

ARTIGO

O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial

The fetish of crisis: challenges for psychosocial care

Rossana Seabra Sade^I, Rafael Nicolau Carvalho^{II}

Resumo

O presente artigo apresenta uma reflexão teórica pautada em uma revisão narrativa da literatura. Realizou-se uma análise crítica sobre a temática a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira interconectada com a experiência dos autores. Aborda-se a crise psíquica como uma das principais dificuldades enfrentadas pela saúde mental para efetivação de um cuidado pautado na atenção psicossocial. Na argumentação, essa dificuldade decorre da convivência no âmbito dos serviços de dois paradigmas, o psiquiátrico e o psicossocial. Essa convivência, no contexto da rede, produz abordagens diversas na forma de ofertar o cuidado, compreensões distintas sobre a própria crise, reatualizando o estigma e o preconceito sobre o tema, bem como provocando medo e angústia entre os profissionais. Conclui-se que isso decorre da forma como a psiquiatria apropriou-se da categoria crise, cristalizando-a sob suas bases, tornando-a um verdadeiro fetiche.

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção em Crise. Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This article presents a theoretical reflection based on a narrative review of the literature. A critical analysis of the subject was carried out from the perspective of Brazil's psychiatric reform, intertwined with the authors' experiences. It highlights the psychic crisis as a significant challenge in implementing mental health care centered on psychosocial attention. The discussion identifies this challenge as stemming from the coexistence of two conflicting paradigms within mental health services: the psychiatric paradigm and the psychosocial paradigm. This dichotomy leads to varying approaches to care delivery and different interpretations of the crisis itself, which, in turn, perpetuate stigma and prejudice, while also generating fear and distress among professionals. The article concludes that this issue arises from psychiatry's appropriation of the crisis category, which has become entrenched within its foundations, elevating it to the level of a fetish.

Keywords: Mental Health, Crisis Intervention, Psychiatric Reform.

Introdução

O presente texto tem por objetivo colocar em cotejo a crise psíquica no campo da saúde mental e como a disputa entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial impactam o tratamento da crise no contexto da saúde mental. Trata-se de um texto de reflexão teórica pautado em uma revisão da literatura, visando explorar, analisar e interpretar o tema de maneira crítica. Esse tipo de texto nos permite apresentar argumentos baseados em

^I Rossana Seabra Sade (seabra.sade@unesp.br) é psicóloga com pós-doutorado e docente universitária na Universidade Estadual Paulista (UNESP).

^{II} Rafael Nicolau Carvalho (rafael.carvalho@academico.ufpb.br) é assistente social, doutor em Sociologia e docente universitário na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

achados da literatura, mas também inserir nossas percepções e análises, tornando-se uma ponte entre o conhecimento científico sobre o tema e a interpretação.

A divergência entre esses modelos continua refletindo as resistências e os desafios presentes no campo da saúde mental. Acreditamos que essa divergência decorre do fato de a reforma não ter rompido totalmente com o paradigma psiquiátrico¹. Isso reforça o *fetichismo da crise* que se manifesta tanto no âmbito da clínica, ou seja, no cuidado em saúde mental, quanto na dimensão política. Portanto, a crise deve ser refletida nesses dois eixos, que compõem a atenção psicossocial.

Diante do exposto, é importante sinalizar que este texto trata de um tema espinhoso para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e para a própria Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sendo pouco enfrentado. A atenção à crise psíquica enfrenta desafios significativos no campo da saúde mental, especialmente por sua natureza de urgência, pelos paradigmas usados para interpretá-la, e pelos estigmas e preconceitos que ela evoca e que são reatualizados pelo discurso psiquiátrico, tornando-a um verdadeiro fetichismo na contemporaneidade.

A disputa de modelos, no âmbito da crise psíquica para a saúde mental, reflete um embate entre diferentes paradigmas de compreensão e intervenção: o paradigma psiquiátrico e o paradigma psicossocial. O primeiro reduziu historicamente a experiência de sofrimento humano ao diagnóstico de doença mental, inscrevendo-o, inicialmente, no âmbito dos desvios morais e, posteriormente, no corpo biológico, desconectando-o do contexto social da existência dos indivíduos. Por outro lado, o paradigma psicossocial reconhece a complexidade e diversidade do sofrimento humano, abrangendo diferentes dimensões da vida social dos indivíduos, como o trabalho, a família, a comunidade, a cultura, além de aspectos subjetivos e singulares².

