os estatísticos situariam os indivíduos na sociedade. Ou seja, o trabalho

garantiria um status, uma posição, uma rede social, uma renda, elementos objetivos e simbólicos, essenciais para existir como parte integrada da sociedade.

Eu sou o que eu faço. As qualidades e o poder do ser humano estão muito ligadas ao trabalho que ele realiza, bem como às qualidades e ao poder atribuído à função que ele realiza. Grégoire Philonemko, chefe de departamento na rede de supermercados *Carrefour*, nos dá um testemunho impressionante (Philonemko; Guienne, 1997). Ele descreve perfeitamente o processo pelo qual um funcionário que deseja fazer bem seu trabalho se vê preso em um sistema que o levará a sacrificar sua vida, sua família e sua saúde. Pode-se falar aqui de possessão, tamanha é a sua força do controle do trabalho. No mesmo sentido, Hélène Weber testemunha a paixão que a faz aderir de corpo e alma ao *McDonald's* (Weber, 2004). Ela descreve com vigor os laços estreitos que se estabelecem entre seu ser profundo e “o ser da organização”. À propósito do sistema *IBM*, nós deciframos os mecanismos pelos quais os funcionários se tornam possuídos pela empresa ao mesmo tempo em que têm o sentimento que ela mesma lhes permite realizar suas aspirações e desejos mais profundos. (Pagès *et al.*, 1987) (Gaulejac, 2024, p. 61).

E continua:

Eu sou o que eu ganho. Como compreender de outra forma a mania de grandeza e a corrida ao sempre mais que permeiam os grandes executivos e *traders* em relação às suas remunerações? Não é o valor em si do dinheiro recebido que é determinante, tampouco somente o consumo e o conforto aos quais ele permite acessar, mas o poder potencial que o montante astronômico dessas remunerações dá a quem as recebe. O valor de uso aqui tem pouco interesse em comparação ao valor simbólico. A grandeza, o poder e a glória são essenciais. Não é o valor do que esses executivos produzem que justifica o montante do salário, mas seu montante que confere valor a quem o recebe e, por extensão, a tudo o que ele faz. O trabalho deixa de ser apenas um meio de subsistência e se torna uma finalidade da existência. Ele se torna como o dinheiro que gera, um elemento essencial na definição e realização de si mesmo. (Gaulejac, 2024, p. 62).

O trabalho aparece como fator de produção criador de riqueza para si e para a sociedade (no registro do fazer), um elemento central para adquirir meios de subsistência e acessar a proteção social (no registro do ter) e uma das vias para existir, se desenvolver e se realizar (no registro do ser). Mas essas dimensões também seriam contraditórias. E mais: o trabalho se tornaria fator de alienação e exploração, libertação e opressão. Pois, enquanto seria suporte essencial de realização de si, seria também fator de constrangimento, de impedimento de viver.

[...] Convém, portanto, compreender mais a fundo as dinâmicas contraditórias que atravessam a relação com o trabalho hoje. Se é um motivo de sofrimento, é também um lugar de prazer. Se portador de alienação, é igualmente um meio de realização de si. Ele é fundador da existência social, pelos direitos e pela proteção que gera, e fator de insegurança, pois a perda de emprego é um drama que pode tomar a forma de uma “morte social”. O medo de perder o emprego é um fator importante de insegurança. (Gaulejac, 2024, p. 67).

Para Gaulejac (2007), o emprego seria um suporte que dá ritmo ao tempo de vida dos trabalhadores. Além disso, ele estruturaria os comportamentos, canalizaria a sociabilidade e mobilizaria os investimentos afetivos. E o trabalho seria caracterizado por cinco elementos significativos.

[...] o *ato* de trabalho, levando à produção de um bem ou um serviço; a *remuneração*, como contrapartida dessa produção; a pertença a um *coletivo*, uma comunidade de profissionais; a colocação em prática de uma *organização* que fixa a cada um seu lugar e sua tarefa; e, finalmente, o *valor* atribuído às contribuições de cada um. (Gaulejac, 2007, p. 154-155). Grifos do autor.

Nas últimas décadas, segundo Gaulejac (2007), ocorreu uma transformação desses registros e do próprio sentido do trabalho. Nesse contexto, o sentido prescrito pelas instituições inscreve a atividade em missões socialmente definidas e legitimadas. E o sentido produzido pelo próprio indivíduo remete às capacidades autorreflexivas, à ideia de consciência. Para o autor, trata-se de se referir a si mesmo, a referentes interiorizados, inscritos nos sistemas de valores e de significações transmitidos pela educação e pela cultura. Esse julgamento se realizaria a partir da experiência biográfica do indivíduo.

[...] o sentido que o operador dá a sua ação é uma regulação e até um determinante essencial da ação. Cada indivíduo – sejam quais forem as condições de trabalho, seja qual for o grau de instrumentalização de que é objeto – tem necessidade de dar valor àquilo que produz, de colocar coerência diante das contradições, criatividade diante da uniformidade. Isso lhe permite realizar-se ao realizar sua tarefa. (Gaulejac, 2007, p. 157).

O trabalho tem sentido, visto que dá o sentimento de contribuir para uma obra coletiva e que cada atividade tem um fim fora de si mesma. Além disso, a produção de sentido teria se tornado uma questão pessoal, enquadrada pelas regras propostas pela empresa, modelos que substituem os referentes provindos da sociedade. Essa substituição não se faria sem consequências, ou seja, sobre o plano ideológico, ela exaltaria o individualismo, além de contribuir para a desvalorização das virtudes públicas. Além disso, dentre outros efeitos, ela contribuiria para o mergulho em uma corrida para realizar um destino sob a empresa. Nesse sentido, alguns podem ganhar compensações financeiras, mas seriam desapossados do sentido do próprio sucesso (Gaulejac, 2007).

A fórmula “não se quer perder a vida para ganhá-la” expressa perfeitamente o imbricamento do trabalho e da vida, do trabalho como meio de subsistência e do trabalho como finalidade da existência. Entre trabalhar para viver e viver para trabalhar, o balanço é permanente. É justamente porque o trabalho dá vida que ele

causa sofrimento. Ele não pode, pelo menos hoje, ser pensado como uma esfera separada das outras dimensões da vida pessoal e da vida social. A distinção trabalho/fora de trabalho torna-se nebulosa. As transformações constatadas no mundo do trabalho repercutem nas outras esferas da existência [...]. Os debates sobre o mal-estar no trabalho expressam posições antagônicas reveladoras dessas tensões contraditórias: o trabalho é um meio ou uma finalidade, um lugar de alienação ou de emancipação, um fator de realização ou de ansiedade, um vetor de subjetivação ou de instrumentalização? A resposta está na pergunta. Basta substituir o “ou” por um “e”. Esses diferentes polos opostos são indissociáveis. A tensão entre eles está sempre presente. O mal-estar só é compreensível na medida em que o trabalho pode ser fator de bem-estar. As mesmas situações podem trazer prazer e/ou sofrimento, segurança e/ou insegurança, dinamismo e/ou inibição, saúde mental e/ou depressão, felicidade e/ou infelicidade. No entanto, não se deve minimizar as condições objetivas de trabalho que são mais ou menos constrangedoras, mais ou menos penosas, mais ou menos estressantes. Convém, então, compreender melhor a articulação entre as condições concretas, materiais, objetivas (frequentemente referidas como “reais”) e as condições subjetivas, experienciadas, vividas, cuja realidade não é menos tangível. (Gaulejac, 2024, p. 68).

Lhuilier (2013) distingue o trabalho de suas funções sociais e historicamente determinadas, para levar em conta o duplo caráter do trabalho humano: aquele se funda na relação entre homem e natureza; e enquanto suporte de relações sociais específicas. Para ela, o trabalho tem um caráter fundamentalmente social e não pode ser somente uma atividade imediata, solitária, respondendo exclusivamente à satisfação de desejos individuais.

O trabalho é realizado com os outros, para os outros, ele é subordinado a um objetivo coletivo, organizado, coordenado, canalizado, gerido. Assim sendo, ele é objeto de enfrentamentos e de conflitos [...] O trabalho é bem a cena onde se confrontam, simultânea e dialeticamente, a relação consigo, a relação com o outro e a relação ao real. (Lhuilier, 2013, p. 483-484).

Para Lhuilier (2013), trata-se da relação consigo porque é o sujeito em seu ser que é convocado, com seus recursos, suas capacidades, mas também suas motivações, desejos conscientes e inconscientes, fantasmas subjacentes a seu engajamento no trabalho. Ela aponta que o lugar concedido ao trabalho na construção ou desconstrução do sujeito nos levaria a interrogar a articulação entre representações de si e experiência do trabalho através das modalidades de uso de si.

No trabalho, pode existir o uso que os outros fazem de nós, mas também existe um segundo sentido, o do uso que se faz de si mesmo na busca por realização. Não se trata apenas de adaptação ou interiorização, em um processo de sentido único. Existiria também no duplo valor do trabalho, espaço para a construção do sujeito. Com base em Freud, afirma ainda que o valor do trabalho na economia da libido passa pela possibilidade de transferir os componentes narcísicos, agressivos, mesmo eróticos da libido, para o trabalho profissional e para as relações sociais que este implica, dando ao trabalho um valor indispensável para o sujeito manter e

justificar sua existência no seio da sociedade. “Assim, pode-se entender a questão do sofrimento ou do prazer no trabalho como aquela de um mau uso de si ou, inversamente, como um uso que satisfaz as exigências de afirmação de um Eu, de uma identidade” (Lhuilier, 2013, p. 485).

2.3.2 Trabalho e identidade

No ano de 2024, ministrei aulas para a turma de formação de policiais civis do último concurso, na matéria Psicologia Aplicada às Relações Interpessoais, onde basicamente falo sobre a realidade das condições de trabalho e adoecimento dos policiais. Naquela ocasião, elenquei as seguintes questões: o que é ser policial, para você? E qual a sua expectativa para a carreira que está ingressando? Nessa atividade, pretendia trazer justamente a questão da identidade profissional/policial e utilizar aquela turma como laboratório para essa questão que aparecera na literatura. Pude perceber as nuances na expectativa de ascensão social, o vislumbre por condições dignas de trabalho (alguns policiais militares migrando para Polícia Civil, inclusive), a expectativa pelo “servir à sociedade” e, ainda, a realização de um sonho, para alguns. Pelo menos na Polícia Civil, a maioria parece ter esperado muito para estar ali, independente da motivação. Em uma turma, surgiu até a ideia de guardar os escritos deles e reabrir daqui a dez anos para ver se permanecem as mesmas sensações (foi uma brincadeira, mas eu adoraria ver isso).

Para Lhuilier (2013) e Gaulejac (2024), o trabalho também precisa ser visto na perspectiva de uma busca identitária.

Entre “o que faço” e “o que ganho”, o trabalho oferece uma posição, um status, uma identidade que permite definir seu lugar na sociedade em comparação com os outros. A profissão exercida e a posição profissional indicam uma classe de pertencimento e uma identidade social. “O trabalho é muito mais do que trabalho: é um signo de pertencimento, um marcador, um status” (Méda, 2010, p. 77). O essencial não é mais apenas ter um trabalho, mas ser pelo trabalho. (Gaulejac, 2024, p. 62).

Gaulejac (2024), ao refletir sobre a multidimensionalidade do trabalho, aponta que este tem o poder de conferir uma identidade. Ele seria o fundamento da existência social, tanto em termos de inserção quanto de integração. O trabalho especificaria o ser social de cada indivíduo na perspectiva de seu lugar na sociedade. E seria o fator de desenvolvimento pessoal e de construção de si, portanto, um elemento essencial do ser humano.

No trabalho, segundo Lhuilier (2013), ocorre um processo de busca identitária que impulsionaria o sujeito a criar, a manifestar e a fazer reconhecer sua singularidade através de

suas práticas. O prazer no trabalho estaria ligado à ação que a pessoa pode reconhecer como sua, na qual se sinta responsável e autônoma, onde encontre sentido e de onde extraia um duplo reconhecimento: o seu próprio e o dos outros. Além disso, a autora destaca a importância dos “coletivos de trabalho”, nos quais há a construção identitária por confrontação com a similitude e com a diferença de práticas e de traços de atividade.

Além da relação operatória com o trabalho, a relação simbólica entre os sujeitos também é importante. A inscrição social em um grupo de pertencimento é a condição de reconhecimento social e da validação das práticas. O efeito desse reconhecimento seria duplo – social e pessoal –, na medida em que seria o grupo social que ofereceria e reconheceria um lugar a seus membros e legitimaria sua contribuição ao objeto do trabalho. Esta formação contratual remeteria ao contrato narcísico, que seria o suporte da construção identitária no trabalho, assim como da manutenção do estar junto (Lhuilier, 2013). Os cursos de formação nas forças de segurança pública têm um efeito interessante na construção dessas relações simbólicas e na socialização profissional.

Entretanto, Lhuilier (2013) também afirma que a ação não pode ser somente execução, conformidade às prescrições, não podendo se reduzir à aplicação do saber e do saber-fazer adquiridos quando da socialização profissional. Segundo ela, se o engajamento, a ação e a criação favorecem, também, a afirmação e a transformação da identidade, seria a partir de um desengajamento das construções anteriores e de uma reelaboração coletiva que se possibilitariam ora identificações novas, ora afirmação das singularidades. O pertencimento a um coletivo de trabalho solicitaria a elaboração de uma maneira de ser e de fazer com os outros, na diferença, a fim de poder ser reconhecido, o que especificaria cada um em sua contribuição ao projeto comum.

Esta elaboração coletiva é permitida por um apoio mútuo onde se experimentam a unidade e a divisão, o pertencimento e a autonomia, a conformidade e a singularidade. Assim, a identidade se constrói não somente na distância ao papel e à tarefa acordados, mas também na distância à modelização das práticas, quer elas sejam produzidas pela formação profissional ou pelo grupo de trabalho. Esta distância, esta *décalage* supõe, entretanto, um apoio comum, uma referência partilhada a partir da qual a individuação poderá se engajar. A busca identitária parte sem dúvida das exigências narcísicas, mas ela se apoia, necessariamente, sobre o laço social e suas mediações, neste caso o trabalho. (Lhuilier, 2013, p. 485-486).

Nesse contexto, onde se enquadraria um sujeito que é socializado por instituições fortemente hierarquizadas, e, geralmente, trabalha no combate à violência nas ruas, em escalas de 24x72 horas ou 12x48 horas, compondo equipes de duas, três ou quatro pessoas (esta última raramente), cujo instrumento de trabalho é uma arma de fogo? Podemos dizer que o medo,

sensação de desamparo e enfrentamento em situações de conflito é um elemento a mais nessa cena e possui seus efeitos na saúde física e mental desse trabalhador?

Ao entender que o trabalho ocupa um lugar central no desenvolvimento da personalidade e na construção da identidade, poderemos analisar as dificuldades que essas problemáticas trazem. Esse percurso também pode nos fornecer elementos clínicos que apontem para a questão da escuta e da interpretação da dimensão do trabalho no funcionamento psíquico (Dejours, 2017), como veremos a seguir.

2.3.3 Polícia e saúde mental

A atividade policial é reconhecida como uma das mais perigosas, por sua ligação com os aspectos de violência da sociedade. A exposição a riscos, os fatores organizacionais (hierarquia e disciplina), a queixa constante de falta de apoio dentro e fora da instituição são fatores, dentre outros, apontados como fontes de sofrimento para os sujeitos envolvidos nessa tarefa.

Sousa, Barroso e Ribeiro (2022) fizeram uma revisão integrativa das principais pesquisas sobre os aspectos de saúde mental de policiais, especialmente militares, público que tem recebido maior atenção dos estudos acadêmicos. Nesse sentido, as autoras notaram que, nos trabalhos produzidos, os principais resultados apontavam para questões em torno dos temas estresse, transtorno do estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, *burnout* e suicídio. Segundo elas, fatores individuais e de trabalho foram associados ao adoecimento e fatores protetivos e interventivos foram pouco investigados nos estudos analisados.

Segundo Sousa, Barroso e Ribeiro (2022), as pesquisas mostraram ainda que ver crianças abusadas, vítimas em acidentes de trânsito grave ou homicídios, ver cadáveres, além da alta carga de trabalho, foram considerados como eventos traumáticos, especialmente para mulheres policiais. Enquanto, para os homens, testemunhar e participar de tiroteios e ver vítimas de assaltos ou agressões foram considerados os eventos mais traumáticos dentro da profissão.

Os estudos elencados pelas autoras apontaram ainda que o risco presente no trabalho operacional e a necessidade de se manter constantemente alerta são determinantes como desencadeantes desse estresse (a variável de saúde mais investigada nos estudos sobre policiais). Além disso, a rigidez da hierarquia e a determinação externa das atividades (recebimento de ordens), também poderiam contribuir para que os policiais tivessem poucas oportunidades para desenvolver suas estratégias de enfrentamento para as situações estressantes, aumentando o risco de adoecimento. Tais estratégias geralmente são recursos oferecidos pela psicologia e outras terapias como ferramentas de autocontenção em casos de

estresse. Percebe-se que são práticas popularizadas e que prometem atenuação de sintomas e relaxamento.

Entretanto, Sousa, Barroso e Ribeiro (2022) apontam que a maioria dos estudos se concentra em descrever a prevalência do adoecimento e não investigava suas causas, fazendo apenas diferenciações quanto ao tipo de trabalho executado ou ao sexo. Apontou-se, por exemplo, que o estresse prevaleceria naqueles que atuam no serviço operacional e nas policiais do sexo feminino. Os fatores organizacionais, principalmente a rígida hierarquia e a falta de apoio dentro da instituição, também foram apontados como fontes importantes de sofrimento para esses trabalhadores. A análise dos estudos mostra que muitos policiais se encontravam adoecidos e que sua situação de saúde afetava seu trabalho e sua qualidade de vida.

Segundo as autoras, a identificação de elevados níveis de depressão e de suicídio, em relação ao conjunto da população, têm sido relacionada a uma conjuntura complexa, na qual se somam a baixa educação formal e renda, entrada na polícia como forma de ascensão social, vivências de violência, baixa remuneração e reconhecimento social, aspectos da organização do trabalho (hierarquia, alta rotatividade no local de trabalho, políticas e regras ambíguas, medo de investigações internas, burocracia e pressão dos pares) e a facilidade de acesso a meios letais (tais como armas e drogas).

