

MAICO FERNANDO COSTA

**A CLÍNICA DA URGÊNCIA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: da
privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente**

ASSIS

2016

MAICO FERNANDO COSTA

**A CLÍNICA DA URGÊNCIA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ENTRE
A PRIVATIZAÇÃO E A APOSTA NO SUJEITO DO INCONSCIENTE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador (a): Abílio da Costa Rosa
Bolsista pela CNPq e FAPESP. FAPESP, nº do processo: 2015/00972-8

ASSIS

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Costa, Maico Fernando
C837c **A Clínica da Urgência na Unidade de Pronto**
Atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito
do inconsciente / Maico Fernando Costa. - Assis, 2016
176 p. ; il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Abílio da Costa Rosa

1. Saúde Pública. 2. Psicologia. 3. Psicanálise. I. Título.

CDD 362.11

MAICO FERNANDO COSTA

A CLÍNICA DA URGÊNCIA NA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO: da privatização da Saúde a uma aposta no
Sujeito do inconsciente

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras – UNESP/Assis para a
obtenção do título de Mestrado Acadêmico
em PSICOLOGIA (Área de Conhecimento:
PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 20/12/2016

COMISSÃO EXAMINADORA


Presidente: Prof. Dr. Abilio da Costa Rosa - UNESP/ASSIS


Membros: Prof. Dr. Roberto Calazans - UFSJ/MG

Profa. Dra. Ilka Franco Ferrari - PUC/MG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente...

FORA [o] TEMER!

Bem, seguem os meus agradecimentos, o meu obrigado por fazerem parte da minha vida. Sou grato por me proporcionarem a oportunidade de aprender um pouco, com cada um de vocês, algo sobre a arte de viver e algo sobre o gesto de cativar alguém sem ter que se responsabilizar por este. Partilho este texto com toda a minha família, amigas e amigos (irmãos e irmãs), com quem pude conviver, com quem pude me encantar pela doce presença que muitas vezes se faz na ausência, daquele que não conquista por precisar dar mais do que aquilo que pode. Agradeço às pessoas que passaram por mim, tocando-me pelas intensidades dos momentos e marcando-me pela sinceridade de suas atitudes. Aos que nesta página estão, nas reticências que nos privilegia o deleite da continuidade, e, aos não menos importantes, que não pude lembrar, pois é impossível o *Tudo* dizer, a minha mais sincera e franca gratidão:

Abílio da Costa Rosa, professor, orientador, a quem tomo como referência na vida, na práxis, nas reflexões teóricas e políticas. Pela experiência de trabalhar com você, percebi que onde quer que eu esteja posso me expressar com a Ética e com o compromisso de não ceder de meu desejo...

Cléria Maria Lobo Bittar Bueno, a primeira professora que tive, ainda em Franca, que me mostrou o que é ter envolvimento com o que se faz na transmissão do saber...

José Sterza Justo, professor, a quem considero um amigo, que me proporcionou a primeira publicação em revista científica. Foi um parto tardio, de uma gravidez de risco, mas devemos confessar, valeu esperar pelo nosso “Jabuti”...!

Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz, a professora amada, querida, minha mestra e exemplo de amor ao saber. A quem a sua história nos é exemplo de superação, paixão e postura vibrante na militância cotidiana...

Meus pais (Dirce de Oliveira Costa e Luiz Carlos da Costa), avós (Hilda Ferreira de Oliveira, José Firmino de Oliveira; Dirce Dias da Costa e Valdivino Rodrigues da Costa), tias, tios, primas e primos (da Família Oliveira à Família Costa), amigos da minha amada terra natal **Minas Gerais**. Sem vocês não teria vencido essa etapa, não seria quem hoje eu sou e quem ainda posso ser. Vocês são a minha fonte de persistência, de vocês me constituí para seguir em frente no meu desejo. Amo a todos com a força de quem sabe que para amar também é preciso estar longe...

Joel Esteves Pereira Neto, o primeiro dos meus irmãos e das minhas irmãs que pude conhecer. A tua garra me inspira...

Grande amiga e grandes amigos, Roseli Barbosa, Alisson Pereira, Betinho Santos, Rodrigo Bento, Tiago “Buiu”, Marcelo Elias “Kid”. Como não se lembrar das nossas infundáveis risadas...

Pedro Henrique Santos Decanini Marangoni (“Pedrão”), parceiro, amigo, sintônico nas discussões e reflexões dos processos de viver. A quem estimo pelo brio e ótimo ser humano que é, pela convivência, e claro, por, além do apreço e da boa formação em Filosofia, ser um exímio intérprete da dança do “Ballet Bolshoi”. À nossa ainda convivência de Re-pública...