O modelo psiquiátrico consolidou uma forma de tratar a crise que é muito diferente do paradigma psicossocial. Ele privilegiou a contenção e a internação em hospitais psiquiátricos, promovendo o afastamento do indivíduo do convívio familiar e comunitário. A internação era vista como a principal resposta à crise e era fundamentada na segurança e no controle. Com a RPB e a criação da RAPS, houve a introdução de uma nova perspectiva. O modelo de atenção psicossocial defende a ideia de que a crise psíquica deve ser tratada no contexto da comunidade, promovendo o cuidado em liberdade e a integração social. Além disso, esse paradigma reconhece o potencial transformador da crise³.

A difícil tarefa de compreender a crise

Apesar da facilidade que a psiquiatria encontra hoje em “identificar” uma crise psíquica e adotar protocolos rígidos de contenção, é difícil uma definição precisa, visto que qualquer definição de crise deve considerar o contexto e a organização da própria psiquiatria em determinado contexto histórico⁴. A palavra crise tem sua origem no grego *Krisi*, que caracteriza uma situação ou momento de risco em que uma decisão precisa ser tomada. Também deriva do latim *crisis*, que indica um momento de escolha e de mudança. Nesse sentido, o termo congrega tanto o risco, algo que perturba e que exige mudança, quanto a busca de equilíbrio e de transformação. Em seu sentido filosófico, o termo carrega os atributos semânticos originários, podendo ainda significar purificação^{1,3}.

A crise psíquica, no contexto histórico e cultural, já foi caracterizada como: manifestação do divino, sabedoria, possessão, bruxaria, subversão da ordem social, até ser capturada pelo rótulo de doença, tarefa realizada pela psiquiatria. A crise, enquanto “loucura”, é expurgada de todo seu conteúdo simbólico, restando a marca incontestável da doença mental, do desvio e da periculosidade³. Mesmo a psiquiatria passando por alguma transformação, por meio das reformas, parece-nos que a crise passou incólume a esse processo.

Contudo, podemos elucidar que a crise, no transcurso histórico da psiquiatria, perdeu seu caráter transformador, sua potência de mudança e de tomada de decisão para sentidos estritamente negativos. Aliás, a autonomia foi arrancada dos indivíduos e entregue nas mãos dos médicos que exerciam total controle sobre o objeto de sua intervenção, crise-loucura, e que tinham um espaço para acomodá-lo, o hospital psiquiátrico. Isso porque a crise, para a psiquiatria, assim, foi sendo capturada e, ao mesmo tempo, transformada em patologia e em desvio.

Isso se explica pelo fato de que a psiquiatria, na sua busca de afirmação enquanto ciência, nunca conseguiu provar a natureza biológica dos supostos transtornos mentais, operando, ao longo do tempo, por meio de sua clínica classificatória, inaugurando o verdadeiro sistema de diagnóstico, definindo o normal e o patológico. Desta feita, os sistemas de diagnóstico utilizados pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), por meio das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), são objetos de críticas quanto à sua validade científica, apesar de serem utilizados globalmente para o diagnóstico dos sofrimentos psíquicos^{5,6}.

Diante da ausência de evidências científicas conclusivas sobre as bases biológicas dos transtornos mentais, a crise passou a ser considerada como prova inequívoca de um suposto transtorno. Assim, comportamentos considerados desviantes e atípicos são interpretados pela psiquiatria como indícios de “transtorno mental” e requerem intervenção médica. Além disso, atribuiu-se à pessoa em crise um caráter de periculosidade, difundindo a ideia de que, nesse estado, ela pode perpetrar atos de violência contra si mesma ou contra terceiros, o que justifica o uso de força para contenção.