Outro dado significativo trazido pelas autoras é que os policiais sofrem em silêncio, não buscando ajuda de suas famílias, redes de saúde ou profissionais especializados em saúde mental, o que aumentaria o risco de suicídio. Além disso, os policiais mostravam relutância em expor sintomas emocionais ou psiquiátricos, em especial quando o profissional de saúde integrava a corporação (o que, de certa forma, é o meu caso). Esse comportamento poderia apontar, segundo as autoras, para o medo da perda da confidencialidade e por demonstrar fraqueza diante da instituição e de seus colegas. Nos estudos, elas encontraram informações no sentido de que os policiais utilizam, como forma de lidar com o estresse que a rotina impõe, uma posição de afastamento das situações vivenciadas e endurecimento, inclusive com membros da família. Essa situação poderia, segundo as autoras, potencializar o adoecimento mental do policial e precisaria ser considerada na criação de intervenções de promoção de saúde para esses trabalhadores (Sousa, Barroso e Ribeiro, 2022).

2.3.4 Adoecimento relacionado ao trabalho

Uma curiosidade sobre o nome do CIRAST é que, inicialmente, ele ia se chamar CIRAS. No entanto, já existe um outro centro de saúde mental em Aracaju com esse nome. Então o T de “trabalhador” entrou por acaso, mas fez todo o sentido.

Considero que pensar nosso público enquanto sujeitos trabalhadores que sofrem ou não diante dos seus destinos, pode ser um caminho interessante. Afinal, estamos falando de sujeitos que possuem uma história familiar e de trabalho. Um trabalho que gera um vínculo, uma marca identificadora profunda desde a entrada na instituição. E com suas questões que reverberam nesses espaços sociais. Assim, pensar por meio desse significante pode ser um referencial para entender que clínica se faz no CIRAST.

Para Gaulejac (2024), o mal-estar do trabalho seria um sintoma ligado à crise do trabalho. Esta seria ainda a consequência de um déficit de reconhecimento sob três planos: uma atividade desvalorizada, não reconhecida, ou que perde o seu sentido; as remunerações, que não estão à altura das contribuições esperadas; uma vulnerabilidade identitária, que provoca uma falta a ser, um conflito entre as aspirações existenciais e suas realizações, uma ruptura interna entre o eu e o ideal que fragiliza as bases narcísicas.

Segundo Gaulejac (2024), a queixa de não receber reconhecimento suficiente é o revés de uma forte expectativa acerca de tudo o que o trabalho pode trazer. Nesse sentido, o trabalho pode representar tortura e sofrimento, mas representa também um elemento essencial da construção de si e do desenvolvimento dos indivíduos.

Sobre adoecimento relacionado ao trabalho, Gaulejac (2007) nos aponta que os médicos do trabalho alertam regularmente os poderes públicos sobre as patologias ligadas à ameaça de perda do emprego, mas também daqueles que “sobrevivem” no emprego. Os sintomas psicológicos que se repetem são: desmotivação; ceticismo; desvalorização; culpabilização dos dirigentes; perda de autoestima e de identidade profissional; além de perturbações somáticas e psicossomáticas. Estas últimas seriam classificadas em cinco categorias: perturbações psíquicas; perturbações digestivas; perturbações dermatológicas; perturbações cardiovasculares; e perturbações comportamentais.

Atualmente, no Brasil, conforme a Portaria nº 1.999/2023 - MS, fazem parte da extensa lista de doenças relacionadas ao trabalho, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de: álcool; opiáceos; canabinoides; sedativos e hipnóticos, com ou sem dependência; cocaína; outros estimulantes, como cafeína; alucinógenos; fumo; solventes voláteis; e múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas. Além destes, fazem parte da lista os seguintes transtornos: delirantes persistentes; psicóticos agudos e transitórios; depressivo recorrente; episódios depressivos; além dos transtornos ansiosos; reações ao *stress* grave e transtornos de

adaptação; estado de *stress* pós-traumático; transtornos de adaptação; somatoformes; neurastenia; outros transtornos neuróticos específicos; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos; lesões autoprovocadas (suicídio); esgotamento (*burnout*).

Gaulejac (2007), ao falar sobre as novas patologias do trabalho, aponta para uma cultura da ansiedade, somada a outras consequências da tentativa de adaptação corporal e psíquica do trabalhador ao seu trabalho. Além disso, a depressão, o esgotamento profissional (*burnout*) e a adição ao trabalho são outras implicações.

[...] A hiperatividade é um sobrecarga de trabalho que se instala duravelmente porque é considerada como normal e aceita voluntariamente. É vivida como uma resposta a uma exigência de organização, ainda que resulte, de fato, de uma “opção” pessoal, em um contexto em que os critérios para definir a carga de trabalho são vagos ou inexistentes. Ela é fonte de orgulho, acompanhado de uma queixa pouco convincente de “vitimização”: “não aguento mais”, “estou esgotado”, “não tenho mais tempo pra mim”. Ela traduz um superinvestimento no trabalho que vem a preencher um sentimento de falta. Diante das exigências da gestão gerencialista, os trabalhadores têm o sentimento de que não fazem o bastante. Como se o trabalho realizado jamais fosse satisfatório. A combinação de uma expectativa de reconhecimento insatisfeito, de critérios flutuantes que definam concretamente o trabalho a ser feito e a incerteza diante da lógica de obsolescência, produz um sentimento de ameaça. “Produz-se então o imprevisível: em vez de um desinvestimento ou de uma retirada relativa da pessoa, é a hiperatividade no trabalho que se manifesta, exacerbadamente, como um modo de se proteger e de defender a profissão que parece ameaçada.” Tentativa ilusória para responder à incompletude narcísica, às exigências infinitas de desempenho e às ameaças de demissão, a hiperatividade se torna, como o estresse, um sintoma banal pela forma como parece espalhado. (Gaulejac, 2007, p. 223-224).

Sobre o estresse, Gaulejac (2007; 2024) afirma que ele está relacionado a um sentimento difuso de mal-estar e de ansiedade por meio de experiência de situações de trabalho qualificadas como estressantes. Estes podem ser distinguidos entre acontecimentos repentinos e perturbadores, que têm um efeito por vezes traumatizante, mas esporádico, e situações permanentes, vividas cotidianamente, que seriam menos espetaculares, mas extremamente nocivas. O fenômeno seria alarmante quando se torna crônico.

Apesar de, atualmente, haver maior reconhecimento do quanto o trabalho pode ser fonte de estresse e que este pode ser adoecedor, o estresse ainda é naturalizado no ambiente de trabalho e, em algumas profissões, é tido como parte do trabalho, ao qual o trabalhador precisa se adaptar. Sabe-se que a descarga das tensões induzidas pelo estresse permanente provoca sofrimentos psicoemocionais, como angústia, depressão, e perturbações do sono e da sexualidade, além de perturbações somáticas mais ou menos graves, como hipertensão, alteração das defesas imunológicas, úlceras, doenças cardiovasculares, dentre outras.

Em alguns casos, a resistência ao estresse é exigida como uma qualidade necessária para o sucesso do trabalho. Mais do que interrogar sobre suas causas, deve-se aprender a “gerenciá-

lo”. Assim, é pedido que o trabalhador utilize exercícios ou truques, tais como: relaxamento, respiração, meditação, massagens, bolas de borracha “antiestresse”, dentre outros. Ou seja, o estresse é considerado um mal necessário, ao qual o trabalhador deve se adaptar, canalizando seus efeitos nocivos. Além de não ser uma situação passageira, o estresse também pode ser gerado pelo próprio funcionamento da organização (Gaulejac, 2007). Nada disso, é distante da situação de trabalho dos policiais e das respostas oferecidas aos casos de adoecimento.

As causas invocadas para esse problema são a ausência de controle do empregado sobre o seu trabalho, a repetição das tarefas, a pressão dos prazos e ritmos, o meio ambiente e a exposição à violência. E geralmente também há um preço para a organização de trabalho, tal como a perda de produtividade e o absenteísmo (Gaulejac, 2007).

Diante daquilo que deveria ser considerado como uma epidemia, as reações dos poderes públicos e das empresas são mais discretas, para não dizer inexistentes. Cabe a cada trabalhador “se cuidar”, como se fosse pacífico que aí se trata de um sintoma de vulnerabilidade psíquica que necessita um apoio psicológico ou um auxílio médico. É o paciente que deve tirar as consequências disso e aprender a viver com a situação. As condições de trabalho que provocam não são postas em questão. Muito ao contrário. Do lado da empresa, pretende-se que o estresse tenha um caráter estimulante, que é preciso aprender a transformá-lo em “estímulo positivo”, e que uma dose de “bom estresse” favorece o desempenho. O estresse é banalizado ou apresentado como a consequência de comportamentos individuais, ao mesmo título que o cerco moral. (Gaulejac, 2007, p. 227).

O cenário apontado por Gaulejac pode ser visualizado na situação do trabalhador da segurança pública, tanto no que diz respeito à banalização do estresse laboral e da responsabilização do trabalhador pela procura de estratégias que individualizam a questão (meditação, relaxamento... e poderíamos até incluir: a própria terapia) como na atuação dos gestores como potencializadores e até fomentadores dos quadros de estresse e adoecimento do trabalhador.

Dejours (2017), ao falar sobre os efeitos dos constrangimentos engendrados pelo trabalho sobre o funcionamento psíquico dos indivíduos, aponta que podemos considerar três níveis de análise: a clínica, a teoria e a prática. A clínica seria o *corpus* de conhecimentos voltados para a identificação dos sintomas, das síndromes e das doenças que um paciente apresenta e que permitem fazer um diagnóstico de transtornos dos quais se queixa. A teoria seria o conjunto de conceitos que possibilitaria compreender como a subjetividade seria mobilizada no trabalho, ou seja, o que pertenceria à subjetividade, de um lado, na formação da inteligência do indivíduo (engenhosidade) e, de outro, na inteligência coletiva (cooperação). A teoria seria indispensável para a compreensão do trabalho vivo e de seus efeitos benéficos ou nocivos para o funcionamento psíquico de cada paciente, em particular. Segundo o autor, seria unicamente

através de sua prática que o psicoterapeuta conseguiria encontrar e inventar o caminho que dará ao paciente a possibilidade de elaborar novos compromissos entre a organização psicosexual herdada da infância e a organização do trabalho que lhe é imposta pela empresa ou pela instituição onde trabalha. Ele complementa que o instrumento essencial da prática é a escuta: “Escutar é buscar”.

Dejours (2017) acrescenta que a escuta do trabalho vivo, a clínica do trabalho, pode ser uma via para enriquecer a prática e a teoria psicanalíticas. Nesta clínica, a queixa do paciente pode vir revestida de uma síndrome de perseguição, dissimular uma síndrome de fracasso, alimentar um masoquismo que busca uma testemunha complacente. E o trabalho seria apenas um cenário, enquanto a origem do drama estaria em outro lugar, em uma história que começou bem antes do desencadeamento da crise. Aqui, eu não posso deixar de apontar os trabalhos de analistas com policiais que não levam em consideração esses pontos.

Dejours (2017) considera que o trabalho é um enigma tão opaco quanto o inconsciente. E que elaborar a experiência do trabalho – segundo o autor, também uma experiência da sociedade –, até mesmo no uso que é feito de si mesmo e de seu corpo, é também uma tarefa difícil. Ele está interessado justamente nos riscos para os estados psicológicos relacionados ao trabalho. O autor utiliza exemplos de casos de trabalhadores da construção civil, cujos riscos de acidente são frequentes e para quem a desobediência e indisciplina são práticas com conotação positiva e sinais de coragem. Além da resistência à prevenção, o autor aponta que esses operários apresentam certo gosto pelas manifestações ostentadoras de força muscular de agilidade, até mesmo de proezas físicas.

Nos parece bastante pertinente também fazer uma relação entre os achados de Dejours com os operários da construção civil, por ser uma atividade exercida predominantemente por homens que lidam com o perigo, muitas vezes colocando suas vidas em risco, onde também existe uma ideia de virilidade, não demonstração de fraqueza, um sentido de coletividade ou de trabalho em grupo bastante evidenciado. Não pude deixar de fazer associações com o próprio público do CIRAST, até mesmo nas estratégias para lidar com o medo e com o adoecimento.

A conduta com conotação viril, da coragem, da força e da temeridade, estaria associada, segundo Dejours (2007), a uma falta de manifestação de interesse pela saúde e pelo corpo, pela saúde mental, e a uma não permissão em falar sobre medo, levando muitos a utilizarem o álcool como ansiolítico. O autor considera o álcool um substrato que apresenta todas as qualidades de um medicamento para garantir a virilidade e ajudar a combater o medo.

Ora, esse medo, se vivenciado sem dissimulação, seria simplesmente incompatível com a continuação do trabalho do modo como este é organizado, sem situação real, nos grandes canteiros de obras. É por essa razão que os operários são levados a construir o sistema defensivo descrito, cuja finalidade é justamente lutar contra a percepção consciente do medo. (Dejours, 2017, p. 26).

Dejours (2017) aponta que “estratégias defensivas” são destinadas a lutar contra o sofrimento psíquico que o fato de trabalhar em um clima de ameaça implica. Segundo ele, é essencial entender a necessidade prática dessas condutas paradoxais. Elas serviriam para que a organização do trabalho e os constrangimentos concretos desse trabalho sejam humanamente sustentáveis. Assim, seria interessante evitar tanto os juízos pejorativos dos comportamentos supostamente aberrantes quanto fazer diagnósticos psicopatológicos a qualquer comportamento humano submetido a sua apreciação.

Para saber se um comportamento poderia ser considerado normal ou patológico, apenas o sujeito, individualmente, ou os trabalhadores, coletivamente, poderiam nos dar a direção certa a seguir para a interpretação. Para isso, o analista precisaria se abster de qualquer juízo, suspender seu saber, seus conhecimentos e seus pressupostos. Para Dejours (2017), não devemos renunciar aos conhecimentos, mas, pelo contrário, devemos deixá-los em espera, para ouvir a palavra do “sujeito do trabalho”.

Segundo Dejours (2017), a primeira implicação metodológica da psicodinâmica do trabalho seria a defesa de um “método compreensivo”. De acordo com essa abordagem, toda conduta, toda postura, todo discurso do trabalho, mesmo quando parecem ser os mais aberrantes para o observador externo, mesmo quando lembram síndromes patológicas para o especialista, eles têm uma função precisa na economia do sujeito, em relação aos constrangimentos reais do trabalho, em seu esforço para se manter dentro da normalidade.

Com as palavras de Alfred Schütz, Dejours (2017, p. 29) afirma que por “abordagem” ou “método compreensivo”, quer dizer que o pesquisador ou o clínico postularia como objetivo fundamental de sua investigação a “busca do sentido que as condutas e os discursos têm para os operadores” antes de decidir qual sentido tem para o próprio pesquisador.

Ter acesso ao sentido de uma conduta para o sujeito supõe, para o pesquisador ou o clínico, renunciar a qualquer função de *expertise* e a qualquer diagnóstico estabelecido a partir da análise de sinais externos objetivos. A abordagem compreensiva é decididamente subjetivista (mesmo que a prova de validade do sentido – trazido à tona por esse procedimento – se esforce *a posteriori* para objetivar seu status). “Nem juiz nem especialista”, essa seria então a máxima que poderíamos propor ao psiquiatra interessado na “centralidade do trabalho”. (Dejours, 2017, p. 29).

Dejours (2017) fala ainda da construção dessas “estratégias defensivas” para assinalar que tais condutas não são naturais, mas passam por elaboração simbólica. Segundo ele, esse sistema complexo de defesa contra o medo seria o resultado de construção coletiva, e não individual. Essa estratégia seria produzida pelos coletivos de trabalhadores, mas seria também estabilizada, controlada e mantida coletivamente. Seria devido a essa dimensão coletiva que se daria a essas estratégias a denominação de “estratégias coletivas de defesa”.

[...] Não só são construídas pelo coletivo, mas, além disso, contribuem de maneira essencial, fundamental e até mesmo fundadora para a construção e a estabilização do *coletivo de trabalho*. É por compartilharem a disciplina implicada na estratégia coletiva de defesa que os operários se reconhecem entre eles como membros do coletivo e que podem estabelecer relações mútuas de confiança e solidariedade. (Dejours, 2017, p. 30). Grifo do autor.

Dejours (2017) relaciona a “estratégia coletiva de defesa” ao que denomina de “ideologia defensiva de profissão”. Segundo ele, isso aconteceria quando os operários/trabalhadores idealizam as estratégias defensivas e estas adquirem tal rigidez que não podem mais ser discutidas nem criticadas. Assim, os operários correm o risco de se tornar vítimas dessa ideologia defensiva, na medida em que ela se torna inexpugnável, impedindo então qualquer evolução, mesmo positiva, da relação com o trabalho, com as exigências organizacionais e os riscos.

[...] o sofrimento, do qual as estratégias defensivas tentam assumir o controle mental, está sempre intimamente ligado às exigências organizacionais do trabalho. Em outras palavras, todo o campo da saúde mental no trabalho remete à organização do trabalho, enquanto a saúde física remete, sobretudo, às condições de trabalho. (Dejours, 2017, p. 31).

O sofrimento físico relacionado às condições de trabalho e da saúde mental associadas à organização do trabalho nos parece interessante para pensar as questões que aparecem no CIRAST, como os constantes apontamentos sobre o adoecimento provocado pela gestão dos trabalhadores e a busca elevada pelo cuidado com as dores físicas, percebida com a abertura de atendimentos da fisioterapia (que inclusive se tornou carro-chefe da procura pelos serviços das clínicas especializadas contratadas, superando a psicologia). Acreditamos que as dores do corpo são um sintoma interessante a ser observado nessa questão. Como também nos parece que é através dela que o policial tem buscado cuidados de saúde. É o corpo quem fala primeiro.

O sujeito do trabalho que chega ao CIRAST nos aponta que é mais fácil falar sobre as dores que aparecem no corpo. Elas são mais aceitas coletivamente.

Dejours (2017) questiona as consequências dessas “estratégias coletivas de defesa” para a economia psíquica e o equilíbrio mental dos trabalhadores. Segundo ele, o sofrimento do trabalho penetra no espaço privado e na intimidade de cada um de nós, atingindo, assim, o material próprio da investigação do analista. Segundo ele, existe uma solidariedade psíquica fundamental entre vida de trabalho e vida extratrabalho, ou uma unidade econômica entre as duas modalidades da existência.