Waldir Périco, intercessor, amigo, interlocutor, das horas tristes, dos impasses, dos desejos, das horas alegres. A quem me apresentou a psicanálise, quem admiro, e com quem ainda aprendo muito na vida e no trabalho. Ah, vai aí uma pausa para o fato social, um café e uma prosa...?

William Azevedo de Souza, amigo, intercessor, com quem descobri e aprendi os primeiros caminhos (nunca acabados e sempre a percorrer) do campo lacaniano. Dos agenciamentos amorosos às chistosas interpretações kleinianas com os amigos...

Carlos Henrique Andreassa do Amaral (“Carlão”), amigo, companheiro. Agradeço-te pelas nossas conversas, pelo aprendizado na vida e na teoria, nas Urgências nossas de cada devaneio, tua postura sempre me foi referência. Enfim, café conciliado com prosa são risadas na certa...

Paula Ione da Costa Quinterno Fiochi, amiga, intercessora. A quem dedico os meus passos iniciais na Docência e na Clínica, pela confiança depositada em mim. Tua seriedade e percurso no campo da psicanálise sem dúvida me são exemplares e admiráveis...

Sara Mexco, amiga, exemplo de trabalhadora, mãe e intercessora-pesquisadora. A quem agradeço por poder compartilhar os momentos mais críticos de decisão profissional com mais leveza. Como se esquecer dos nossos grupos de estudos para os processos seletivos do Mestrado e Doutorado...

João Renato C. Pagnano, amigo, companheiro. Obrigado pelo acolhimento de sempre: “Prudente”, singelo e afetuoso...

João Elias Cury Junior, já me sinto autorizado a chamá-lo de meu amigo. A forma como expressa o teu estilo, como sujeito e como profissional, a maneira como demonstra o carinho para com os amigos, a sensibilidade que teve, como poucos, ao ler e revisar este texto de Dissertação... Enfim, aprendo muito com você...

Às companheiras e companheiros de trabalho do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde, com quem a luta faz valer a pena: Carine Sayuri Goto e Thiago Marques, Laura Basoli, Silvio José Benelli...

Joaquim (“Joca”), cão-amigo, quem nos devota o seu amor incondicional...

Claudinei Chelles, amigo, referência, parceiro de todas as horas [inclusive as de “Avalanche”]. A quem o percurso de vida nos mostra que é possível encarar o peso das responsabilidades com mais alegria e disposição. “Vai vendo”... Ainda tem um lugar para você no meu time, não esquece...

Felizardo Tchiengo Bartolomeu Costa, amigo, companheiro, “Feliz” é o nome do “senhor”. Tua serenidade, seriedade e sensibilidade às questões do Social me despertam ao que nos deve ser mais importante como causa de vida, à verdadeira luta entre o bem e o mal...

Cledione Jacinto de Freitas, amigo, companheiro, de time e de raízes no Carpir. A tua vida inextricavelmente imbuída de lutas, o teu olhar e atenção aos que lhe são mais próximos, e também aos mais distantes, é digno de reconhecimento... Devo-lhe em libras, monetárias de

Outra ordem (e você sabe qual), pela leitura minuciosa e contribuições em toda a minha dissertação...

Roberto Duarte Santana Nascimento, amigo, companheiro, das risadas, dos sabores e da apreciação “disso que está por todos os lados”. Com quem aprendi uma filosofia que, definitivamente, não encontrarei em livro algum...

Tânia Marques Cardoso. “Tayneia Marrra Marx”, um brinde às histórias dos nossos primos...

Eurípedes Costa Nascimento, amigo, conterrâneo, companheiro. A quem é notório o trajeto no Universo Acadêmico, nos “Passos” por dar a ver à sociedade: aqueles que estão à margem e expropriados de seu espaço nas cidades...

Lourenço da Silva Queiroz, amigo, companheiro e cúmplice das risadas traquinas. Precisaria de uma obra inteira para representar a tua luta diária. Exemplo de vida, de ser humano, obrigado pela presença sempre amiga e fraterna...

Piter Bruno Martins, amigo, companheiro. A distância não esmorece a importância de nossa amizade...

Juliana Cristina Bessa, maninha, amiga, companheira de estrada. Aprendi contigo na rapidez de nossos encontros e conversas que é possível amar de diversas formas, com aceleração e leveza, com a calma e “sem” a tranquilidade necessária de poder dizer sim ao novo... Lembra-se das nossas aflições à porta do Aprimoramento e do Mestrado?...

Fábio Tonon. Tua garra e aposta no desejo me inspiram. “Fabão”, ainda quero aprender contigo sobre as mágicas do viver sem precisar sobreviver...

Bruno Bezerra de Araújo. Aprendo muito com a tua sabedoria e entrega para com os amigos. Reeditemos o dinamismo das nossas estratégias de trabalho na Saúde Mental...