Dessa forma, mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica, com a transição paradigmática de modelos, como novas formas de cuidar e novas concepções sobre a crise, ela se cristalizou, preservando o caráter de inexplicável e de perigo, suscitando medo nas pessoas e, até, na abordagem dos profissionais⁷. Percebemos, aqui, dois sentidos para a crise psíquica: 1) podendo ser denominada como crise psiquiátrica, que remete às concepções produzidas no âmbito da psiquiatria e que evoca os sentimentos de medo e de algo incontrolável que precisa ser contido; e 2) crise psicossocial, que a trata como uma vivência/experiência em que algo de insuportável rompe com o sistema de significação do sujeito ou ameaça as esferas de sua vida, podendo comprometer a sua existência física e simbólica, mas que também pode ser utilizada para transformação, pois permite comunicar seu sofrimento, que não era traduzido pelo sujeito que atravessa a experiência.

Essas definições são expressões de como a crise é vista, transformada e disputada entre os dois paradigmas. O primeiro aglutina saberes e práticas dos campos médico-psiquiátricos, com reforço contemporâneo da neurociência e da psicofarmacologia, entre outras áreas, que são recombinações do saber positivista que, aliada aos interesses do capital, exploram a saúde mental para, ao mesmo tempo, produzir lucros para o mercado e produzir adesão aos modos de vida engendrados pelo capitalismo. O segundo combina diversas perspectivas não hegemônicas oriundas de várias áreas das ciências humanas e sociais, inclusive de campos que, historicamente, foram alinhados à psiquiatria e à reprodução das relações sociais no capitalismo.

Assim, há dualidade nas formas de compreensão, a crise no paradigma psiquiátrico é traduzida como sintoma de transtorno mental e precisa ser contida imediatamente, enquanto para o paradigma psicossocial ela é uma experiência que precisa ser atravessada.

Araújo⁸ argumenta que a crise não deve ser vista como um evento isolado ou resultado de um “transtorno mental”. A autora afirma que a crise é uma consequência do sofrimento acumulado por várias formas de violência, opressão, vulnerabilidade e dilemas que o indivíduo não consegue processar, devido à falta de recursos emocionais, culturais e sociais.

O fetiche da crise e suas implicações no cuidado

Conforme o dicionário Houaiss⁹, o termo “fetiche” possui diversos significados. Pode referir-se a um objeto ao qual se atribuem poderes mágicos, a uma parte do corpo considerada possuidora de atributos especiais ou eróticos e, ainda, a algo que exerce forte atração e fascínio⁹. Essas definições são oriundas dos contextos em que o termo foi utilizado e como foi reelaborado por determinadas áreas. A palavra em si deriva do português “feitiço”, no sentido de encantamento, e foi usada no contexto da colonização durante os séculos XV e XVI, para descrever objetos considerados mágicos por povos africanos^{10,11}.

A palavra, por sua vez, deriva do latim *facticius* que significa algo artificial, ou seja, feito pelo homem. Logo, o termo foi incorporado ao francês *fétiche*, no século XVIII, por meio de estudos antropológicos relacionando-o a práticas mágico-religiosas de povos africanos. Da antropologia, o termo migrou para outras áreas e desenvolveu-se, ampliando seu significado e ensejando a expressão fetichismo, que se tornou uma noção importante para as ciências humanas e médicas, sendo usada, inicialmente, na antropologia e sociologia. Desses campos, foi apropriado pela psicanálise, psicologia e psiquiatria^{10,11}. Como podemos observar, os usos do termo promoveram sua ampliação e, conseqüentemente, colaboraram para os sentidos atribuídos a ele. Para nossa análise, vamos considerar duas ideias.

A primeira é desenvolvida pela sociologia na obra de Karl Marx *O Capital*, no capítulo I, no item que analisa o fetichismo da mercadoria. A segunda é o pensamento de Freud, que utiliza o termo, inicialmente, como uma forma de perversão e, depois, como um mecanismo de defesa e proteção do ego, particularmente em seu ensaio *Fetichismo*, de 1927^{11,12}. Porém, não vamos fazer aqui uma análise da obra desses pensadores, mas sim sobre como eles utilizaram o termo. Cabe a nós extrairmos de seus pensamentos ideias para construir a nossa análise. Por exemplo, Marx utiliza o termo para descrever a construção de relações sociais que torna as mercadorias, no sistema capitalista, algo ilusório ou místico, ou seja, que escamoteia todo o seu processo de produção e suas relações. Nesse sentido, o valor de troca da mercadoria, capacidade de ser trocada ou negociada, suplanta seu valor de uso, ou seja, sua capacidade de atender às necessidades humanas. Ainda podemos acrescentar que, na análise marxiana, as mercadorias parecem ter vida própria, ocultando que seu valor é resultado do trabalho humano¹².