O autor destaca que boa parte das consequências do sofrimento mental no trabalho não se manifesta sempre no local de trabalho. Muitos, no esforço para manter o trabalho, destroem a vida familiar e, geralmente, as crianças acabam em sofrimento psíquico consequente ao sofrimento dos pais.

O CIRAST não atende crianças, apenas cônjuges e filhos entre 18 e 25 anos, mas a lista de espera dos familiares para a psicologia ultrapassa 30 pessoas, no momento. Esta é uma demanda que o setor não suporta; não tem como atender. E os casos, muitas vezes, são graves. Recentemente, chegou, na apresentação de casos, um garoto que tentou o suicídio na adolescência e que comentava sobre a agressividade do pai. Pelo relato, eu percebi que atendi esse pai nos primeiros meses que cheguei, ainda no antigo CIAPS. Além dos jovens filhos, têm chegado também esposas bastante adoecidas, geralmente dependentes financeiramente desses maridos.

Sobre a questão dos sintomas, Dejours (2017) destaca que a forma semiológica da descompensação não depende unicamente dos constrangimentos de trabalho para a origem da crise. Para ele, a forma semiológica depende da organização mental do sujeito, de seu passado, de sua infância, de suas relações com os pais, dentre outras coisas.

[...] o trabalho imprime marcas muito específicas na organização defensiva do sujeito. Mas uma vez que a descompensação se manifesta, se for tomada isoladamente de seu contexto, é impossível encontrar nela, com clareza, os traços da organização do trabalho que deu origem à crise. (Dejours, 2017, p. 38).

Ao falar sobre os processos saúde/doença, Dejours (2017) destaca que estes são diversos e nem mesmo contínuos; seriam, na verdade, duas séries qualitativa e objetivamente diferentes, não se sobrepondo. O autor aponta para o dualismo substancial saúde/doença, e não para um *continuum* entre os dois tipos de processo. Dualismo que, segundo ele, também reitera o dualismo científico entre ciências médico-biológicas e ciências sociais a respeito das questões de saúde.

Do ponto de vista terapêutico, é evidente que a análise dos dois tipos de processo (doença e saúde) sugere, respectivamente, medidas práticas bem diferentes. Em geral, contudo, a abordagem por um dos dois acessos apenas pode ser suficiente para restabelecer um estado psicossomático satisfatório, mas nem sempre, como mostra o exemplo do senhor A., cujo estado psicossomático resistia às medidas práticas tomadas contra a doença, mas era receptivo às medidas práticas dirigidas à saúde. (Dejours, 2017, p. 40).

Para Dejours (2017), para o profissional, o ideal seria dominar os conhecimentos nos campos da saúde, com a psicodinâmica do trabalho, e no da doença, com a psicopatologia geral. Assim, segundo o autor, seriam consideravelmente maiores as vias terapêuticas que se apresentariam.

O autor também se interessa pela relação entre teoria da sexualidade e suas implicações nas relações de trabalho. Segundo ele, embora a psicanálise, tradicionalmente, não inclua o trabalho em seu campo de investigação, para analisar o conflito entre as expectativas em relação à construção da identidade no campo do *trabalho* e a expectativa em relação à construção da identidade no campo *erótico*, será necessário romper com as concepções clássicas das relações entre trabalho e funcionamento psíquico. Ele aponta ainda que, quando um lugar é destinado ao trabalho na problemática psiconeurótica, este, em geral, diz respeito aos homens; seria o caso das teorias de Freud sobre a sublimação.

Dejours (2017) aponta para duas problemáticas típicas: 1 - a da escolha profissional, que, segundo ele, traz à tona “questões relativas aos investimentos sociais, à sublimação, às identificações, às idealizações e às formas expressivas de seus fracassos [...] (vetorização inconsciente – trabalho); e 2 - a dos impactos da situação de trabalho sobre a vida psíquica e afetiva do adulto, e, de modo geral, sobre a saúde mental ou somática (vetorização sociedade – sujeito). Segundo ele, estas deixam implicitamente aceita a ideia de que:

[...] o trabalho constitui uma dimensão ontologicamente *externa* ao sujeito, um *elemento de realidade* em que se condensam os dados relativos ao funcionamento da sociedade (hierarquia, dimensão econômica etc.) e à concretude das exigências ligadas à atividade (gestos, habilidades, saber-fazer, conhecimentos a serem adquiridos – competências – e aplicados – desempenhos). (Dejours, 2017, p. 78).

E acrescenta que:

Se essa realidade pode ser desestabilizadora ou traumática, ela é pensada pela psicanálise, por outro lado, apenas como radicalmente alheia, o problema em relação à vida subjetiva sendo somente de articulação, concebido geralmente em termos de adaptação ou de ajuste psíquico. (Dejours, 2017, p. 78).

Para analisar a relação subjetiva com o trabalho, Dejours (2017) se propõe a escutar a intrincação entre o erótico e o dessexualizado na formação dos sintomas e na elaboração da transferência, além de trabalhar a questão desde o momento da adolescência e refletir sobre as questões práticas da clínica feminina. Aqui, o autor percebe uma dificuldade de escuta por parte dos psicanalistas, em virtude das relações de dominação masculina presentes no mundo do trabalho.

Marie-Pierre Guiho-Bailly e Patrick Lafond (2017) se interessam pelo lugar do trabalho na gênese dos transtornos mentais. E destacam a importância de dirigir a atenção não apenas para a vida profissional dos pacientes, mas também para o lugar que o trabalho ocupa na vida mental deles, em seu funcionamento mental, nas alterações de sua saúde ou em seus movimentos de reestruturação. Ou seja, com a relação subjetiva com o trabalho. Segundo eles, as especificidades concretas da profissão exercida, o percurso profissional, as singularidades da relação subjetiva com o trabalho e de sua evolução não surgem nas fichas dos pacientes, exceto, quando aparecem, na menção à profissão exercida. Eles apontam ainda que o próprio paciente participa desse processo de ocultação, ao considerar que sua vida profissional “não interessa” ao clínico, a não ser para avaliar o impacto temporário de seu estado de saúde sobre sua aptidão profissional.

Na maioria das vezes, as questões do paciente que consulta em psiquiatria coincidem, na verdade, com aquelas do profissional que o atende: determinar a semiologia dos transtornos, fazer um diagnóstico, formular hipóteses etiológicas eliminando primeiramente um problema somático de expressão psiquiátrica, depois investigando elementos da história pessoal, familiar, bem como as modalidades estruturais do funcionamento mental que permitiram elucidar a clínica e orientar as propostas terapêuticas. (Guiho-Bailly; Lafond, 2017, p. 56).

Annie Bensaïd (2017) traz um relato de caso em que se destaca a relação do trabalhador: como medo, o risco à integridade corporal e o risco de morte; com a ansiedade e sua relação com o comportamento de desafio, e a sensação de controle; e, com base em Dejours, com o funcionamento das “estratégias coletivas de defesa”, nas quais a confiança mútua e a coesão do coletivo são importantes para poder trabalhar. E o quanto a sensação de isolamento progressivo e de perda de identidade, aliada à situação familiar, pode levar ao adoecimento do trabalhador.

A autora observa que o “trabalho de interpretação” é bastante diferente daquele que se costuma realizar na psiquiatria, a qual, por sua vez, não leva em conta o contexto das relações sociais de trabalho atuais e só faz referência à diacronia e à história psiconeurótica do paciente a partir de seu passado infantil. Para ela, há situações em que a estabilização mental pode ser

alcançada agindo unicamente sobre a situação de trabalho, graças a uma mudança no posto de trabalho; situação percebida em um trabalho psicoterápico aliado à psicopatologia do trabalho.

Perceber os agentes de segurança pública enquanto trabalhadores que sofrem os efeitos das suas relações de trabalho e apresentam respostas a estes de forma individual e coletiva, foi um importante achado deste campo. Fazer essa relação é importante para se pensar a polícia que queremos, e se existem condições viáveis para a existência dela, se o trabalhador da segurança pública não for encarado como um sujeito que sofre os efeitos das suas relações também com o trabalho e suas particularidades, tais como: gestão, relações interpessoais, assédio, assalariamento, condições dignas de trabalho etc.

Essa reflexão também recai sobre a clínica que não leva em consideração o trabalho enquanto fonte de satisfação e de sofrimento. Além de não perceber a relação com o trabalho enquanto fonte de saber sobre o sujeito.

As primeiras questões dessa pesquisa proporcionaram resgatar a história da psicanálise que se aventura fora do consultório tradicional, desde as primeiras gerações, como também seu deslocamento de um percurso mais ortodoxo como efeito de sua inserção nas instituições. No percurso que o campo proporcionou também percorremos um olhar para as particularidades do público do CIRAST e alguns aspectos que têm surgido como demanda do local: a questão da saúde do trabalhador e da violência policial, por exemplo. E, por fim, ele também nos permite pensar a clínica.

Diante desses apontamentos, a seguir, traremos alguns elementos da clínica no CIRAST. Além de observar as diferenças e aproximações do modelo do consultório, refletiremos sobre o campo em que tal clínica e pesquisa se desenvolveram, os possíveis achados clínicos e as limitações e possibilidades de uma clínica psicanalítica no CIRAST.

3 A CLÍNICA NO CIRAST

Neste capítulo, abordo questões da clínica desenvolvida no CIRAST, partindo de reflexões sobre a escuta. Observo as particularidades desta, além de suas limitações e possibilidades, com base no discurso e queixas dos pacientes. E abordo alguns detalhes importantes como o *setting*, a questão da hierarquia nesse espaço, o fazer na psicoterapia e na psicanálise, a elasticidade da técnica e a questão do dinheiro, como elementos que apareceram, dentre outros, e precisaram ser elaborados nesse campo. Aqui, o desejo é o de abrir caminhos para a discussão das possíveis contribuições dessa clínica para a analista, para a instituição e para a própria teoria e prática psicanalítica.

Volto a destacar que os casos clínicos serão trazidos com cuidado para que não haja identificação das pessoas envolvidas. Há a dificuldade em si que envolve escrever sobre casos clínicos, somada a diversos fatores sociais e institucionais que tornam essa escrita complexa neste trabalho. Assim, pretendo trazer apenas vinhetas clínicas para ilustrar minimamente as ideias propostas.

3.1 O *SETTING*

O CIRAST, conforme vimos, não é um *setting* tradicional. Trago uma clínica que acontece em setor que tem forte presença nas instituições policiais e que, além de ter público específico, agentes de segurança pública e seus familiares, está pautada em uma clínica que é compartilhada - em equipe. Não menos atípica é a situação deste relato de experiência ser feito por uma “psicanalista sargenta” (não consigo não rir com essa junção de palavras). Diante desses fatos e observando as possibilidades e limitações de uma clínica psicanalítica no CIRAST, pretendemos analisar os achados clínicos com os quais nos deparamos enquanto analista neste local.

Para começar, vou situar o leitor de que o CIRAST, no momento, fica sediado em um prédio separado da Secretaria de Segurança Pública e de qualquer outro setor das polícias. Lá, os técnicos trabalham com trajes civis e as instalações são adaptadas para os atendimentos oferecidos. O prédio conta com salas de atendimentos individualizadas, academia, sala de fisioterapia/pilates de solo, copa, banheiros e auditório. Saliento esses aspectos porque isso não ocorre em todos os setores de saúde das forças policiais, locais ou de outros estados. Ou seja, tanto a estrutura física quanto as experiências e os direcionamentos do trabalho são diversos, assim como no resto do Brasil.

Outro ponto importante é que minha inserção institucional me coloca, em tese, como uma analista que não se distingue do próprio público, visto que sou policial, e já trabalhei, mesmo que brevemente, em contextos operacionais e administrativos na PMSE. Por um lado, essa aproximação permite uma compreensão do contexto das falas daquele público, mas, por outro, poderia ter seus complicadores, tais como uma possível identificação imaginária do paciente com a analista ou até mesmo uma identificação da própria analista com seu público. Nesse sentido, além da análise pessoal e da supervisão, a própria pesquisa e suas implicações têm papel fundamental na minha trajetória, enquanto possibilidade de elaboração das experiências que se apresentam. Nesse caso, temos o lugar identitário do trabalho e escrita encarnada, mas cima disso, uma pesquisa que pode ter um efeito de formação psicanalítica.

Os atravessamentos e ressonâncias dos discursos dos pacientes sobre a analista são inevitáveis em alguns momentos, como veremos. Entretanto, prefiro acreditar que o que qualifica a minha escuta desse público não tem relação com a minha função de policial, e, sim, com a posição de analista. Além disso, possivelmente, mesmo na fantasia dos pacientes, a minha posição ali é de psicóloga, ou seja, a própria instituição me designa para essa função naquele contexto específico, e eu a aceito. De alguma forma, esse trabalho se configura uma reflexão sobre o que fazer com essa função e em que me apoiar para tal. Afinal, a instituição traz a psicóloga e aparece a psicanalista.

3.1.1 A questão da hierarquia e a clínica

Uma particularidade desse *setting* que precisa ser considerada está no fato de que ele se dá não apenas em uma instituição, mas em uma instituição cuja marca da hierarquia e disciplina é bastante presente e valorizada. Precisamos refletir sobre as implicações desse cenário.

Em algumas oportunidades, atendi pacientes que tinham posto ou graduação militar maior que a minha. Estas terapias duraram alguns meses, e foram no início da minha trajetória no CIRAST. Ocorrem em número inexpressivo, tanto por uma escolha da gestora do centro na distribuição dos casos, quanto pela baixa procura destes pelo serviço. Diante disso, a questão que apareceu, em alguns momentos foi: seria possível atender um policial de patente superior, ou seja, um oficial de polícia? Quais os efeitos disso, para a analista e para a análise? Geralmente, esses policiais chegam sem suas fardas, mas com suas histórias. Aparece a pessoa por baixo da farda, embora esta continue sendo parte importante daquele ser.

Trata-se de uma questão sobre a transferência, de como uma hierarquia interna pode incidir sobre esta, e interferir na posição do sujeito suposto saber ou na “autoridade” do terapeuta.

Em outros termos, essa discussão já apareceu em algumas oportunidades na equipe do CIRAST e em eventos que reúnem todos os núcleos, como o *I Curso de Capacitação Biopsicossocial*, realizado em 2024. Nesses momentos, a gestora do CIRAST e alguns profissionais de outros núcleos se colocam reticentes diante desse tipo de atendimento, visto que, em instituições militarizadas de polícia, o que importa é o regulamento disciplinar e, nele, há uma separação das castas e suas funções. O ponto é que, para alguns, isso seria um impeditivo do trabalho terapêutico, onde um oficial, por exemplo, seja atendido por um praça. Nesse sentido, a questão hierárquica aparece como uma limitação para a relação de confiança necessária e, portanto, na relação analista/analizando.

Atendi no ainda CIAPS paciente do posto de oficial militar que veio por algumas semanas, mas parou de forma abrupta. A justificativa dada foi a de dificuldades diante da rotina e escalas de trabalho e, conseqüentemente, falta de tempo. Uma transferência amistosa pode ter surgido, mas não o suficiente para a construção de um vínculo.

Além da questão da hierarquia e de uma possível incidência sobre o vínculo transferencial, outro elemento importante a ser considerado nesse caso é o da contratransferência. Minha hipótese sobre esse caso é de que a história dessa pessoa teve impacto sobre a contratransferência. Mas que não se trata apenas de hierarquia. Nesse sentido, podemos pensar mais em um limite da analista do que da própria análise.

Apesar desse desfecho, considero que, desde que a/o analista consiga sustentar sua posição, a questão da hierarquia na instituição pode não ser impeditivo do trabalho. Isso porque essa relação não deveria ser apenas hipotética no *setting*; todos precisam estar bem colocados nos seus papéis na análise, mas a analista a conduz (daí a importância da análise e supervisão para a visualização dos possíveis pontos cegos). Esse caso não prosseguiu, o que pode indicar um insucesso, mas não uma impossibilidade, desde que bem elaborada e conduzida pela analista, sustentada nos pilares possíveis da psicanálise e, principalmente, na sua própria análise.

Esse cenário pede alguma inventividade, visto que o que está na instituição chega no *setting* e precisa ser encarado por analista e paciente. Mas, a questão que surge é: o que é possível na clínica nesse campo?

3.2 PSICOTERAPIA OU PSICANÁLISE? O QUE ACONTECE NO CIRAST

O estabelecimento da transferência nesse *setting* atravessado pela instituição e o próprio *setting* em si (sem divã e sem dinheiro vivo ou virtual e, nos últimos meses, com estipulação de tempo de encerramento prévio – seis meses a um ano), seriam impeditivos de que se faça psicanálise nesse espaço? Diante desse cenário, ressurgem a velha questão: falaremos de psicoterapia ou de psicanálise?

Mesmo para alguns psicanalistas mais ortodoxos, como Quinet (2019), Freud nos legou a incumbência de reinventar a psicanálise a cada vez que, como psicanalistas, iniciamos um trabalho de análise. Início que também depende do psicanalista com seu ato de decisão, a partir da demanda de alguém, seguido pelo estabelecimento dos acordos (tempo das sessões, frequência etc.) e adequação a algumas poucas regras fundamentais (associação livre do lado do analisante e atenção flutuante do lado do analista) (Quinet, 2019).

De modo geral, nas análises mais tradicionais, nas primeiras entrevistas, a primeira meta seria ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista, e, a partir da percepção dos sintomas e criação da demanda, estabelecer um diagnóstico diferencial, especialmente entre neurose e psicose, com objetivo de determinar a condução do tratamento. O trabalho prévio seriam as entrevistas preliminares – com funções sintomatológica, diagnóstica e transferencial –, o que Freud chamou de tratamento de ensaio. Nesse sentido, nem mesmo o uso do divã seria uma regra (Quinet, 2019).

O fato de o sujeito se apresentar ao analista para se queixar de seu sintoma e pedir para dele se desvencilhar, não bastaria. Seria preciso que essa queixa se transformasse em uma demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passasse ao estatuto de questão para o sujeito, para que este fosse instigado a decifrá-lo. No trabalho preliminar, o sintoma é questionado pelo analista, que, por sua vez, busca saber a que esse sintoma estaria respondendo, que gozo esse sintoma estaria delimitando (Quinet, 2019). Apesar de não seguirmos com este autor nas discussões, esses pontos nos parecem importantes para pensar o que o paciente busca no CIRA e o que ele encontra, e, mais ainda, o que o analista pode oferecer.