Carmen Silvia Righetti. Uma grande referência de trabalhadora, de Assistente Social, uma amiga que muito estimo e que quero “levar para a vida”. Obrigado pela oportunidade que me deste de poder ter aprendido contigo.

Mayara Curcio (“Cursilho”) e Danilo Marques, Renato Yoshio Arai (“Primo”), Mayara Freire e Felipe Pinto (“Primo”), Lucas Peto (“Lukács”), Mário Henrique Souza (“Marião”), Emily Mathias (“Love of my life”), Igo Ribeiro, Bruna Garcia, Maria Elisa Carricondo da Mota e Miryan Bergamini Meireles. Amigas e amigos de labuta, de uma “Psicologia Marginal”. Sem distinção, o companheirismo e os ideais pelos quais partilhamos, o que vocês representam para mim, faz-me acreditar numa colheita que seja para todos...

Eliane Volpini Belavenute, Carlos Vitor Belavenute, João Vitor Belavenute, Paula Graziela Belavenute, Bruna Rafaela Belavenute e Geraldo Belavenute Júnior. À família Belavenute: o meu obrigado, desfrutar de momentos com vocês é sempre uma honra e um prazer...

José Paulo Diniz, Letícia Ayumi Masumoto, Patrícia Kühl Schuindt, Bianca Monção Alves, Eliza Arantes e Paixão, Livea Mello, Drieli Rosalino, Beatriz Souza, Aline Mazzeto, Pedro Rodolfo Morelli e Sofia Dias Figueira. Entre “Humanus”, entre amigas e entre amigos, *por que será que é preciso a saudade para que eu sinta, mormente, a ternura e a falta que os teus abraços fazem?...*

Amilton José da Silva Júnior, Cristiane Midori Takasu, Guilherme Souza Peraro, André Masao Peres Tokuda, Lucas Feltrin, Ricardo Costa Otávio. Aos bons momentos da nossa Morada no Labirinto de nossa residência. Ah, éramos sete... E alguns poucos mais...

Camila Bertelli, Leonardo Chioda, Karina Loncorovici, Ana Marta (Horizonte). Amigas e amigo das “Letras”, do amor à transcendência, dos cafés às danças, da poesia em cada encontro... Léo, por favor, lê as cartas pra gente mais uma vez? Para saber se o amor está ao lado...

Abílio Rezende Macedo, Matheus Viana Braz, Vinícius Xavier Cintra Marangoni. À República – Lar dos Velhos, obrigado por permitirem que eu aprenda com vocês em cada prosa nossa, que as nossas gargalhadas e reflexões do contemporâneo continuem...

Nivaldo Ferreira Júnior, Gustavo Guimarães Ferri, Carlos Henrique Andreassa do Amaral, Cristiane Omine, Willian Penante e família, Marina Gouvea, Marita Penariol, Eduardo Moura da Costa, Cleyton Nascimento, Tiago Piotto, Francielle Tostes e Eduardo

Peres. Amigas, amigos, camaradas, sinto-me honrado por ter compartilhado histórias com vocês: amor, angústia, desejo, produções, problemas, discussões. Brindemos à impossibilidade de não poder não socializar e desejar...

Isabela Dias, Maria Fernanda, Verânia Dias, família Dias e família Tanaka. Agradeço a vocês pela confiança de sempre, pela família de guerreiros que são, admiro-os.

Trabalhadores da Seção Técnica de Pós-Graduação e da UNESP-Assis/SP como um todo, sem vocês o nosso trabalho, a nossa causa, não teria visibilidade, não teria sentido, não seria Coletivo, que possamos reconhecer mais o que vocês fazem para além desses “escritos” no papel...

Cledione Jacinto de Freitas, Waldir Périco, João Elias Cury Junior, William Azevedo de Souza, Felizardo Tchiengo Bartolomeu Costa, Roberto Duarte Santana Nascimento, Vinícius Xavier Cintra Marangoni, Pedro Henrique Santos Decanini Marangoni, Silvio José Benelli e Ana Flávia Dias Tanaka. Obrigado pelas contribuições no texto, por lerem meu trabalho, minha admiração e gratidão por vocês ultrapassa os seus lugares de intelectuais na Universidade...

Obrigado Claudia Maria de Sousa Palma e Valéria de Araújo Elias, examinadoras da Banca de Qualificação deste Mestrado, tuas contribuições foram nevrálgicas para o meu trabalho, compõem o (in)acabamento do meu texto...

Obrigado à Banca Examinadora desta Defesa de Mestrado: Ilka Franco Ferrari e Roberto Calazans. Sou muito honrado por ter tido vocês como avaliadores do meu trabalho... Isso já ficou *inscrito* em minha memória, guardarei sempre na lembrança esse momento...