Daí o caráter fetichista da mercadoria, porque sua origem social é escondida, passando, a mercadoria, a ter uma vida própria independentemente das relações que a produziram. A mercadoria não é mais vista por sua utilidade, mas pelo valor atribuído pelo mercado. Nesse processo, as relações sociais entre as pessoas assumem um caráter de relação entre objetos contribuindo para a alienação dos indivíduos¹³.

Já para Freud, o fetiche está relacionado à psicanálise e à sexualidade como um conceito importante para entender os mecanismos psíquicos. O fetichismo seria, então, algo ou um objeto que substitui um desejo sexual ou um conflito psíquico. Para Freud, durante o desenvolvimento psicossocial do menino, ele percebe que a mãe não tem pênis e relaciona isso com a possibilidade de castração, gerando medo e ansiedade. Para lidar com esse conflito, emerge um fetiche em algum objeto, ou em uma parte do próprio corpo, para substituir o medo, dotando esse objeto de um significado sexual poderoso. Assim, o objeto fetichizado substitui subjetivamente o medo ao mesmo tempo que preserva e transfere o desejo para o objeto¹².

Obviamente, os dois pensadores tratam o termo em campos de aplicação bem distintos. Em Marx, o termo é utilizado para criticar as relações sociais de produção no capitalismo ocultadas pela mercadoria, levando à alienação e inversão nas relações entre coisas e pessoas. Já Freud utiliza para explicar a formação do desejo e os mecanismos de proteção psíquica. Apesar das diferentes aplicações, ambas apresentam elementos comuns, como a ideia de substituição e ilusão. No primeiro, o objeto fetichizado toma o lugar de outra coisa, ou seja, apagam-se as várias relações que podem estar relacionadas à questão central e passam a ser substituídas por características que não

são próprias do objeto fetichizado. Esse seria o feitiço, o encantamento do objeto, ele apresenta uma característica que verdadeiramente não a possui. No segundo, cria-se uma ilusão quando, por exemplo, a mercadoria reveste-se da ilusória autonomia do processo produtivo. Já no fetiche sexual, cria-se a ilusão de que o indivíduo está protegido da castração. Em ambos os casos, há a criação de relações falsas para substituir as relações reais¹².

As relações que os dois pensadores estabelecem com o termo fetiche ajudam-nos a refletir sobre o fetiche da crise. Sabemos que a psiquiatria, na busca por se estabelecer como uma ciência, converte a experiência da loucura em sua própria história¹⁴. Para isso, ela toma a loucura como objeto de sua atuação e a figura do louco como objeto de intervenção. Assim, a loucura foi convertida artificialmente em doença mental. Essa conversão, por exemplo, esconde as outras formas de representação da loucura, seu transcurso ao longo da história e sua percepção em diferentes culturas. Essa experiência é convertida artificialmente em patologia, mesmo que inicialmente ainda muito associada a desvios morais. Nessa relação, também se esconde o desejo da psiquiatria em se tornar uma disciplina capaz de ordenar a vida e o espaço social por meio do seu sistema classificatório e do poder, incorrendo a “normatização”.

Sabemos que durante o período pós-Segunda Guerra Mundial, o paradigma psiquiátrico passou a ser questionado e diversos movimentos de reforma emergiram em vários países. A autoridade sobre a doença mental foi contestada, uma vez que a psiquiatria nunca conseguiu estabelecer bases orgânicas sólidas. Além disso, houve um declínio no poder do médico ao se deparar com a construção do campo da saúde mental, em que teve que compartilhar espaço com outros saberes e outras categorias profissionais. Mesmo com a emergência de novos saberes, que resgatam e ressignificam a experiência da loucura, como aqueles aludidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, preserva-se a crise psíquica como calcanhar de Aquiles para os movimentos reformistas.