Para autores, como Fédida (1988), a prática psicoterápica pode evitar regras gerais, embora tenhamos necessidade delas e saibamos também que cada paciente está sempre em um desvio em relação a elas. O autor acrescenta que o que nos faz terapeutas é a existência da regra fundamental (associação livre do analisando e atenção flutuante do analista) em nosso pensamento, assim como tudo aquilo que se passa entre nós e o paciente como desvios em relação a essa regra ideal. Para ele, nessas condições, deveríamos nos perguntar se podemos falar em um tratamento bem-sucedido.

A psicanálise aparece no CIRAST a partir do meu trabalho, mais especificamente da minha ética de trabalho. Entretanto, estou falando de uma prática desenvolvida por uma profissional formada em psicologia em uma universidade. E que não possui formação em escolas de psicologia específicas. Isso não me impediu de estudar psicanálise e de ter feito escolhas nessa trajetória. Devo salientar inclusive que há uma disputa discursiva dentro do círculo psicanalítico sobre o que se autoriza dizer que é psicanálise, mas não entraremos nessa questão neste trabalho.

Fédida (1988), ao falar sobre as questões técnicas em psicanálise, nos lembra que, em 1912, Freud aponta que a técnica psicanalítica é a única que lhe convém pessoalmente, mas que talvez um outro médico com temperamento diferente do seu poderia ser levado a adotar uma postura diferente. A prática do método para Freud estava a serviço das descobertas teóricas sobre o psiquismo humano, ou seja, era um método de investigação. Quanto à técnica terapêutica, constantemente Freud solicitava que cada um encontrasse, na sua prática, a técnica que melhor lhe convenha pessoalmente.

Nesse sentido, a psicanálise tem sido a minha referência nas ações clínicas e institucionais. Ou seja, atravessa e embasa a minha forma de estar em campo e de pensar sobre ele justamente porque é a que me convém pessoalmente.

Para Fédida (1988), foi Ferenczi quem mais se interessou pelas condições práticas de manejo clínico da técnica. E, segundo o autor, Ferenczi pode ser considerado o fundador da psicanálise como técnica clínico-terapêutica, tendo formulado inclusive a regra fundamental de que, para se tornar analista, deve-se ter sido analisado por alguém outro de forma suficientemente profunda.

[...] Num certo sentido, não é que Freud tenha se desinteressado da técnica analítica mas sim que a técnica, contida por uma ética que ela funda, identifica-se pura e simplesmente à prática da análise. Que o analista no trabalho continue sendo interpelado na sua própria análise e deva prosseguir-la sozinho ou, regularmente, com alguém outro, implica em pensar a técnica psicanalítica referida exclusivamente à perlaboração inconsciente do analista. (Fédida, 1988, p. 104).

A técnica representa um nível normativo, mas, em certo ponto, o analista é tanto mais analista quanto a sua maneira de ser e de agir encontra uma inventividade, criatividade em si mesmo que, embora não calculada como conceito, está de acordo com o que pode chamar de regra fundamental (Fédida, 1988). Podemos acrescentar aqui a questão do estilo do analista, ou seja, de sua forma de ocupar seus espaços e maneira de posicionar diante da própria ética psicanalítica.

[...] Eis porque àquilo que chamo de regra fundamental, regra de livre associação do paciente e regra de atenção equiflutuante do analista, dois aspectos complementares da regra fundamental [...]. Então, o que chamamos de regra fundamental, analiticamente entendida, define tanto as condições do funcionamento psíquico do tratamento, como a capacidade de o analista permanecer analista. Dito de outra maneira, a regra fundamental é uma regra de estabilidade igual. (Fédida, 1988, p. 36).

Para Fédida (1988), desde Ferenczi, o problema da elasticidade da técnica é reencontrado na nossa prática. É um problema que justificaria as condições de criatividade do terapeuta. Alonso (2022) concorda que seja fundamental uma criatividade na escuta que nos permita construir teorias ficcionais, além de muita paciência para que o amor de transferência possa surgir em meio a tanta pulsão e pouco desejo.

Ao me perguntar se esse cenário se aplicaria ao trabalho nas instituições e, mais especificamente, nas instituições de segurança pública, observo que, no CIRST, por exemplo, o sujeito busca ou é encaminhado para o serviço porque, geralmente, está diante de algum sofrimento, físico ou mental, reconhecido ou não. E está ali não necessariamente em busca da psicanálise ou até mesmo da psicologia, mas procura ou é encaminhado a um espaço para lidar com suas dores. Ou seja, o que fazer com pacientes que aspiram ter um lugar onde possam falar e não necessariamente fazer análise? Cabe ao analista receber essas demandas de cuidado ou de simples palavra/escuta? Nesse sentido, acatar ou não uma “demanda de análise” dentro de uma instituição, especialmente de segurança pública, tem muitas nuances.

Segundo Radmila Zygouris (2011), são raros os analistas que recusam tais demandas. Entretanto, geralmente se espera que essa demanda de fala se transforme em uma dinâmica mais próxima da psicanálise. Eu sigo esse raciocínio para essa questão.

Poderíamos, portanto, dizer que a psicanálise toma corpo no *après-coup*. Resulta, do que dissemos anteriormente, que é presunçoso pretender saber de antemão que aquilo que empreendemos será uma psicanálise ou uma psicoterapia, ainda que saibamos, no entanto, que uma análise sem efeitos terapêuticos é uma análise que fracassou. Mas temos que saber que, seja qual for a demanda e a nossa capacidade de responder a ela, quando decidimos aceitar um paciente, é como psicanalistas que nos engajamos, ao mesmo tempo em que, a cada vez, engajamos a psicanálise inteira no campo da ética. (Zygouris, 2011, p. 16).

Zygouris (2011) afirma ainda que cada vez menos psicanalistas recebem “verdadeiras” demandas de análise. Em contrapartida, recebem verdadeiras demandas de psicoterapia, vindas até de analisandos de longo percurso. Segundo ela, não se pode, portanto, continuar partilhando as ingenuidades de nossos ancestrais. Em função disso, ela aponta que se faz necessário tentar fazer de outro jeito, desidealizar a psicanálise e evitar a excessiva identificação com os mestres,

de modo que possamos manter a necessária distância crítica. E acrescenta que são as pesquisas em psicoterapia, impulsionadas pelo sofrimento dos pacientes, que fazem a própria psicanálise avançar. É isso que pretendo com esse trabalho.

Antes disso, no entanto, é preciso que haja um vínculo de confiança entre analista e analisando para poder criar as condições de um estar juntos. Uma base a partir da qual possam surgir os pensamentos e o sujeito possa se servir do “método analítico da livre associação”, uma vez que este não é imediatamente aplicável a todos e muitos têm dificuldades em “imaginar”. (Zygouris, 2011, p. 26).

A dificuldade na criação de vínculo de confiança e a dificuldade de “imaginar” pode ser uma nuance a ser considerada em alguns casos na clínica com policiais. Estes costumam assumir uma postura desconfiada diante dos serviços oferecidos pela instituição. O que pode exigir um trabalho maior no acolhimento dessa demanda e na espera para que algum material apareça nessa análise. Mas, esta também não é uma regra geral. E costumo considerar um esforço válido e que, muitas vezes, dá alguns frutos.

Nesse sentido, o início de psicanálise, segundo Zygouris (2011), passa pelo desejo de saber do analisando no que diz respeito ao seu próprio funcionamento psíquico (o paciente se debruça sobre si mesmo para interrogar sua própria responsabilidade nos acontecimentos de sua vida). Passa também pelos movimentos transferenciais que se tornarem perceptíveis. E ainda pelo ponto de que o caso é o “entre”, é a sequência lógica do ponto anterior (o analista percebe que o caso é ele e o outro, e não apenas o outro). Isso fica evidente no caso do atendimento à oficial, que citei acima; e demonstra a importância do trabalho do analista nesse cenário.

Essa exploração do espaço “entre” é onde se vive a dependência da transferência e da contratransferência. Assim, o trabalho sobre a contratransferência é visto como instrumento indispensável de uma análise. Para que haja realmente exercício da psicanálise, não poderíamos, portanto, subtrair o analista da situação. Assim, o caso nunca seria o “doente”, uma vez que, em função da transferência e da contratransferência, e graças à interdependência dos protagonistas, o caso, o verdadeiro sujeito da sessão, é no mínimo dois e, portanto, três – a partir da supervisão do analista (Zygouris, 2011).

É nessa perspectiva que se torna interessante ver a que ponto a contratransferência precede a transferência. Os pensamentos e as convicções do analista precedem a chegada do paciente e configuram tanto sua escuta quanto sua maneira de ser. Depois disso, existe a contratransferência que é uma resposta à transferência do paciente, mas que já está submetida às categorias mentais e inconscientes daquele que a recebe. (Zygouris, 2011, p. 32).

Além do caso citado anteriormente, no CIRAST, a vida institucional aparece como importante fator de contratransferência, uma vez que surge no discurso dos pacientes. Mas não apenas neste: ela atravessa também no olhar e na escuta daquele que atende, desde o acolhimento. Uma outra situação que observo nas reuniões de estudo de caso, por exemplo, chama a atenção: o julgamento prévio que se faz do policial e de seus comportamentos desde a apresentação dos casos. Ideias como: dá para identificar quando é policial militar desde que entra na sala, mesmo sem farda; geralmente, os policiais são mais impacientes etc. Ou até quando sabem que sou policial e dizem: “Nem parece, você é tão calminha”. Temos aqui o entrelaçamento de várias questões, inclusive sociais, que marcam esse olhar oferecido à figura do policial, mesmo dentro de uma instituição voltada para o atendimento desse público específico.

3.2.1 A questão do dinheiro

A questão do pagamento no atendimento em instituições é outra interrogação interessante. No CIRAST, por exemplo, a equipe, em alguns momentos, chega a colocar que sente uma diferença no engajamento de seus pacientes nos seus consultórios particulares. Enquanto, no consultório, percebem vinculação maior ao tratamento e ao terapeuta, no CIRAST, não ocorreria da mesma maneira. Segundo eles, nesse último, os pacientes faltam e abandonam o tratamento com maior frequência. Eu não saberia dizer se isso é fato, uma vez que, assim como existem pacientes faltosos e desistentes no CIRAST, também temos aqueles que são assíduos. Mas, aqui entendo que mais uma questão que remete ao social aparece. O atendimento particular é visto de modo diferenciado do atendimento na instituição, mas o ônus dessa diferenciação é dado ao paciente, chamado de “faltoso” ou “desinteressado”, a partir do fato de que não paga pela sessão. Freud já observava essa questão nos seus atendimentos e tem uma perspectiva muito diferente da dos colegas do CIRAST.

Por que será que tendemos a nos esquecer de que tanto Freud, quanto seus contemporâneos atendiam gratuitamente aqueles que não podiam pagar? Durante, pelo menos dez anos, Freud atendeu um ou dois pacientes gratuitamente, durante uma hora, seis dias por semana. Era, dizia ele, em parte, para testar a presença ou ausência de resistência à análise. Chegou à conclusão de que o fato de a análise ser gratuita não interferia muito no resultado, e que a resistência não desaparecia graças à gratuidade. Lembrar disso, raramente, faz parte da transmissão da psicanálise. (Zygouris, 2011, p. 35).

[...] quanto à influência das crenças dos analistas sobre a constituição do relato do analisando, ainda gostaria de ressaltar que a maioria das análises gratuitas que conduzi se passaram bem. Não foram nem melhores nem piores que a maioria das análises

pagas. Isso porque os analisandos se dão, muito rapidamente, conta daquilo que seu analista pensa, onde ele se situa politicamente, se é frágil ou não, se precisa de certezas, de sinais visíveis de riqueza, se consegue ou não desafiar ideologias vigentes. E eles podem perfeitamente compreender que o analista, na maioria das vezes, vive de seu trabalho e precisa de dinheiro para fazer girar sua máquina. Mas é de uma soma total que o analista necessita e não daquilo com que cada um pode contribuir. (Zygouris, 2011, p. 42).

Na análise, a questão do dinheiro é um problema não tratado ou denegado, segundo Zygouris (2011).

Será que temos o direito de desmonetizar o trabalho psíquico? Será que não estamos perante um laço aceito rapidamente demais pelos analistas, e depois mumificado por eles entre dinheiro e desejo, como motor imaginário da cura? Retomo aqui, mais uma vez, minha questão: esse laço orgânico, raramente interrogado, entre dinheiro e desejo, não é o próprio paradigma do liberalismo? (Zygouris, 2011, p. 37).

Zygouris (2011) destaca que pacientes que não podem, por razões tanto econômicas quanto psíquicas, pagar uma “verdadeira” análise, costumam ser encaminhados para as instituições. Sobre o recurso a uma instituição como direito à saúde, entretanto, a autora argumenta que, qualquer poder que financia uma instituição tem o direito de julgar o que é normal e o que é anormal, e, portanto, de estabelecer o que deve ser excluído de uma sociedade como anormal. A psicanálise, segundo ela, não pode participar disso. E acrescenta que é do interesse da psicanálise desconfiar das bondades dos Estados.

Nesse sentido, podemos acrescentar ainda o fato de que não é um trabalho gratuito de fato, visto que, mesmo na posição de assalariamento, há um pagamento; e com dinheiro público. Cabe-nos administrar todos esses atravessamentos e perceber seus impactos.

3.2.2 A escuta e a escrita na clínica

Escutar os discursos e queixas, e elencar questões colocam o analista em posição de ser atravessado por estas e no papel de entender ou decantar a demanda, para se ocupar dela ou não. É isto que me propus a fazer com este trabalho, escutar e perceber as questões para a analista, para a psicanálise, para os analisandos e para o próprio CIRST.

[...] Se o silêncio não diz diretamente nada, algo nele se insinua, e quem escuta atentamente recebe as pegadas, as marcas que adquirem forma no momento em que germinam as palavras, ainda que estas, também enganadoras, portem em si o silenciado. É desde então que o exercício da suspeita se torna presente porque há um a mais do que o dito para ser escutado... Diria então que, do lugar do analista, se escuta tudo, para poder escutar alguma coisa. Coisa essa que é o inconsciente, que no seio da

repetição insiste para ser escutado, que na trama dos movimentos imaginários se disfarça, se fantasia e, no entanto, vai tecendo o fantasma. (Alonso, 1988/2005, p. 38).

Recentemente, ocorreu uma situação na qual uma paciente emblemática do CIRAST (uma senhorinha que, lá, todo mundo conhece), tentou falar (e despejar suas certezas ou suas angústias, como faz com todos os profissionais que encontra em todos os setores de saúde por onde passa) com uma profissional que a atendia (era seu primeiro atendimento com ela), e esta diz: “Quem escuta você é Gardênia [a psicóloga/eu], aqui quem fala e manda sou eu!”. Essa fala tanto pode demonstrar uma dificuldade da profissional com a escuta em geral, ou com a paciente em si, ou até – quem sabe? –, fosse uma tentativa de delimitação de espaço ou de respeitar o trabalho da colega que acompanha o caso. Enfim, podemos cogitar muitas coisas, mas, para mim, essa situação também demonstra claramente uma ideia bastante comum: os profissionais apontados como responsáveis pela escuta nos serviços de saúde são os psicólogos.

Se o remédio é com psiquiatra, a escuta é com o psicólogo. Intercorrência clínica não é conosco. E surto, também não. Pressupõe-se que o psicólogo tenha um papel essencial na escuta do paciente, entretanto, embora as práticas sejam diferentes para cada área do saber, a pergunta que faço é: por que é tão difícil escutar o paciente?

O CIRAST conta atualmente com quatro psicólogos: uma psicanalista, uma analista junguiana, uma psicodramatista e um cognitivo-comportamental. Temos ainda as terapias complementares. Ou seja, temos escutas diversas nesse local. E talvez algumas não escutas também, como vimos na situação citada, geralmente de áreas como a medicina e a fisioterapia – as ciências da saúde.

Mas, ao fechar da porta do consultório, e durante essa pesquisa também, me pergunto: por que é tão difícil falar ou escrever sobre os pacientes?

Confesso que a dificuldade com a escrita dos casos apareceu nesta tese e aparece diariamente com a escrita nos prontuários. Essa foi uma questão que me acompanhou nas horas da solidão na clínica. Aparece também no momento dos estudos de caso na equipe. Perguntas como: até onde posso ir e ainda assim preservar o sigilo e a privacidade do paciente? O que poderia contribuir ou não para o caso? Qual o objetivo dessa escrita em cada momento: a tese, o estudo de caso e o prontuário? Quais os efeitos para a analista, para o paciente e até para a psicanálise? Essas são angústias que me acompanham no decorrer desses anos.

Radmyla Zygouris (2011) aponta que quando, nos relatos de casos clínicos, não se abordam os efeitos que o paciente provoca no analista e as reações daí decorrentes, estamos em pleno enquadre da medicina e não da psicanálise, apesar do uso de um vocabulário específico desta.

Segundo Fédida (1988), deve-se ajudar o psicoterapeuta a pensar o que faz. Nesse sentido, ele fala de uma objetividade científica na comunicação, mesmo conhecendo o risco. Segundo o autor, a solidão do psicoterapeuta consiste em não poder, em não ousar comunicar aos outros o que faz ou em comunicar certas coisas falsificadas. Ele acredita que essas dificuldades seriam encontradas por todos e que não há uma solução. Entretanto, o interesse de nossa troca e de nossa colaboração estaria em podermos pensar juntos nossas dificuldades, de tal modo que os fenômenos de intercontrole, (intersupervisão), tomem um verdadeiro sentido psicanalítico.

A escuta, baseada na psicanálise, tem a supervisão como importante espaço de troca, mas, no CIRAST, outros elementos entram em cena, dentre eles: a apresentação dos novos casos para toda a equipe; a distribuição de casos na reunião de equipe; o prontuário compartilhado entre as áreas dos saberes; e, posteriormente, as reavaliações de caso/estudos de caso (a cada seis meses ou 24 atendimentos de cada paciente acompanhado por um técnico do CIRAST), na reunião semanal da equipe; na proposta interdisciplinar, o paciente pode ser atendido por outras terapias, isto é, as práticas complementares; além da já mencionada ligação institucional, minha e dos pacientes - que poderia influenciar no encaminhamento para meu atendimento ou não.

Alterações no desenho do serviço, no decorrer dos anos, trouxeram mudanças na prática clínica. Exemplo disso é que, com a instauração das reuniões semanais de estudos de caso, a clínica passa a ser compartilhada, do início ao fim do processo (em diferentes momentos). E, obviamente, isso tem impacto no trabalho como um todo (o compartilhamento da escrita do caso e a apresentação deste no estudo de caso, por exemplo). Processo que revela, inclusive, as resistências da própria equipe nesse compartilhamento, da qual não me excludo.

Isto é, trazer os casos para a discussão em equipe tem diversos impactos desde o oferecimento da vaga, que ocorre em reunião. Passa pela necessidade de anotar as sessões no prontuário, para um acompanhamento da equipe, se necessário, e continua na anotação de frequência, também como critério de manutenção ou não da vaga (duas faltas consecutivas sem justificativa é motivo para perda de vaga), além do estudo de caso com a função de, além de apresentar o caso, permitir a avaliação de permanência do paciente para mais de seis meses ou mais de um ano. Tudo isso interfere no trabalho do analista. Embora essas condições tenham maior relação com a questão da abertura de vagas, diante da lista de espera, acaba interferindo no manejo dos casos na instituição.

Confesso que mantive meus critérios da avaliação caso a caso para manutenção ou não dos atendimentos. A reunião de equipe, inclusive, serve como um espaço onde os casos são apresentados, porém, o analista guia a maioria das decisões sobre os encaminhamentos dos seus próprios pacientes. E essa prática é estimulada no CIRAST, respeitando as regras gerais

acordadas, ainda que situações atípicas ocorram. Por exemplo: com o credenciamento de clínicas para atendimentos externos para policiais (cujas sessões são pagas com dinheiro recebido do Governo Federal³⁸), os atendimentos realizados no CIRAST passaram a priorizar os familiares. Entretanto, eu e os demais profissionais já atendíamos policiais, alguns havia certo tempo. A equipe decidiu em reunião (à qual eu não estava presente, por motivo de férias) conversar com seus pacientes e encaminhá-los para as clínicas, salvo algumas exceções, sob critérios dos profissionais. Mas, eu decidi não fazer o mesmo (que era sugerir aos pacientes o atendimento nas clínicas), sem que a necessidade surgisse. O que foi acatado em reunião, porém, gerou comentários sobre a minha não disponibilização de novas vagas para familiares, como os demais decidiram fazer à medida que os pacientes foram buscando as clínicas. Talvez a minha posição no planejamento das ações e na coordenação clínica, naquele momento, tenha me permitido me manter na minha decisão. Eu sustentei a decisão de não fazer os encaminhamentos de casos que tinham alguma transferência estabelecida.

3.2.3 Transferência e contratransferência: as possibilidades e impossibilidades dessa clínica

Diante desse cenário, meu posicionamento enquanto analista passa pela abertura para verificação das possibilidades e impossibilidades da análise diante das condições encontradas, sem perder de vista questões que possam dificultar o processo analítico, como os vínculos institucionais, a escuta compartilhada, a hierarquia, dentre outras.

Nesse percurso, algumas estratégias acabam sendo adotadas, pelo menos por mim. Atualmente, consigo ter uma relativa autonomia para a abertura ou não de vaga para um paciente, pois atendo uma média de seis a oito casos por vez (por causa das outras atividades que acabo desenvolvendo no setor). Entretanto, é com base em uma lista de espera, com os casos considerados mais graves pela equipe sendo colocados no topo, onde, geralmente, encontro os casos para os quais disponibilizarei horário, mediante a prioridade de atendimento. Assim, existe a “peneira” da reunião e a minha própria (a partir das informações trazidas pelas estagiárias durante a reunião e que foram colhidas durante o acolhimento), antes mesmo que eu

³⁸ O Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP) é um fundo especial de natureza contábil, que tem por objetivo garantir recursos para apoiar projetos, atividades e ações nas áreas de segurança pública e de prevenção à violência, observadas as diretrizes do Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social. Segundo o art. 8º da Lei nº 13.756, de 2018, o repasse ficará condicionado à instituição e ao funcionamento de: a) Conselho Estadual ou Distrital de Segurança Pública e Defesa Social; e b) Fundo Estadual ou Distrital de Segurança Pública. Também fica condicionado à existência de plano de segurança e de aplicação dos recursos no âmbito dos estados e do Distrito Federal, observadas as diretrizes do Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social.

tenha um primeiro contato com esse paciente. Isto nos lembra a questão da contratransferência do analista, até mesmo antes das primeiras entrevistas.

Tal procedimento não impede, obviamente, que as entrevistas preliminares ocorram, com intuito de chegar aos sintomas, formulação de hipóteses diagnósticas para nortear os atendimentos e, não menos importante, o estabelecimento da transferência. Mas, o fato é que nem sempre as coisas ocorrem nessa sequência, e mais, obviamente, nem sempre a transferência se estabelece. Melhor dizendo, assim como em qualquer *setting*, alguma transferência sempre ocorre desde que haja vínculo e sobretudo confiança do paciente no terapeuta, a chamada transferência amistosa, a base para o vínculo de confiança que possibilita mesmo a psicoterapia.

Zygouris (2011) usa a transferência como critério distintivo da psicanálise, e está pensando na repetição e na neurose de transferência. Para Fédida (1988), a transferência e a resistência aparecem também como peças mestras do tratamento analítico. E o manejo técnico da transferência como processo é apresentado como uma dificuldade desde Freud, para quem o que torna o paciente capaz de entender as palavras que o analista lhe diz é o amor; na transferência e não o amor de transferência.

Segundo Fédida (1988), é o paciente que experimenta o amor, e não o analista. Para ele, devemos designar a palavra contratransferência para designar uma “posição disjuntiva do analista em relação à transferência do paciente sobre ele e em relação a uma transferência dele sobre o paciente”. O autor acrescenta que ser analista é estar nessa condição de disjunção.

[...] A contratransferência coloca em suspenso a resposta emocional do analista e a análise pessoal deste – constantemente solicitada nos seus restos (transferenciais) não resolvidos – comporta a figura do analista desta análise, figura de um ideal do eu que nunca pode ser identificada à imagem pessoal de seu próprio analista. (Fédida, 1988, p. 72).

Pacientes envolvidos em eventos traumáticos, chegam ao CIRAST e contam suas histórias e algumas delas nos atravessam fortemente, pela situação da vítima e pela situação do policial. Algumas causam grande impacto com o qual precisaremos lidar. Surge daí material para análise pessoal e supervisão, onde se pode perceber possíveis identificações e lidar com elas. Falar de transferência e, principalmente, sobre contratransferência, é também refletir sobre como esses encontros podem deixar marcas na analista, ainda mais para aquela que poderia estar ocupando ou já ocupou aquele lugar de trabalho. Obviamente, são histórias diferentes a do paciente e a da analista, e meu papel é outro naquele *setting*. Na análise da contratransferência, preciso compreender e me situar nesses papéis.

Fédida (1988) afirma que certos momentos de psicoterapia podem fazer com que o analista abandone o lugar do estranho e, na esperança de uma comunicação mais ativa com o paciente, se encontre numa colusão contratransferencial com ele. Segundo ele, aí tocamos em um dos aspectos mais enigmáticos do outro na transferência.

Não é falso supor que a angústia só aparece na contratransferência através da auto-transgressão desta – ou seja, pela irrupção no analista de uma formação recalçada que retorna bruscamente por meio do que o paciente o faz viver. Mas as hipóteses expostas durante nosso trabalho nos permitiriam ir mais longe e nos perguntarmos se toda falha que surja na situação analítica e, em particular, toda ruptura, mesmo que momentânea, das condições de linguagem da relação escuta/fala – de certa forma em benefício do império do pensamento e do eu do analista – não é apropriada para favorecer esta auto-transgressão da contratransferência (talvez sua subversão buscada por certos pacientes). (Fédida, 1988, p. 93).

Com o atendimento de alguns casos, pude compreender que o paciente pode me afetar com sua história e que, de fato, posso esbarrar em alguma questão da minha própria análise. E que preciso estar atenta a mim mesma também, às minhas reações; o que o paciente traz pode dizer muito também sobre mim. Mas, obviamente, o que é meu deve ser visto na minha análise pessoal. Ou seja, o que o paciente traz pode tocar em algo em mim nas minhas questões com a função da polícia, como por exemplo, com o que um erro pode significar na atividade policial. Mas, devemos perceber também o perigo da identificação e o quanto isso pode prejudicar a escuta da analista. Mais uma vez, devemos reforçar a importância da análise pessoal diante desses dilemas. Além disso, demonstra a importância da análise da contratransferência.

Podemos pensar ainda sobre o lugar da violência no trabalho policial, violência da qual fugi durante minha carreira e que agora vem me alcançar como analista. Fica a reflexão: será que eu escutaria diferente se não pensasse que poderia estar no lugar daqueles policiais - ou que provavelmente poderia cometer algum erro por ser ainda mais inexperiente do que alguns deles?

Assim, a contratransferência pode ser entendida como o equivalente de um dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento. Para Fédida (1988), a angústia contratransferencial não aparece apenas como “resposta”, mas, sim, como momento crítico da atenção e, com isso, se trata de um instante analítico de constituição da interpretação. O autor acrescenta que este se trataria de um dispositivo econômico que permite ao analista se poupar de experiências que não deve viver no lugar do paciente e muito menos por ele. Segundo o autor, os testemunhos clínicos que se referem à angústia contratransferencial supõem uma prática da relação interpessoal e atribuem a esta prática uma função que privilegiaria o eu do analista e sua capacidade de pensamento, mais do que o campo da linguagem e a condição da fala.

Segundo Alonso (2022), é na transferência que o passado, que nunca foi passado, adquire força de atualidade, permitindo que o fixo da repetição abra brechas, inaugurando novas significações e novas interrogações. Nesse contexto, a escuta do analista deve se mostrar disponível; e, ao lado da interpretação, a construção fará com que possa aparecer algo antes existente apenas como inscrição sensorial. Nas palavras da autora, o analista fará esse trabalho se dirigindo ao lugar psíquico onde o pulsional traumático insiste, ajudando-o a se tornar figura.

No processo de análise, a história põe-se em jogo na transferência. Enquanto os analisandos contam histórias, eles e os analistas reescrevem a história, que se apresentava deformada pelo processo do recalque, seus silenciamentos e disfarces. Mas, ao mesmo tempo, também escreve nas lacunas onde nada havia sido escrito, desde que se empreenda a construção de uma superfície na qual essa escritura seja possível. O “espaço da borda” em que podem ser produzidos sonhos, brincadeiras, atividades criativas e recursos com os quais se enfrentariam as experiências traumáticas, é às vezes bastante precário ou até mesmo inexistente, sendo necessário favorecer sua construção durante o processo analítico. (Alonso, 2022, p. 24).

Nesse processo, o lugar do analista decifrador e recuperador de lembranças é somado à sua função de escrevente, a daquele que convoca o que está incrustado e não escrito, que convoca o que está fora do texto e fora do tempo. É ele que ajuda a tornar figura aquilo que nunca foi representado e que se manteve como mera impressão sensorial (Alonso, 2022).

Aqui, relacionei alguns aspectos da clínica que aparecem no CIRAST com aspectos da teoria e técnica psicanalíticas (ou seria sua ética?). Adiante, farei outras relações dessa clínica com pontos que pareceram e que interessam na minha trajetória clínica, mas também institucional, no CIRAST.

3.3 A CLÍNICA COM POLICIAIS NO CIRAST

A perspectiva psicanalítica do trabalho com policiais traz a reflexão não só sobre o fazer analítico em si, mas da sua relação com o contexto de saúde, da instituição, da segurança pública, do trabalho interdisciplinar e com agentes de segurança pública e seus familiares. E, a partir do discurso dos pacientes, também aparecem a perspectiva da relação destes com o trabalho e a gestão desse trabalho. Falaremos sobre isso a seguir, mas, antes disso, vejamos algumas experiências de analistas que também estiveram em campos semelhantes e que, inclusive, construíram reflexões diversas da que apresento neste trabalho.

Samico e Jorge (2018), em um trabalho denominado *Psicanálise aplicada e a prática na comunidade*, juntamente com estagiários do Serviço Escola de Psicologia, se propõem a estar em um campo onde os atendidos são policiais do 10º Batalhão da PM do Rio de Janeiro. Sobre

o caminho da psicanálise em instituições de segurança pública, afirmam que, na atuação que tiveram no Batalhão, por exemplo, não promoveram “tratamento” e, sim, uma “experiência” psicanalítica. Segundo os autores, é preciso estar sempre em franco caráter experimental na clínica, sobretudo quando esta acontece dentro de uma instituição. Aqui podemos observar mais um aspecto da disputa discursiva sobre o que se autoriza a dizer que é psicanálise ou não.

Para Samico e Jorge (2018), se a construção de mitos pessoais e narrativas não é possível, a aposta deve ser na engenhosidade do sintoma, que também seria uma maneira de tratar o real, uma vez que não seria possível uma representação integral do sujeito pelo significante; e a psicanálise ensina que é o sintoma, em sua forma mais inequívoca e única para tal sujeito, que lhe permitiria se haver com seu gozo.

Quanto ao público atendido, os autores falam de um “*ethos* policial militar” visível nas referências simbólicas da polícia e dos policiais. Eles falam de um “espírito de corpo” muito bem introjetado e perceptível no gestual, vocabulário e na forma de se portar, se expressar e interagir. Os autores constataram que, naquele espaço, as diferenças individuais devem ser minimizadas e o policial deve ser um veículo de emissão tão somente de respostas, seja na interação com os superiores ou até mesmo no contato com os cidadãos. Aqui, acredito que eles se referem aos efeitos do militarismo (modelo disciplinar pautado na hierarquia e disciplina).

Na clínica com policiais, Samico e Jorge (2018) apontam angústia, trauma, farda e violência como os principais significantes encontrados. Sobre a direção da clínica, eles afirmam que esta passaria pelo acolhimento do indizível e por um tratamento de responsabilização do policial pelo seu próprio saber fazer com o trauma (assim como em qualquer análise). Segundo os autores, esse seria um movimento oposto à alienação à corporação, na qual o policial se coloca como vitimizado e segregado, impedindo qualquer apropriação subjetiva de seus sintomas. Para os autores, o analista deve se manter sensível para o sujeito e suas singularidades, acolhendo a impossibilidade de previsão de resultados. E suas regras deveriam ser congruentes com o real, que insistiria em imprimir seus efeitos em qualquer montagem da cultura do ser falante.

Entendemos como sucesso, portanto, a produção de qualquer arranjo simbólico-imaginário que convoque o sujeito para fora do curto-circuito da passagem ao ato. E sustentamos uma atuação na qual há sempre a abstinência de oferta de sentidos, para que nela o próprio sujeito em sofrimento possa criar os seus próprios e, com isso, mudar de lugar, deslocar-se da posição de vítima “acometida pelo trauma”. Isso requer o manejo paradoxal tanto da abstenção quanto do acolhimento da demanda de sentido para desfazer o *non-sense* próprio do trauma. Em última análise, foi preciso pensar as características particulares da direção do tratamento psicanalítico com policiais que apresentam fenômenos que os aproximam da neurose traumática para entender a contingencialidade de um manejo possível para esse teor traumático, de forma que se

puddesse acolher esse excesso de gozo presente no testemunho que os policiais trazem sobre seus sintomas. (Samico; Jorge, 2018, p. 583).

Esse estudo serve como vislumbre do que os psicanalistas que atuam em contextos semelhantes aos nossos têm pensado sobre a singularidade do atendimento a policiais, embora nossa perspectiva de trabalho prefira interpretar essas questões à luz da psicodinâmica do trabalho (que privilegiaria as ideias de “estratégias coletivas de defesa”, “identidade profissional”, “ideologia defensiva de profissão”, dentre outras). Ou seja, à luz da psicanálise, mas no contexto do trabalho e suas implicações, e, com isso, trazendo as alianças dessa coletividade como um traço marcante, mas que não é exclusivo desse grupo de trabalhadores em específico; relações que não percebemos serem feitas pelos autores que têm comentado as suas experiências com atendimento a policiais.

Outro viés que aparece nos estudos publicados por psicanalistas que atendem policiais é do trauma, e esse nos interessa um pouco mais. Vimos, anteriormente, a história e o tratamento das neuroses de guerra enquanto um diagnóstico presente nas discussões sobre adoecimentos dos soldados tratados pelos analistas das primeiras gerações. A questão do traumático permanece como um ponto importante no tratamento de sujeitos que lidam com situações de violência no seu cotidiano (ressalvando as devidas proporções).

Knobloch (2022) afirma que, embora, na literatura psicanalítica, o trauma pareça ter sido compreendido em sua negatividade, ou seja, algo violento e brusco afluxo de excitações que invade, ruptura da coerência, perda do eu, é possível investigar o trauma em sua natureza de “acontecimento”.

A questão que se apresenta é a de saber se o que é da ordem do traumático, entendido aqui como aquilo que rompe com os sistemas de representação, ou seja, o irrepresentável, poderia vir a se inscrever nos sistemas de representação e de que maneira. Mas podemos ir além e nos indagar se se trataria de inscrição nos sistemas de representação ou se não haveria outras formas de “elaboração” do traumático, para além ou aquém dos sistemas de representação. Nessa perspectiva, uma outra reflexão se impõe: a da articulação entre a noção de trauma e a noção de *après-coup*. Pois, para Freud, o trauma só se constitui enquanto tal como efeito do *après-coup*. A noção de *après-coup*, hoje muito integrada à teoria psicanalítica, tem sido entendida como a forma pela qual muitas vezes respondemos às situações mediante sua compreensão na posterioridade. A concepção de trauma como fato passado, que se manifesta mais tarde através de um sintoma, pertence à primeira época de Freud. Num segundo momento, para Freud, o trauma só se opera no *après-coup*. A lógica temporal do *après-coup* supõe o mecanismo da repetição. O trauma só será considerado como tal a partir de seu efeito, o que nos levará a considerar que o trauma não é mais um fato do passado, que determina um sintoma atual, mas um fato deduzido do sintoma atual. Trata-se, então da “ficção do trauma”, como diz Nasio (1987) em *O paradoxo do traumatismo*, pois só haverá trauma psíquico na posterioridade, no *après-coup* do acontecimento. (Knobloch, 2022, p. 28-29).

Com base na teoria da memória de Freud, Knobloch (2022) afirma que o passado é compreendido pelo presente, mas o significado estaria no próprio passado, apontando que esse passado, algumas vezes, não pode passar. E acrescenta que, na situação traumática, o que ocorre é exatamente a impossibilidade de se estabelecer ligações e de representar, o que se repete como percepção em forma de alucinações ou como dores do tipo psicossomático. Segundo ela, o caráter do traumático é essa impossibilidade. O trauma se encontraria, então, fora da dinâmica do recalque, na ordem da não-representação.