A psiquiatria cristalizou a crise, tornando-a um fetiche. Utilizando-a em substituição à experiência de loucura, escamoteando sua construção histórica e subjetiva ao mesmo tempo em que a converte em prova de suposto “transtorno mental”. Operam-se aqui a substituição e ilusão no fetiche da crise, cria-se uma relação artificial em que ela, por si só, afirma a constatação da doença mental e nega os aspectos psicossociais e sócio-históricos de sua relação. Ao fazer isso, temos a significação de atributos mágicos e trágicos. Ela torna-se um mistério e por isso produz um fascínio intrínseco. É trágica, porque perturba a ordem social, as certezas profissionais, evocando medo e angústia nas pessoas que a presenciam ou que lidam com ela.

A crise é o objeto fetiche para a psiquiatria, porque ela protege a psiquiatria da negação de sua autoridade por outras áreas, fortalecendo o discurso de que só a psiquiatria é capaz de lidar com crise. Por isso, mesmo para profissionais que reconhecem a loucura como uma experiência e que se esforçam em tratar a crise psíquica como uma vivência que precisa ser atravessada, eles são capturados por seu mistério e rendem-se ao seu fascínio, buscando contê-la, obcecados por registrar e tipificar suas manifestações, atentos aos seus sinais e às formas de manejo de seus sintomas.

Não é difícil encontrar na literatura estudos que demonstrem esse fetiche expresso na contraposição entre os dois paradigmas². Ele está presente quando, ao lidar com a crise, os profissionais têm dificuldade em compreendê-la, sentem medo e angústia e suas concepções transitam da visão entre o paradigma psiquiátrico e o psicossocial sem as devidas mediações^{7,15}. O fetiche da crise simboliza a interação entre dois paradigmas, apesar de sua contradição.

O fetiche também cria relações que não existem e imprime atributos quase que autônomos ao próprio objeto. Por isso, o esforço da psiquiatria em definir e normatizar a crise, em moldes bastante fechados e como algo inscrito no corpo. Assim, ela torna-se um objeto e ainda esconde a pessoa atrás de si. Essa pessoa é totalmente excluída do processo de cuidado. Tanto as equipes quanto os serviços lidam com o **objeto** crise. Por isso, o fetiche da crise tem desdobramentos tanto no âmbito da clínica quanto da política. Para Basaglia¹⁶,

A psiquiatria depara-se hoje a confrontar-se com uma realidade que está colocada em discussão desde quando - superado o impasse da dualidade cartesiana - o homem se revela objeto em um mundo objetual, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. [...] A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica.¹⁶

Perante o esgotamento do sujeito diante da crise¹, alguns cuidados devem ser considerados: há a necessidade de acolhimento imediato da pessoa em sofrimento, não na abordagem do paradigma psiquiátrico, mas olhando a pessoa em sua subjetividade, como um indivíduo holístico. Ela é o centro do cuidado e o diálogo produzido do encontro entre dois sujeitos, aquele que sofre e aquele que cuida, deve ser incorporado. No entanto, para isso, essas relações devem ser construídas por meio de vínculos na própria rede. Se é um usuário que já é atendido na rede, deve ser elaborado com ele um manejo de crise que atenda às suas demandas e não viole seus direitos. Se é um caso isolado, a equipe deve acolher esse momento com a família em serviço de acolhimento que ajude a pessoa a atravessar essa experiência sem fetichizá-la e sem interdições.

Possibilidades que emergem a partir da RPB e da RAPS

No âmbito da dimensão política, vale ressaltar que, embora haja outras abordagens e perspectivas de intervenção entre os profissionais, o saber psiquiátrico é ainda organizador da atenção¹. A RAPS está organizada em pontos de cuidado em saúde mental nos diversos componentes da rede. Um desses componentes é a atenção de urgência e emergência, que deveria atender à crise em alguns serviços: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e as Unidades de atenção à urgência psiquiátrica em hospitais gerais. Nessa composição, a crise psíquica é tratada como uma urgência, em uma definição muito próxima às urgências clínicas. Então, nesse cenário, não é raro que as abordagens sejam muito conservadoras, alinhadas aos saberes médico-psiquiátricos, com uso da força física e até mesmo das forças policiais¹⁷, além do frágil preparo para o atendimento tanto no SAMU¹⁸ quanto nas UPAs^{15,17}. Aqui, prevalecem os sentidos de risco e de periculosidade do fetiche da crise.