Referindo-se a Ferenczi, Knobloch (2022) sugere ainda uma “clínica do irrepresentável”. Seria como aderir a impressões que não puderam ser recalçadas por não terem podido ser inscritas. Assim, seria necessário analisar uma “fala” de outro lugar que não o recalque.

[...] A questão era, então, como escutar essa “fala”, já que não se tratava de compreendê-la como representação. O que Ferenczi vai enfatizar é que, por se tratar aí de marcas e não de traços (no sentido do recalcado), esses investimentos só encontram expressão, ou melhor, saídas possíveis nos silêncios, no agir, na clivagem. Tais elementos, presentes normalmente na relação analítica, com Ferenczi passam a ser sentidos como “aparição” do trauma, e não como sua representação. O que implica se colocar a problemática numa outra perspectiva: não mais a de uma repetição do passado, mas a de um acontecimento se dando na realidade presente e atual. (Knobloch, 2022, p. 32).

Nas situações clínicas extremas e nas quais os limites das técnicas se fazem sentir, Ferenczi aponta que a tarefa do analista seria a de reencontrar as condições de analisabilidade desse tipo de situação. Para ele, em função disso, a técnica seria o que mais mudaria. Para ele, a resistência surgiria nesses casos como sendo, muitas vezes, a do próprio analista, que não suportaria o fato de estar sendo colocado em uma situação que lhe seria estranha. Isso aconteceria em qualquer análise e, mais ainda, nos casos ditos difíceis. Assim, uma consequência possível do ato de o analista suportar o estranhamento seria ficar impedido de reencontrar a singularidade da situação clínica, condição fundamental, segundo Ferenczi, para que haja análise. “Ora, se considerarmos que a análise consiste em encontrar condições de confronto com o estranho (o irrepresentável), podemos dizer que muitas vezes é o próprio analista que resiste a esse confronto e, portanto, à análise” (Knobloch, 2022, p. 33).

O analista seria o outro estranho e familiar com quem o encontro possibilitaria vivenciar o acontecimento e abriria a porta da temporalidade fechada em si mesma para outro tempo. A análise e seu caráter analítico seriam a experiência pensada como capaz de abrir essa temporalidade (Knobloch, 2022).

Na experiência clínica no CIRASt, a dimensão do traumático pode vir associada ou não a situações de violência. E mesmo a vivência de situações de violência chega na clínica não

apenas relacionadas à atuação policial. Recordo de casos nos quais a violência relacionada ao trabalho aparece fortemente no discurso do paciente, trazendo alguma dimensão do traumático. Em um caso, o paciente traz os atos cometidos por ele próprio e que talvez tenha trazido para a análise como um teste para a analista, para verificar se eu suportaria ouvi-lo (foi a impressão que eu tive); em outro, a questão da violência surge, mas como resultado de uma operação malsucedida, em que o paciente, talvez movido pelo medo, reage de forma desproporcional. Mas, a violência também surge no discurso de mulheres que temem separar de seus maridos e serem vítimas destes, com base nos históricos que associam esses profissionais a comportamento violento. O abuso de poder, se pensado também como ato de violência, também surge na relação dos policiais com seus chefes/superiores abusivos. E, assim como em qualquer clínica, as situações de abuso, até mesmo sexual, em outras esferas, inclusive na infância, também é material de análise nessa clínica. Todas estas histórias e as marcas deixadas por essas situações são trazidas nas falas dos pacientes, nem sempre muito bem simbolizadas, mas que se refletem nas suas escolhas e decisões no presente.

Alonso (2022) nos aponta que o início de uma análise implica reabertura de um trauma que inaugura a procura de novas respostas em um novo encontro, agora com o analista, na transferência. Mas, segundo ela, não é sempre que a temporalidade do *a posteriori* funciona em uma análise. Haveria, portanto, momentos em que o encontro traumático não propiciaria a abertura do trauma, e, sim, o seu fechamento. Nesse caso, haveria uma condensação em um presente de repetição, atualizando uma marca no corpo/sensorial ou em uma imagem do corpo.

O traumático não está, segundo Alonso (2022), referido necessariamente a uma violência particular de um acontecimento, mas a uma forma de funcionamento psíquico, a uma dinâmica que podemos definir pela negativa, no sentido da não ligação ou não representação. Assim, seria algo vivido que produz desamparo (Alonso, 2022), embora na clínica com policiais, o caráter intrinsecamente violento do acontecimento possa ser decisivo em alguns casos.

[...] Aquilo que é capaz de ativar uma emergência de pulsão, que encontra o ego num estado de desamparo, de não possibilidade de ligar a representações coisas ou palavras e, portanto, de reger-se pelas leis da condensação e do deslocamento, fica como excesso. (Alonso, 2022, p. 50).

Nesse cenário, a escuta do analista, segundo Alonso (2022), não poderia se entregar ao tempo do suspense, na espera de que, pelas associações, os enigmas se liguem na história. Esta teria que agir em um presente imediato e oferecer alguma figura que imante o movimento

pulsional à experiência sensorial, para, com isso, oferecer uma imagem que funcione como ponte, isto é, uma “representação fronteira”.

A escuta de policiais, conforme vimos em alguns trabalhos, está envolta em contextos complexos e com ressonâncias diversas. Nesse conjunto, o traumático tem sido destacado nos poucos trabalhos com base psicanalítica encontrados sobre o tema. Além desse aspecto, a clínica psicanalítica com policiais não tem sido vista como possível em sua totalidade. A dificuldade em considerar esse trabalho como tratamento ou clínica psicanalítica é somada a outro aspecto trazido por alguns autores: o do questionamento do espaço da subjetividade dos sujeitos ouvidos; ponto do qual discordo, mas trago aqui os argumentos dos autores.

Nesse sentido, Lima e Darriba (2019) acreditam que instaurar a clínica psicanalítica em um ambiente policial militar consiste no que eles chamaram de “invenção”. E seria admissível pensar a possibilidade do trabalho quando a demanda surge e o policial procura o psicólogo da instituição. Na escuta de policiais militares, por parte de uma psicóloga oficial (que trabalha fardada) em um batalhão do Rio de Janeiro, os autores apontam que, naquele lugar, o espaço para a subjetividade é muito reduzido. Isso seria evidenciado por meio de falas codificadas, institucionalizadas, repetitivas e queixosas de uma mesma realidade.

Segundo Lima e Darriba (2019, p. 353), os policiais que procuram o atendimento dão a impressão de pouco subjetivar a realidade da qual fazem parte e, embora falem de si, não fazem referência a uma suposta interioridade, da qual tivessem algo a dizer com o que se surpreendessem. Para os autores, o conflito aparece de forma superficial no discurso dos policiais, o que fez com que indagassem se ali haveria espaço para a subversão do inconsciente. “Suas queixas remetem quase que exclusivamente às mazelas que a própria instituição lhes causa, numa posição rígida, pouco afeita a qualquer deslize”. Assim, os autores apontam que há dificuldade em localizar o singular de cada um.

Questiono de onde vem essa dificuldade: se do analista, do analisando ou da própria psicanálise. A partir do entendimento de que a psicanálise no consultório particular – e, mais ainda, na instituição – tem espaço para uma inventividade e verificação de possibilidades, desde que o analista que se encarregue desse trabalho esteja disposto a tal. Suponho que um olhar mais ortodoxo perante a clínica psicanalítica de fato pode não encontrar um ambiente favorável. Ou até que, nem todos os casos de atendimentos com agentes de segurança pública em instituições, a criação de um *setting* favorável seja possível. Entretanto, uma leitura mais ampla e que considere o que cada discurso traz e como cada sujeito se liga aos significantes ali presentes na instituição, por exemplo, pode ser um caminho de abertura para a análise, ainda respeitando uma ética psicanalítica. Suponho que o policial pode encontrar espaços de abertura

para as suas queixas e demandas se o analista que está nesses espaços também se permitir escutar, explorar e testar.

Lima e Darriba (2019) apontam que se destaca no discurso dos policiais a queixa recorrente de que estes seriam apenas números e que ninguém estaria preocupado se estão bem. Além de se queixarem de que seus direitos não seriam respeitados e que eles seriam apenas peças de reposição que, se ficarem impossibilitados de trabalhar, serão descartados e substituídos. Discursos que foram entendidos pelos autores como um apelo a alguém que lhes desse um lastro.

Os autores concluem que os policiais buscam junto ao psicólogo o reconhecimento, uma restituição do lugar que ocupam na engrenagem institucional, em uma tentativa de resgate do ideal perdido. Segundo eles, isso ocorre porque, ao ingressarem em uma instituição moldada conforme o Exército, os policiais esperam ter assegurada uma identidade forjada tal como o discurso do mestre determina, estabelecendo um lugar para cada um. Aqui, interrogo se esta seria uma questão apenas da instituição de segurança pública e do Exército. A perspectiva da psicodinâmica do trabalho, por exemplo, aborda essa temática por outro viés, e é que mais se aproxima do nosso olhar para a questão.

Para abordar a questão do espaço da subjetividade e do inconsciente dos sujeitos ouvidos, estou em desacordo com base em exemplos encontrados na clínica do CIRAST. Pacientes que podem passar meses falando apenas sobre a sua rotina semanal; repetir praticamente a mesma coisa durante várias sessões; talvez seu objetivo ali inicialmente fosse apenas demonstrar estar apto para retornar ao trabalho. Mas, que, nesse ínterim, algo incide no meio desse caminho (possivelmente uma transferência não apenas com a instituição, mas também com a analista) e esse paciente move seu foco para os acontecimentos da sua infância, e suas condições de nascimento. Passa outros meses centrado nessa fase de sua vida. Muitas e muitas sessões repetindo a mesma coisa. Seu sofrimento e tentativa de entender as questões de sua vida, seus erros e acertos, e as consequências destes, são temas de muitas sessões. Seus esforços, vitórias e arrependimentos também são conteúdo de seu discurso. Eu posso dizer que não houve trabalho de análise com um caso desse tipo? Creio que isso não corresponde à realidade vivida no CIRAST.

Situações assim me fazem pensar que a fala do policial pode ir além da queixa referente à instituição e do pedido de reconhecimento no trabalho, sendo este, possivelmente, apenas um caminho que pode ser trilhado para as suas questões, traumas ou repetições. Há um sujeito em sofrimento e com demandas. Em casos específicos, o paciente pode encontra uma parceira ou

aliada nessa investigação de sua história e de suas dores. Do meu lado, estabelecida a transferência, a investigação e curiosidade diante do caso prospera e me faz prosseguir.

3.3.1 Trabalho e psiquismo

Os trabalhos de psicanalistas com policiais nos fazem pensar que a estrutura rígida das forças de segurança pública, especialmente aquelas regidas pelo militarismo, se colocam como um forte motor da resistência à análise e, conseqüentemente, ao inconsciente. Algo dos aspectos neuróticos e paranoicos reforçados por determinadas profissões também parecem fazer parte dessa equação. Entretanto, como nos convoca Radmila Zygouris (2011), uma desidealização da psicanálise pode também abrir outras possibilidades nesses campos. Considero que manter a curiosidade investigativa diante dos casos e da própria psicanálise e seus alcances pode ser um fator determinante para que as aberturas aconteçam.

A escuta das queixas e demandas dos policiais no CIRAST permite explorar e testar alguns conceitos da psicodinâmica do trabalho como aliados do trabalho clínico e institucional. Ou seja, a clínica nos abre essa linha de análise, mas nos solicita um avanço para pensar a instituição e seus adoecimentos com base nos conceitos de “processo de busca identitária” (Lhuilier, 2013) e das “estratégias coletivas de defesa” e da “ideologia defensiva de profissão” (Dejours, 2017), dentre outros fatores que podemos associar aos processos de saúde e adoecimento do trabalhador da segurança pública.

Durante o ano de 2024, realizamos o *I Curso de Capacitação Biopsicossocial*, no CIRAST, e o tema saúde do trabalhador atravessou as diversas discussões com os profissionais convidados como palestrantes e profissionais dos núcleos de saúde das polícias. Nos últimos tempos, temos percebido cada vez mais a necessidade de abordar as questões que aparecem nas relações de trabalho, considerando o agravante do militarismo, da hierarquia e da disciplina, associados à naturalização do assédio, especialmente destacando o papel dos gestores nesses processos.

Vimos que Dejours (2017) considera o trabalho um enigma tão opaco quanto o inconsciente. E que elaborar a experiência do trabalho seria também uma experiência da sociedade, até mesmo no uso que é feito de si mesmo e do próprio corpo. Nesse sentido, a psicodinâmica do trabalho poderia ser uma ferramenta interessante para pensar o posicionamento dos sujeitos policiais.

Os conceitos de “estratégia coletiva de defesa” e de “ideologia defensiva de profissão”, como vimos, apontam que os trabalhadores idealizam estratégias defensivas e estas adquirem

tal rigidez que não podem mais ser discutidas. Assim, os trabalhadores correm o risco de se tornarem vítimas dela, na medida em que a ideologia defensiva se torna inexpugnável, impedindo, então, qualquer evolução, mesmo positiva, da relação com o trabalho, com as exigências organizacionais e os riscos. Para Dejours (2017), tais estratégias assumem controle mental e estão ligadas às organizações do trabalho, o que nos leva a pensar sobre a situação do policial e sua relação com a instituição e o trabalho.

Qual seria a “ideologia defensiva da profissão” policial? Essa questão se torna inevitável.

As experiências apontadas aqui podem indicar algumas hipóteses. A atividade policial é um sonho para alguns, oportunidade de ascensão social para outros, ou, ainda, as duas coisas. Uma profissão no qual o militar, ou não, aprende que o coletivo é para a hora do trabalho, da glória, mas também de receber o estigma e até mesmo a punição. Nesse sentido, o dito “*ethos* militar” é de fato algo bastante arraigado na construção dessa identidade.

Cada força policial possui suas peculiaridades nesse sentido também. O bombeiro militar tem uma relação mais amistosa com a sociedade, em geral, e possui uma imagem de “herói” mais constituída, enquanto a Polícia Técnica, no nosso estado, é a mais nova e tem uma imagem muito ligada à Polícia Civil, que, por sua vez, é mais investigativa e menos ostensiva. Já a Polícia Militar é a mais vista, a mais ostensiva e a menos estimada, de modo geral, por ser também a que tem o papel de reprimir a sociedade; mas também por seu histórico de abuso de poder. Reza o dito popular que só quem gosta de PM é criança, idoso e cachorro.

Dentro das próprias forças, existe alguma hierarquização, onde a PM fica na base (se citarmos apenas essas forças). Diante dessa conjuntura, existem efeitos para a construção da estima e relação de valorização de si e construção de identidade de cada força policial. Afinal, a identificação do profissional com sua profissão, com suas honras e mazelas, encontra a subjetividade dos sujeitos.

Lembro de algumas situações referentes a essa diferenciação entre as forças policiais. A primeira se refere a uma ideia que surgiu em uma oficina durante o *Curso de capacitação no CIRAST* em que foi sugerido que a equipe do Corpo de Bombeiros disponibilizasse vagas, em seu *Curso de preparação para a aposentadoria*, para as demais instituições e uma colega bombeira discorda afirmando que os policiais militares convidados não se sentiriam confortáveis em ver o quanto os bombeiros são bem-vistos pela sociedade e os PM’s não são. Essa mesma colega, em outro momento deste curso de capacitação, em uma dinâmica de grupo, quando a palestrante pede para separar a turma em dois grupos: os policiais (querendo dizer os que eram da segurança pública) e os que não eram policiais (os civis), ela formou um terceiro grupo e disse: “Eu não fiz concurso para polícia! Eu fiz para o bombeiro!”. Outra situação que

recordo foi no *Curso de Formação da Polícia Civil*, durante uma aula que fui ministrar, ou seja, eu estava falando com policiais recém-chegados, quando abri a discussão para a turma falar sobre identidade policial, ou tema semelhante, um aluno que falava sobre seu orgulho em estar ali, ficou rodeando e tentando encontrar palavras para dizer que estava entrando em uma instituição muito privilegiada diferente da Polícia Militar (eles sabiam que eu sou policial militar).

O ponto é que talvez seja difícil falar, de modo generalizado, em uma “ideologia defensiva de profissão policial”, uma vez que essas forças não são integradas. Ou seja, são instituições com demandas diversas e situações de trabalho e reconhecimento também diversificadas – considerando, como fatores diferenciadores, o tipo de atividade exercida, o código de ética da profissão, o tipo de escala, o tipo de gerenciamento, a forma de reconhecimento social e institucional, a remuneração, até mesmo o apreço e reconhecimento social etc. Mas, talvez possamos falar em uma ideologia defensiva de profissão para cada força policial. E isso tem reflexos inclusive na relação dessas instituições entre si, marcando as disputas e relações de poder entre elas.

A forma de gestão desses trabalhadores – em geral valorizando conceitos como hierarquia e disciplina (em diferentes níveis e possibilidades), o contato com as mazelas sociais e econômicas da sociedade e o contexto de violência em que seu trabalho está inserido –, possivelmente, são os pontos em comum dessas instituições.

Minha proposta é a de que as queixas oriundas dessas condições nos levem a esse inconsciente. Ou seja, que escutemos o que brota desse discurso e trabalhemos a partir do que aparece. Dando condições, enquanto analistas, de que esse inconsciente aparece e a análise aconteça.

Ao pensarmos a complexidade do trabalho enquanto um conjunto de elementos, de naturezas distintas, intrincadas nesse conjunto, percebemos que este evoca não apenas uma atividade econômica, mas se configura em elemento nodal da existência social, e uma ancoragem da construção de si.

Aqui, os elementos objetivos se misturam com elementos subjetivos. Assim, o trabalho não seria apenas um meio material de subsistência, mas também um meio de existir subjetivamente, o elemento-chave de um fortalecimento dos vínculos entre processos intrapsíquicos de idealização, projeção e introjeção, de sublimação, e processos organizacionais de seleção, avaliação, distribuição, ordenação, classificação e produção. Com isso, o indivíduo buscaria satisfazer seus desejos inconscientes, além de canalizar suas pulsões e suas angústias

no trabalho. A mobilização psíquica se tornaria um elemento determinante da relação com a empresa ou a instituição (Gaulejac, 2024).

Nesse contexto, o papel do analista pode ser o de encontrar possibilidades para a análise, passando por possibilitar a ligação do paciente à sua própria análise. Assim, perceber o analista como fator decisivo no manejo da observação-percepção do sintoma, ou mesmo da criação da demanda, pode ser interessante. Afinal, se dizemos que a analisabilidade seria função do sintoma e não do sujeito, sabe-se que o primeiro passo para o analista poderia ser instigar o sujeito a decifrar esse sintoma. Obviamente, não estou afirmando que seja tarefa fácil, posto que nem sempre o sujeito vai querer de fato saber sobre si, visto que existe um preço que ele precisa estar disposto a pagar. Considero no mínimo divertida a tentativa.

O cotidiano do trabalho pode ser ferramenta para a análise das questões trazidas pelos pacientes, desde que se dê a devida atenção, visto que desse discurso emerge o seu inconsciente. Ou seja, pacientes podem revelar nas situações de repetição no cenário do trabalho as suas questões latentes. Assim, a questão profissional trazida aparece como fonte de sofrimento, mas, no percurso, podemos fazer referência à história e inconsciente do paciente que faz o relato (desde que percebamos as identificações e repetições nos diferentes cenários descritos no seu cotidiano). Nesse processo, nota-se algum trabalho de análise acontecendo. Assim, na relação transferencial estabelecida nesse cenário, há também uma possível identificação da paciente que pode colocar a analista na posição de sua ouvinte e cúmplice. Sendo assim, podemos dizer que nesses casos não se faz um trabalho de análise? Arrisco a dizer que se faz sim.

Diante do exposto, podemos notar o quanto um discurso relacionado ao trabalho e relações interpessoais, independentemente do tipo de queixa trazida, pode dar ao analista material de trabalho para levar o paciente a encarar o seu sintoma. Sendo assim, a decisão do analista de escutar de maneira ampla e criativa pode permitir chegar às demandas do paciente, a partir do estabelecimento da relação transferencial.

3.3.2 Os pacientes do CIRAST: discursos e queixas

Cada análise é singular se o analista não tenta fazer do processo um divã de Procusto, deixando algo de fora ou sem escutar tudo o que não pode ser incluído numa doutrina já pronta; ou tentando um tipo de enquadre que seja totalmente impossível de manter. Como analistas, devemos nos entregar ao desafio de manter viva a inventividade e a criatividade que o processo nos solicita para poder ser único e inédito. Uma situação de risco, mas que é, ao mesmo tempo, de extremo prazer, quando nos lançamos no desconhecido e nos deixamos atingir pelo imprevisto. (Alonso, 2022, p. 32).

Nas reuniões de equipe e nos prontuários e relatórios anuais, ao ficar atenta para as queixas refletidas nos motivos apresentados pelos policiais ao procurar o CIRAST, deparei-me, de forma geral, com motivações como: situações no trabalho e nas relações interpessoais; dificuldades de relacionamento com colegas e chefes; dificuldades nas relações familiares – trato com mãe, pai, irmãos, relacionamentos amorosos. No geral, as queixas para a psicologia dizem respeito à ansiedade; alguns possuem indicação de diagnóstico de depressão, esquizofrenia ou mania. As alterações no sono também são uma queixa frequente, além da busca por diagnósticos de TDAH e autismo que também tem aparecido por lá. Com frequência, no CIRAST, também aparece uma quantidade de mulheres (servidoras ou familiares) com queixas de exaustão pela rotina de trabalho, filhos e cuidados familiares e domésticos.

Uma curiosidade sobre a tentativa de coleta dessas informações de forma mais geral, nos prontuários, é que se percebe uma facilidade em se confundir queixa (motivo da procura pelo serviço, nas palavras do paciente) com diagnóstico (nome técnico geralmente atribuído por profissional de saúde). Essa dificuldade acaba aparecendo quando se trouxe para os relatórios anuais os dados das queixas iniciais. A ansiedade, talvez por ser um termo popular, acaba abrangendo quase metade das queixas identificadas durante o acolhimento.

Neste trabalho, não opto por aprofundar termos de psicodiagnóstico. Apesar de compreender a importância do conhecimento mínimo de psicopatologia para pensar o adoecimento, aliado ao conhecimento de psicodinâmica do trabalho para pensar nas questões que perpassam a saúde do trabalhador. Opto por discutir as questões em uma perspectiva da análise da transferência e da contratransferência, analisando as possibilidades de trabalho com esta clínica.

Alonso (2022) nos aponta que devemos estar atentos às mudanças que ocorrem na clínica e que se faz necessário repensar a nosografia clássica e talvez ampliá-la. Entretanto, a autora aponta a importância de se fazer um trabalho rigoroso acerca da metapsicologia psicanalítica, não pela incorporação das classificações que vêm da psiquiatria (classificações por síndromes e conjuntos de sintomas, e não por constelações metapsicológicas). Segundo a autora, a incorporação direta que se faz entre os analistas não ajudaria.

Penso que o arcabouço teórico-metapsicológico da psicanálise é amplo e que certas conceitualizações, que não foram levadas em conta, porque não eram tão necessárias, foram se fazendo muito necessárias para responder aos fenômenos clínicos com os quais nos encontramos todos os dias. Acredito que se trate de alongar e acrescentar, não de reduzir e de escolher um ou outro. Além da representação, o irrepresentável; além do recalque, a renegação e as outras defesas mais primárias; além da angústia, a dor. Ou talvez, se trate de pensar como irrepresentável vai ascender à representação,

ou como o meramente traumático vai poder ser ressignificado, ou como a dor vai virar sofrimento. (Alonso, 2022, p. 31).

Sobre a questão da psicopatologia, o prontuário do setor possui um espaço para a hipótese diagnóstica. Já foi pensado, nas reuniões de equipe, como utilizar esse espaço, qual a importância dele, a que serve, se deveria ser feito diagnóstico por cada área etc. Ele foi mantido, mas não se tem feito muitas exigências quanto ao seu preenchimento. Apenas as profissionais da medicina e fisioterapia fazem uso frequente desse espaço do prontuário.

Sabemos que a questão do diagnóstico diferencial se coloca em psicanálise como função da direção da análise, ou seja, serve como norteador para a sua condução. O diagnóstico neurose/psicose é importante em virtude, especialmente da particularidade da transferência e do manejo desta pelo analista. Ele norteia a intervenção deste a partir do nível de regressão do paciente. Especialmente quando há suspeita de psicose, tal diferenciação parece ser necessária.

Confesso que, embora a preocupação com os casos em que se suspeita de psicose acabe ligando alertas quanto à condução e à preocupação com desencadeamento de crises, estabelecer diagnósticos acaba não direcionando tanto as condutas quanto à observação dos sintomas e da transferência. Assim, perceber os tipos de sofrimento psíquico dos policiais, suas particularidades e impactos na vida psíquica, social e de trabalho acaba sendo um pano de fundo das reflexões sobre o público do setor.

Segundo Dejours (2019), o tratamento deveria privilegiar a identificação dos transbordamentos do paciente pela excitação anárquica não canalizada nos conflitos, pois estes estariam ausentes. Seria necessário dar prioridade às intervenções que o protegesse desse transbordamento, se situando no registro de uma “relação para-excitação”. Esta última significaria a tomada, no sentido amplo, de associação de intervenções que, por um lado, visassem à evacuação não traumática do excesso de excitação pela proposta de representações feita pelo analista ao paciente – que, sozinho, não conseguiria produzi-las – e, por outro, de intervenções que estimulassem, ao contrário, zonas potencialmente ativas da vida psíquica e insuficientemente aproveitadas pelo paciente quando ele está sozinho.

O pouco conhecimento e cultura sobre o mundo do trabalho pode levar o analista a cometer erros de orientação terapêutica e agravar o sofrimento dos pacientes. A relação com o trabalho está sempre presente na construção da saúde mental e da doença, e pode gerar o melhor e o pior (Dejours, 2017). É esse ponto que mais me interessa, embora, a questão diagnóstica seja levada em consideração nesse percurso, quando necessário, uma vez que tem impacto na condução da análise e na vida do paciente, como ressaltai anteriormente.

Dejours (2017) propõe que a principal dificuldade no plano da investigação estaria em conseguir fazer a distinção entre o que vem do trabalho e o que vem da esfera privada ou íntima, na etiologia da descompensação. Mas, acrescenta que a separação entre trabalho e extratrabalho não seria pertinente na vida psíquica. Assim, conflitos e sofrimentos do espaço privado podem ter efeitos na capacidade de trabalho; como também um investimento no trabalho, até mesmo um superinvestimento transitório, pode combater efeitos psíquicos danosos que estejam presentes nos sujeitos. Ou seja, para o autor, a análise da relação subjetiva com o trabalho deveria ser feita em todas as situações clínicas, mesmo quando a queixa não se refere diretamente ao trabalho, uma vez que a relação subjetiva com o trabalho desempenharia um papel primordial nos processos envolvidos, tanto na construção da saúde quanto nas descompensações psiquiátricas e psicossomáticas.

Uma outra perspectiva para observar as queixas dos pacientes do CIRAST é a de como as queixas de dores no corpo são um grande motivador das buscas por atendimento. Chama a atenção que, com a abertura de atendimentos para a fisioterapia no CIRAST e nas clínicas credenciadas, a procura para tratamento de dores no corpo passou a dividir meio a meio com a procura por demandas psicológicas ou psiquiátricas, o que nos parece um dado interessante.

3.3.3 Os sintomas no corpo

Dentre as formas de sofrimento encontradas no CIRAST, as dores do corpo assumiram um protagonismo. Dejours (2019), ao falar sobre o valor significativo do sintoma somático, traz a questão do significado da localização patológica. Segundo ele, este só pode ser obtido a partir da fala do paciente, pelas associações que consegue transmitir ao analista na transferência.

Nesse contexto, diversos autores consideram que certos padecimentos – como ataques de pânico, patologias psicossomáticas, patologias osteoarticulares, hipertensão etc. – podem ser considerados como analisadores das forças que interagem no cotidiano institucional. As doenças profissionais e os acidentes de trabalho são vistos como sintoma da dureza das condições de trabalho. Assim, as doenças somáticas se revelariam não mais como resultado exclusivo de anomalias fisiopatológicas, mas, eventualmente, como resultado de processos psicopatológicos centrados na desorganização da economia erótica (Saidòn, 2009; Gaulejac, 2007; Dejours, 2019). Meu argumento é que tal fato é representado pelos números do CIRAST em relação à fisioterapia. Muitos pacientes buscam o atendimento apenas quando as dores são físicas. Essa justificativa é inclusive mais socialmente aceita.

Marie-Pierre Guiho-Bailly e Patrick Lafond (2017) relatam que fizeram um trabalho conjunto de psicoterapia verbal e psicoterapia de relaxamento com determinada paciente, visando melhor compreender as relações entre vivências psíquicas e corporais, e a ajudá-la a se reapropriar de seu corpo, do qual havia perdido o domínio, desconfiando de um Alzheimer aos 40 anos de idade. “A incapacidade de relaxar, assim como a de se concentrar, é acompanhada por uma desregulagem do funcionamento mental no nível percepção-consciência [...]”. No decorrer do trabalho, os terapeutas, no compartilhamento de suas observações, validam a seguinte hipótese: os transtornos cognitivos e psicomotores da paciente não seriam a causa das dificuldades encontradas no trabalho, mas a consequência delas, ocasionadas pela perda de autonomia, pela falta de reconhecimento, pela deterioração do clima de solidariedade entre os colegas, pelo sentimento de solidão resultante da fragmentação do trabalho e perda da visão de conjunto imposta por uma nova forma de trabalho trazida por uma nova chefia.

A conscientização das relações entre seu estado mental atual e as características da organização do trabalho provoca, em Jeannine, uma redução rápida da ansiedade e dos transtornos do sono. Jeannine consegue então interrogar-se sobre a natureza de seus transtornos, no momento em que se dá conta de que outras trabalhadoras reagiram de outra maneira (úlceras gástricas, depressão) a uma situação de trabalho aparentemente idêntica para todas. Ela consegue avaliar sua necessidade pessoal de domínio, de controle, sua dificuldade de perder a habilidade naquilo que faz, de aceitar que interfiram ou que procedam de modo diferente dela [...] (Guiho-Bailly; Lafond, 2017, p. 64).

Posteriormente, são feitas modificações no organograma e na organização do trabalho, com uma mudança do responsável hierárquico direto e a reintrodução de margens de autonomia para as trabalhadoras na gestão coletiva do trabalho, melhorias que Jeannine considera suficientes para arriscar-se, finalmente, a retomar seu posto na empresa, sem que seja constatada a volta dos sintomas e com a possibilidade de pôr fim ao acompanhamento psiquiátrico. (Guiho-Bailly; Lafond, 2017, p. 65).

Falei, no capítulo anterior, sobre os impactos que a gestão tem sobre a sensação de reconhecimento quanto ao sofrimento do trabalhador. A respeito da atenção à saúde do trabalhador, os apontamentos dos estudiosos da psicodinâmica do trabalho nos fazem refletir sobre como pode ser interessante relacionar os achados na clínica do CIRAST à questão do trabalho e do trabalhador. As experiências psicanalíticas com esse público podem ser enriquecidas se levarmos em consideração tais reflexões.

Temos aqui ao menos duas perguntas a serem respondidas: quais os mecanismos psíquicos envolvidos nesse adoecimento pelo trabalho, e que indicações os pacientes me deram na transferência de que o trabalho pode ser desencadeante do adoecimento. Quanto à primeira pergunta, não cabe no escopo desta tese e há a necessidade de uma busca na literatura existente e de novas investigações. Já para a segunda pergunta, podemos trazer mais algumas indicações.

Atendi pacientes que traziam a dificuldade da relação com a instituição, e a mágoa por algumas injustiças que acreditavam ter sofrido dentro dela (punições e não promoções – por motivos judiciais etc.); O sentimento de traição e humilhação ficava evidente nos discursos. Serem convocados pela instituição era motivo de sofrimento físico e de verdadeiros abalos psíquicos – alguns chegando a perder totalmente o controle do seu corpo. Nesses casos, geralmente, o tratamento psiquiátrico e a utilização de medicações fazia parte do acompanhamento. Eu não uso farda, porém, muitos me associam à polícia, chegando a me perguntar algumas vezes se eu sou policial (parece haver algo transferencial nesse sentido). Embora, para alguns, vestir a farda tenha se tornado algo penoso. E a espera pela aposentadoria/reserva remunerada, seja algo que demanda muita atenção e acompanhamento dia a dia³⁹.

Ao trazermos o tema do trabalho, com base em Gaulejac (2007), podemos supor que a perda de reconhecimento por parte da instituição acarreta uma perda de sua base narcísica. Assim, ocorre perda da autoestima, o que faz o sujeito desmoronar, sem compreender o que lhe acontece. A sensação de ser injustiçado e traído desencadeia um grande sofrimento.

Para Gaulejac (2007), quando a ruptura é brutal, quando ela é vivida como um fracasso pessoal ou uma exclusão não merecida, ela gera vulnerabilidades narcísicas intensas, sustentadas pela vergonha e pela culpabilidade, o que deixaria o indivíduo em total confusão. Assim, os sentimentos de traição, de impotência, de abatimento poderiam gerar uma depressão profunda.

Nesse sentido, podemos refletir sobre a relação entre as formas de adoecimento do sujeito — não necessariamente produzidas pela instituição, mas desencadeadas nela — e as exigências dessa relação, as formas de gestão empregadas, a própria função (ou o que se considera ser a função) do sujeito que compõe essa instituição, aliadas ao tipo de acesso ao cuidado dispensado aos seus integrantes e suas consequências. Além disso, esse conjunto de questões nos leva a pensar sobre os impactos que se produz na relação com a analista.

O peso das tramas da instituição/trabalho nessa clínica aparece em diferentes proporções e de acordo com os contextos singulares de cada caso. Estes também nos fazem refletir sobre o tema do traumático e da importância de nos interrogarmos sobre o que esses sintomas dos pacientes e os seus discursos, relacionados ao trabalho ou não, nos dizem das suas marcas, traços e, conseqüentemente, do seu enredo original.

³⁹ Especialmente quando se trata dos militares visto que os policiais civis, pelo contrário, adiam e evitam a aposentadoria ao máximo. Caso que merecia ser estudado.

3.3.4 Limitações e possibilidades da psicanálise no CIRAST

Para existir um trabalho analítico, deve haver ao menos um psicanalista sustentando, entre tantos outros, essa qualidade da experiência, a partir do sujeito, a cada caso. E o caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito, que anda na frente, demanda, ou se esquia, e surpreendente. E isso não deixaria de trazer consequências para a instituição (Figueiredo, 2010). Os achados clínicos no CIRAST podem nos ajudar a perceber melhor as possíveis limitações e possibilidades da psicanálise nas instituições e na clínica de policiais. Mas, além disso, pode nos trazer reflexões sobre a própria teoria e prática psicanalíticas.

Sabemos que o procedimento clínico tem suas próprias exigências de rigor, adaptadas a seu objeto, cujo respeito não a põe em débito em relação a outros campos de conhecimento. Tais exigências são satisfeitas quando a implicação do clínico é considerada em relação aos diferentes níveis e aos diferentes momentos de seu trabalho, e quando tenta elucidar a massa enorme de implícito presente em suas estratégias e dispositivos (D'Allonnes, 2004). Neste trabalho, tentei seguir essa cartilha, trazer questões que refletissem sobre o peso da instituição nessa clínica e observar as ressonâncias que os discursos dos pacientes e dos demais profissionais envolvidos no trabalho do CIRAST apontavam.

No CIRAST, a clínica é entrecortada por diversas questões que, dentre outras coisas, de maneira geral, dizem respeito às peculiaridades do campo de trabalho. Além disso, a própria pesquisa – que se desenvolve quase que concomitantemente durante todo o tempo de permanência dessa clínica neste setor, obviamente – também imprime algum impacto no trabalho desenvolvido. Esta pesquisa se pauta pela busca de elaboração dessa experiência, onde podemos refletir sobre possíveis contribuições para a analista, para a instituição e para a teoria e prática psicanalíticas.