Sendo assim, esses serviços tratam a crise psíquica como um mero objeto, despersonalizando-a e esvaziando todo o seu conteúdo simbólico. Nesse contexto, operam a clínica psiquiátrica com a contenção física e medicamentosa e o isolamento das pessoas. As drogas servem para interromper todos os conteúdos manifestos pela crise. Geralmente, essas situações tornam-se uma performance grotesca de desumanidade, reforçando ainda mais o caráter de urgência e de perigo que já está no imaginário social sobre elas.

Os serviços que atendem à crise estão menos propícios às mudanças nas políticas de saúde mental, preservando seu caráter conservador em virtude também da forma como a crise foi fetichizada. Na atenção ofertada nos CAPS, podemos dizer que o fetiche da crise atua de forma mais difusa, pois nesse ambiente convivem concepções distintas sobre a saúde mental e sobre a crise. No mesmo espaço, pode haver intervenções pragmáticas, orientadas pelos protocolos biomédicos, e práticas desenvolvidas na comunidade, que priorizam a formação de vínculos, o acolhimento e os aspectos subjetivos^{1,19}.

Outra questão a considerar na abordagem da crise na RAPS é que, com a RPB, a crise, antes restrita aos hospitais psiquiátricos, passa a ocorrer no contexto do território e no espaço familiar. Assim, muitas vezes, a família procura atendimento durante a crise, levando seus entes aos serviços de urgência e emergência ou de saúde mental. Contudo, nem sempre essas situações configuram-se como urgência, no sentido clínico, e

acabam por reforçar o estigma sobre as questões de saúde mental e fortalecer o fetiche da crise. Em muitos casos, o atendimento à crise antecede as internações psiquiátricas que podem produzir violências e colocar a pessoa no circuito psiquiátrico, do qual ela dificilmente sairá²⁰.

Vale registrar que, durante o percurso da RPB, houve uma preocupação maior com os usuários institucionalizados, que eram vítimas de todo tipo de violações. Nesse momento, a crise ocorria no âmbito desses hospitais. Com o aprofundamento da reforma e a criação da rede de cuidado, podemos considerar que os serviços lidam agora com novas situações de crise, não apenas a pessoa com diagnóstico de sofrimento psíquico grave, mas com pessoas que não têm histórico psiquiátrico anterior, mas que experienciam um sofrimento importante relacionado a acontecimentos abruptos da vida, como violências, perdas significativas, falta de trabalho e de condições de moradias adequadas, doenças, etc¹.

Para Basaglia²¹, o princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa, isto é, a um ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, na sua função ideológica, mas sim a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Essa experiência de sofrimento produz o *continuum* de sofrimento, em que a experiência abrupta passa a se relacionar com outras dificuldades da própria vida, levando à intensificação de seu sofrimento e, quando faltam recursos objetivos, subjetivos e simbólicos para elaborar a experiência, o indivíduo vivencia a crise⁸. Essas pessoas, ao serem atendidas em serviços de urgência psiquiátrica, podem ter determinadas toda a sua vida, pois, como já mencionado, na disputa entre os paradigmas, opera o fetiche da crise que irá destituir o sujeito do seu lugar, transformando-o em mero objeto de fascínio e de medo.

Considerações finais

A análise do fetiche da crise psíquica revela como a psiquiatria, ao longo da história, moldou a percepção da loucura e da crise em termos rígidos e normativos, obscurecendo os aspectos psicossociais e sócio-históricos essenciais para uma compreensão dessa experiência. A crise, transformada em um objeto fetichizado, desumaniza o indivíduo, reduzindo-o a um mero caso clínico e perpetuando a ideia de perigo e de urgência que requer intervenção imediata e controladora.