Podemos afirmar que a experiência nesse campo permite, dentre outras coisas: refletir sobre o oferecimento dessa escuta e dessa prática clínica nesse *setting*; observar o que aparece no discurso dos policiais referente ao seu sofrimento; discordar que os pacientes/policiais não trazem sua trama singular para o *setting*; como também indicar outras possibilidades de análise para as experiências subjetivas dos policiais, como um olhar para as questões relativas à gestão do trabalhador e as formas de adoecimentos e defesas dos trabalhadores.

Fédida (1988) sugere que podemos fazer tudo, desde que saibamos o que fazemos. Nesse momento, segundo ele, ficaria evidente que não se pode fazer tudo. Esse pensamento define muito bem esse trabalho, visto que surge da minha tentativa de entender minimamente o que

estava fazendo, e, ainda, me faz ter a noção de que não seria possível fazer tudo. Para esse autor, a atividade de terapeuta nos obriga à modéstia de nunca tornar exemplar aquilo em que somos bem-sucedidos, como também nos obriga a jamais sermos exibicionistas de nossos fracassos. Segundo ele, em nossa atividade, é muito mais importante circunscrever certas dificuldades que encontramos, sem por isso cair no exibicionismo contratransferencial.

A vocação que parece existir no atendimento dos serviços de saúde públicos, em geral, o atendimento de casos considerados graves (psicóticos e neuróticos graves) era frequente no CIRAST. Com o aumento da demanda e com a passagem ao encaminhamento para as clínicas credenciadas, a percepção, por parte da equipe, da entrada desses casos, a partir da primeira entrevista (acolhimento realizado pelas estagiárias de psicologia), ficou menos frequente, embora ainda aconteça (quando percebemos a gravidade, inclusive, geralmente tentamos dar preferência ao atendimento interno, para um acompanhamento mais próximo, ou seja, no próprio CIRAST, se houver vaga).

Em alguns casos, nessa clínica, o paciente tem dificuldade em representar o vivido e, em outros, só busca ou é encaminhado em momentos de crise. Entretanto, a questão apontada por autores como Knobloch (2022) nos mostra que estabelecer diálogos em experiências de desrazão e que podem romper o mundo do representacional foi um desafio para a proposta de trabalho psicanalítica desde Ferenczi. Segundo Knobloch (2022), os pacientes ditos difíceis mobilizam no analista sentimentos e situações desconfortáveis, mas isso era negado pelos terapeutas. Além disso, em nome da imutabilidade das regras técnicas, o paciente muitas vezes deixava de ser atendido e ganhava o estatuto de “inanalísável” por fidelidade a uma técnica ou teoria. O primeiro a desafiar essa lógica foi Ferenczi, para quem todo paciente que pede ajuda deveria recebê-la e ao analista caberia inventar a melhor maneira de responder aos problemas apresentados.

Em alguns momentos, pacientes ditos difíceis se tornaram desafios para alguns membros da equipe, ao ponto de serem repassados, seja internamente ou externamente (clínicas conveniadas ou outros serviços). Já recebi alguns desses encaminhamentos. Destaco a importância do acesso a essa clínica, mesmo com uma experiência partilhada (e, conseqüentemente, menos solitária, aliada a uma descentralização do trabalho), mesmo que também não tenha como garantir um bom desfecho das ações propostas.

Para pensar as contribuições mútuas entre essa clínica e a psicanálise, a partir do entendimento de que o método analítico também é um processo de produção de saber, se faz necessária a análise das possibilidades de sustentação do discurso analítico e do papel da contratransferência nesses espaços institucionais. No caso do CIRAST, a psicanálise entra

através da minha prática clínica e institucional e, em determinados momentos, precisei ir “contra a maré” na tentativa de manter a minha proposta de trabalho, o que geralmente não é tarefa fácil na instituição. Mas, também procurei me mostrar flexível no que foi possível e, geralmente, curiosa.

Ao pensar as consequências dessas situações para a psicanálise, considero que a publicização dessas experiências pode ser primordial, apesar das suas dificuldades e limitações, uma vez que, prestando contas da clínica que se desenvolve nesses espaços, se torna visível um trabalho que acontece e tem seus efeitos. Dessa forma, podemos transmitir um saber sobre a clínica que se faz a partir de uma intervenção psicanalítica e permitir que esta prática subsidie o surgimento de questões para a clínica e para a teoria, assim como também permitir a possível contribuição dos pares para as práticas desenvolvidas. Ou seja, a articulação entre clínica e teoria nas instituições pode continuar trazendo questões para os analistas, e, efeitos também para a instituição e para a própria psicanálise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse relato de experiência surgiu de uma questão com a qual me deparei no campo: é possível ser psicanalista na instituição? Logo vi que sim. E mais, nesse campo pude elaborar a problemática da saúde do trabalhador da segurança pública, à luz da psicanálise, enquanto desenvolvia o meu próprio trabalho/pesquisa.

Na experiência no CIRAST, diante desse *setting*, a aliança com a universidade e a pesquisa foi primordial para que eu conseguisse me manter minimamente ciente do cenário. Os questionamentos disparadores das minhas buscas por respostas buscaram entender que clínica é possível nesse espaço; como poderia contribuir para esse trabalho, a partir da psicanálise; como a psicanálise tem pensado a questão do trabalho e do trabalhador; se a psicanálise tem entrado no campo da segurança pública; e qual o impacto desse trabalho para a minha clínica.

A problemática do fazer psicanalítico nesses espaços se destaca e nos leva à reflexão. Nesse sentido, procurei com este trabalho, escutar os discursos e queixas, e elencar questões, especialmente, para a analista e para a psicanálise, a partir das minhas percepções e dos caminhos propostos, especialmente pela psicodinâmica do trabalho, e apresentei uma tentativa de elaboração dessa experiência.

Desde Ferenczi a situação do soldado em serviço é uma questão observada para falar da produção da sua neurose, como resultado da repressão dos efeitos requeridos pelo serviço. Ou seja, para fazer relação entre o sintoma e o conteúdo psíquico, considerando o contexto em que o sujeito está inserido. E sobre como o campo também provoca as certezas da técnica. Enquanto Abraham chama a nossa atenção para a singularidade dos sujeitos e das respostas destes mesmo diante de estímulos semelhantes. E Simmel também nos aponta as questões que envolvem a técnica empregada para a necessidade de urgência no atendimento dos sujeitos adoecidos. Além da importância de observarmos o deslizamento do psíquico para o físico como um processo de autoproteção do psiquismo e inclusive, como início da cura, como uma forma muda de expressão.

Do meu lado, nesse campo, pude me lançar em uma clínica e em instituições complexas, ocupando um lugar igualmente complexo, como analista. Assim, percebe-se que os campos para além do consultório burguês nos oferecem limitações (inerentes ao modelo de trabalho em instituições, onde existem outros elementos e jogos de poder atuando), mas também a ampliação de possibilidades e estímulo à abertura e criatividade, que, por sua vez, podem enriquecer o debate sobre clínica, especialmente a clínica com policiais. O debate sobre essas

questões não é sem consequências para a psicanálise, para a instituição e para a analista, especialmente, enquanto, possibilidade de testar a elasticidade da clínica.

No CIRAST, não seria possível pensar uma clínica que não sofra consequências das relações institucionais, em níveis local, estadual e nacional. E, ainda, uma clínica que não sofra as consequências de ter uma analista que também é policial. E, mais, de ser uma clínica que atende majoritariamente policiais. Tais consequências podem ser pensadas no sentido da implicação e da contratransferência que atravessam a analista e o local de trabalho, mas, também, no pensar sobre a clínica psicanalítica em contextos que exigem a criatividade e inventividade do analista.

A contribuição desta tese está, dentre outras coisas, na relação feita entre sofrimento psíquico do policial e saúde do trabalhador. Esta articulação nos permite pensar a questão encontrada no campo, na perspectiva de um olhar para a subjetividade do sujeito policial, inclusive humanizando esse olhar e esse sujeito. A reflexão vale também para pensarmos na problemática das formas de gerenciamento desses trabalhadores e as consequências individuais e coletivas destas, tais como: o aumento do número de suicídios destes trabalhadores e dos casos de violência policial.

Nos deparamos ao pensar a respeito do trabalho dos agentes de segurança pública, com uma configuração de gestão enrijecida e fortemente hierarquizada, e, conseqüentemente, se configurando em gerador de sofrimento para os trabalhadores da segurança pública. Trabalhos posteriores poderiam aprofundar a discussão sobre o *ethos* policial, a partir de uma perspectiva identitária e que tem efeitos subjetivos. Esse parece ser um caminho interessante para pensar as questões relativas à atividade policial e a subjetividade. Afinal, o trabalho atribui um lugar na sociedade, e este tem impacto na construção de si, portanto, é um elemento que deve ser considerado na clínica. Seguindo Dejours, se faz necessário escutar o “sujeito do trabalho”. Esta é uma perspectiva interessante de ser aprofundada em relação ao trabalhador policial.

Nesse sentido, a psicanálise possui campos de possibilidades a serem testadas e cada vez mais aprofundadas, tais como buscamos fazer neste trabalho. Nesse contexto, os impactos de uma clínica psicanalítica na instituição de segurança pública, cada vez mais militarizadas; e o olhar para as questões do trabalho enquanto produtores de subjetividades e reveladores do inconsciente são caminhos abertos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Karl. Discussão: primeira intervenção. *In*: FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra** (1919). São Paulo: Quina editora, 2023.
- ALBERTI, S.; BUKOWITZ, A. L. F.; SANTOS, T. F. Investigações sobre o lugar da psicanálise na saúde mental. **Caderno de Pesquisa**, São Luiz, v. 17, n. 3, set./dez. 2010.
- ALBERTI, S. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. *In*: CAMPOS GUERRA, Andréa Máris; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.
- ALONSO, S. L. A escuta psicanalítica. Comunicação apresentada no painel sobre “A escuta psicanalítica”, promovido pela Livraria Pulsional, em abril de 1988. **Percurso** nº 18(35), 37 – 2/2005. Disponível em: <https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/968/1004>. Acesso em: 16 fev. 2025.
- ALONSO, S. L. **Ressonâncias da clínica e da cultura: ensaios psicanalíticos**. São Paulo: Blucher, 2022.
- AMADO, G. Implicação. *In*: BARUS-MICHEL, Jacqueline; ENRIQUEZ, Eugène; LEVY, André (orgs.). **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa: CLIMEPSI, 2005.
- ANDRADE JR., M. de. O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista. **Psyquê**, São Paulo, ano XI, n. 21, p. 183-196, 2007.
- BENSAID, A. Aporte da psicopatologia do trabalho ao estudo de um surto delirante agudo. *In*: DEJOURS, C. (Org.). **A psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Trad. Vanise Dresch. Porto Alegre/São Paulo: Dublinense, 2017.
- BENSLAMA, F. A questão da contratransferência na pesquisa. *In*: D'ALLONNES, C. R. *et al.* **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- BRASIL. [Estatuto do Militares]. Lei nº 6.880, de 9 dez de 1980. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6880.htm. Acesso em: 06 dez. 2024.
- BRASIL, Lei nº 6.880/80, de 09 de dezembro de 1980. Estatuto dos Militares. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6880.htm Acesso em: 31 jul.2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARNEIRO, S. **Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- CAZANATTO, E.; MARTTA, M. K.; BISOL, C. A. A escuta clínica psicanalítica em uma instituição pública: construindo espaços. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 486-496, 2016.

COELHO, D.; CUNHA, E. Quatro condições para a pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 32, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/VWjG8NwkFCPKrXwfHHRw9TM/>. Acesso em: 05 nov. 2023.

D'ALLONNES, C. R. Psicologia clínica e procedimento clínico. *In.*: D'ALLONNES, C. R. *et al.* **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

D'ALLONNES, C. R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. *In.*: D'ALLONNES, C. R. *et al.* **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

DALGALARRONDO, P. A entrevista com o paciente. *In.*: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social (1918-1938)**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

DEJOURS, C. **A psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Trad. Vanise Dresch. Porto Alegre/São Paulo: Dublinense, 2017.

DEJOURS, C. **Primeiro, o corpo: corpo biológico, corpo erótico e senso moral**. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

GUIHO-BAILLY, M-P.; LAFOND, P. “Doutor Alzheimer, na minha idade, isso existe?” Uma enigmática alteração das funções cognitivas em uma paciente de quarenta anos. *In.*: DEJOURS, C. (Org.). **A psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Trad. Vanise Dresch. Porto Alegre/São Paulo: Dublinense, 2017.

DE SOUZA, L. A. F. Dispositivo militarizado da segurança pública: tendências recentes e problemas no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 30, n. 01, jan/abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/PK7vDcKfp6NPTvWZHxdqymb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2025.

DURÃO, S.; SOUZA, W. “Polícia é profissão, policial é trabalhador; não é tropa”: sobre a utopia do trabalho policial no Brasil. **Cadernos do Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, [SYN]THESIS, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 66-83, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/65834/41541>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ENRIQUEZ, E. Psicanálise e ciências sociais. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 2, p. 153-174, jul./dez. 2005.

FERENCZI, S. A psicanálise das neuroses de guerra. *In.*: FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra (1919)**. São Paulo: Quina editora, 2023.

FERENCZI, S. **Obras completas**, v. 3. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In:* CAMPOS GUERRA, Andréa Máris; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social.** Curitiba: Editora CRV, 2010.

FOUCAULT, M. Direito de morte e poder sobre a vida. *In:* FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber.** 10 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FOUCAULT, M. O dispositivo (1979). *In:* FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 04 fev. 2024.

FREUD, S. **Caminhos da terapia psicanalítica** (1919). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Freud - Obras completas, 14)

FREUD, S. **Cinco lições de psicanálise** (1910). São Paulo: Companhia das Letras, 2013. (Freud - Obras completas, 9)

FREUD, S. Introdução. *In:* FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra** (1919). São Paulo: Quina editora, 2023.

FREUD, S. **O método psicanalítico de Freud** (1904). São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Freud - Obras completas, 6)

FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra** (1919). São Paulo: Quina editora, 2023.

GABARRON-GARCIA, F. **Uma história da psicanálise popular.** São Paulo: UBU editora, 2023.

GAULEJAC, V. O trabalho como lugar de construção do sujeito, entre emancipação e alienação. *In:* BRAZ Matheus Viana *et al.* (orgs.). **Sociologia clínica e psicossociologia: teorias e práticas.** Cachoeirinha: Fi editora, 2024.

GUIHO-BAILLY, M-P.; LAFOND, P. “Doutor Alzheimer, na minha idade, isso existe? Uma enigmática alteração das funções cognitivas em uma paciente de quarenta anos. *In:* DEJOURS, C. (Org.). **A psicodinâmica do trabalho: casos clínicos.** Trad. Vanise Dresch. Porto Alegre/São Paulo: Dublinense, 2017.

JONES, Ernst. O choque de guerra e a teoria freudiana das neuroses. *In:* FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra** (1919). São Paulo: Quina editora, 2023.

KAES, O. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In: KAES, R. et al. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático.** 2ª ed. Rio de Janeiro: INM Editora, 2022.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2016.

LEMES, J.; MARTINS, J. Policiais mortos em 2023: suicídios superam mortes em confronto. *In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública.* São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 04 fev. 2024.

LEMKE, T. **Biopolítica: críticas, debates, perspectivas.** São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2018.

LHUILIER, D. Trabalho. Trad, Fernanda Spanier Amador. *In.: Psicologia & Sociedade*, 25(3), 483-492, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vQWnZ39cZTfCWFLnNF5Lzcs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 abr 2024.

LIMA, C. A de S.; PARAVIDINI, J. L. Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de saúde mental. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 424-441, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000200009. Acesso em: 17 dez. 2023.

LIMA, F. B.; DARRIBA, V. A. Impasses da psicanálise em uma instituição militar. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-364, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/08.pdf>. Acesso em: 07 set. 2024.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? *In.: ALTOÉ, S. (Org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral.* São Paulo: Hucitec, 2004.

MARINO, A. S. **A psicanálise nas políticas públicas: bem-estar e mal-estar social.** São Paulo: Blucher, 2024.

MEZAN, R. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 227-241, jun. 2006.

MEZAN, R. **Problemas de uma história de Psicanálise.** 1ª edição. Belo Horizonte: Griphos, 1985.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20 – n. 1, p. 19-26, Jan./Jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/nLW73FGMTwHxPgvnNsC73hP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago de 2024.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** São Paulo: Zagodoni, 2019.

MORETTO, M. L. T. Políticas públicas, psicanálise e o lugar do analista. *In*: BROIDE, Emília; KATZ, Ilana (orgs.). **Psicanálise nos espaços públicos**. São Paulo: IP/USP, 2019a.

NICOLLE, O. A instituição: temporalidade e mítica. *In*: NICOLLE, Olivier; KAES, René (orgs.). **A instituição com herança: mitos de fundação, transmissões, transformações**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2011.

OLIVEIRA, R. T. Dispositivos clínicos e disposições: algumas intervenções. *In*: CAMPOS GUERRA, Andréa Máris; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Saúde coletiva e psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. *In*: ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. 17ª reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 2019.

ROSA, M. D. A psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. **Mesa redonda: Psicanálise, Saúde Mental e Instituição**. Ano 5. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP. 2004. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032004000100045&script=sci_arttext. Acesso em: 05 nov. 2023.

SAIDÓN, O. **Devires da clínica**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda., 2008.

SAMICO, F. C.; JORGE, M. A. C. Do trauma à possibilidade de uma narrativa: notas sobre a psicanálise em um Batalhão de Polícia Militar. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 568-588, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/83mnzgm46YRpfdxkfcJc6JG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2024.

SERGIPE. [Estatuto dos Militares]. Lei nº 2066, de 23 de dezembro de 1976. Disponível em: <https://www.sead.se.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/Lei-2066-1976-Estatuto-Militares.pdf> Acesso em: 31 jul 2025.

SERGIPE. [Carreiras Policiais Cíveis]. Lei nº 4.133, de 13 de out de 1999. Disponível em: <https://aleselegis.al.se.leg.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/141331999.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20e,Civis%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias>. Acesso em: 16 abr 2023.

SIMMEL, Ernst. Discussão: segunda intervenção. *In*: FREUD, S. *et al.* **A psicanálise das neuroses de guerra (1919)**. São Paulo: Quina editora, 2023.

SOUSA, R. C.; BARROSO, S. M.; RIBEIRO, A. C. Aspectos de saúde mental investigados em policiais: uma revisão integrativa. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2022.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

ZYGOURIS, R. **Psicanálise e Psicoterapia**. 1ª ed. São Paulo: Via Lettera Editora, 2011.