Apesar dos avanços trazidos pela RPB e pela RAPS, a abordagem da crise psíquica ainda enfrenta desafios significativos. Entre eles, destaca-se a dificuldade de integrar práticas que valorizem a subjetividade e a história de vida dos indivíduos com intervenções que, muitas vezes, se baseiam em protocolos biomédicos de contenção e exclusão.

A crise psíquica, ao perturbar a ordem estabelecida dos serviços de saúde e a rotina dos profissionais, revela a tensão entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial. Essa tensão manifesta-se na disputa pela autoridade sobre o tratamento da crise e na busca por métodos que respeitem a individualidade e promovam a transformação pessoal sem recorrer à patologização.

Para enfrentar esses desafios, o papel do profissional deve ser transformador, dando novo significado à complexidade da crise, sem interpretá-la como incapacidade, insanidade, doença, apenas cuidando por meio de um olhar para a diversidade, respeitando o modo de viver do ator social e o seu modo diferente de relacionar-se com o mundo. O saber, portanto, não deve ser usado como técnica normativa, mas sim como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência, quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica⁴.

Cabe ressaltar que esses mecanismos são construídos sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando o fetiche da crise. Entretanto, a apropriação da liberdade muitas vezes não ocorre para as pessoas em crise

psíquica, que escrevem suas “histórias de vida” nas paredes das instituições, nas portas trancadas e nas camisas de força químicas²².

A superação do fetiche da crise requer uma mudança paradigmática que coloque o indivíduo no centro do cuidado, em uma abordagem de corresponsabilidade, na qual o tempo do cuidado não está vinculado ao tempo do serviço, mas às necessidades do usuário. Somente assim será possível oferecer um atendimento de qualidade que respeite os direitos humanos e promova o cuidado em saúde mental em sua totalidade.

Referências

1. Dassoler VA. O acolhimento à e o desafio na atenção psicossocial. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. Saúde mental, Políticas Sociais e Democracia. São Paulo: Hucitec; 2022, p.143-157.
2. Moura BR, Amorim MF, Reis AOA, Matsukura TS. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. Cad Saude Publica [internet]. 2022;38(11):e00087522. DOI: 10.1590/0102-311XPT087522.
3. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev Psic UNESP. 2007;6(1):31-44.
4. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 161-194.
5. Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, organizadores. Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni; 2018.
6. Zorzanelli R, Bezerra Júnior B, Costa JF, organizadores. A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.
7. Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzer N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. REME - Rev Min Enferm [internet]. 2024;28:e-1552. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46943.
8. Araújo AP. (Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
9. Houaiss. Fetiche [internet]. [acesso em 8 fev 2025]. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br>
10. Mountain I. Fetichismo. In: Teo T, editor. Enciclopédia de psicologia crítica. Nova York: Springer; 2014.
11. Salvador RMC, Augusto MF, Rocha OB, Mello ISP. Estudo introdutório acerca do fetichismo. Contextos Clínicos [internet]. 2009;2(2):106-112. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.05.
12. Carvalho DP, Simanke RT. Fetichismo e regressão em Freud e Adorno: da psicanálise à teoria social. Psicologia USP. 2024; 35:e220137. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220137>
13. Duboc JR, Duriguetto ML. As categorias da alienação e do fetichismo na teoria social marxiana. Rev Katál [internet]. 2019;22(2):273-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p273>.
14. Foucault M. História da loucura na idade clássica. Coelho Neto JT, tradutor. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
15. Homercher BM, Volmer AL. Interlocuções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. Physis [internet]. 2021;31(3):e310312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>.
16. Basaglia F. Presentazione a Che cos'è la psichiatria? In: Basaglia FO, organizador. Basaglia Scritti I. Torino: Einaudi; 1981. p. 384-393.
17. Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de quarta geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. Saúde debate [internet]. 2024;48(142):e9252. DOI: 10.1590/2358-289820241429252P.

18. Almeida ABA, Souza AIJ, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24:1035-1043.
19. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc. Saude Colet* [internet]. 2020 [acesso em 20 set 2021];25(2):595-602. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>
20. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo* [internet]. 2012 [acesso em 08 fev 2025];17:227-236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PkJPJw5NM/>
21. Basaglia F. A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico? Jahn H, tradutora. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
22. Sade RMS. Portas abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; 2014.