Obrigado ao CNPq pelo financiamento no meu primeiro ano de Mestrado. Obrigado especialmente à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), pelo financiamento dessa intercessão-pesquisa, presente desde a Graduação.

Fulana, com quem dividi os momentos que seriam de uma vida a dois. Afinal, não é sempre que se belisca o seu objeto *a* e se vive a indestrutibilidade do desejo. Mas... É, eu *Sei*, é *A Cinza das* nossas *Horas*, “sei quanto me custa manter esse gelo digno, essa indiferença gaia, e não gritar: Vem, Fulana!” (Carlos Drummond de Andrade, *O Mito*).

“É preciso que a saudade desenhe tuas linhas perfeitas,
teu perfil exato e que, apenas, levemente, o vento
das horas ponha um frêmito em teus cabelos...
É preciso que a tua ausência trescale
sutilmente, no ar, a trevo machucado,
a folhas de alecrim desde há muito guardadas
não se sabe por quem nalgum móvel antigo...
Mas é preciso, também, que seja como abrir uma janela
e respirar-te, azul e luminosa, no ar.
É preciso a saudade para eu te sentir
como sinto – em mim – a presença misteriosa da vida...
Mas quando surges és tão outra e múltipla e imprevista
que nunca te pareces com o teu retrato...
E eu tenho de fechar meus olhos para ver-te!”

Mário Quintana

“Quem faz um poema abre uma janela.
Respira, tu que estás numa cela
abafada,
esse ar que entra por ela.
Por isso é que os poemas têm ritmo
- para que possas, profundamente respirar.

Quem faz um poema salva um afogado”

Mário Quintana

COSTA, Maico Fernando. **A Clínica da Urgência na Unidade de Pronto Atendimento**: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente. 2016. 176f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016.

RESUMO

Endereçamos a presente dissertação aos trabalhadores que atuam a partir das Políticas Públicas em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com interesses na escuta ao sujeito do inconsciente. Temos o propósito de introduzir ao leitor, nos desígnios da Saúde Coletiva, um determinado modo de posicionar-se no Estabelecimento institucional hospitalar, mirando formalizar a Clínica da Urgência enquanto um dispositivo de tratamento neste contexto em específico da Atenção à Saúde. O intuito foi refletir sobre a minha práxis, a práxis de um psicólogo precavido pela psicanálise de Freud e Lacan na Atenção Hospitalar, nos momentos em que foi possível ocupar um lugar de trabalhador-intercessor, intercedendo tanto em relação aos sujeitos do sofrimento e do tratamento, quanto em relação aos trabalhadores deste Estabelecimento, no qual estivemos. Segundo Costa-Rosa, o trabalhador-intercessor é tributário do Dispositivo Intercessor, uma abordagem multirreferencial que tem como perspectiva a superação da divisão fundamental do trabalho, um *savoir-faire*, combinando ação-reflexão *in acto*. Para a exposição do trabalho, nos debruçamos em torno de quatro eixos: a definição de Unidade de Pronto Atendimento e a subversão de seus propósitos originais, quando na concessão de seus princípios ao Modo Capitalista de Produção; uma problematização das práticas e dos discursos de uma específica UPA inserida nas suas Redes, à luz do Materialismo Histórico marxiano; a fundamentação teórica acerca do dispositivo *Clínica da Urgência* na Atenção Hospitalar, bem como, da Clínica psicanalítica nos parâmetros da Urgência subjetiva; e por fim, discorreremos sobre o que foi a práxis propriamente dita do psicólogo, trabalhador-intercessor, na Urgência e Emergência de uma UPA. Destacamos do texto, que se trata de pensarmos a especificidade de trabalhador-intercessor exigida por uma UPA, guiada fortemente pelos ideais do Modo Capitalista de Produção em seus efeitos devastadores, na Atenção que é dada aos sujeitos que fazem uso deste dispositivo Hospitalar.

Palavras-chave: Clínica da Urgência; Psicanálise de Freud e Lacan; Saúde Coletiva; trabalhador-intercessor; Unidade de Pronto Atendimento.

COSTA, Maico Fernando. **The Clinic of Urgency in the Emergency care Unit: from the privatization of Health to a bet on the Subject of the Unconscious.** 2016. 176f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016.

ABSTRACT

We address this dissertation to psychologists and workers who are in the emergency clinic of an ER unit, with focus on listening to the subject of the unconscious. Through the work of a psychologist, in the domain of Collective Health, we aim to introduce a specific positioning method, within a medical care institution, with the objective of formalizing the Clinic of Urgency as a treatment device in this particular context of Health Care practices. The aim was to reflect on my praxis, the praxis of a psychologist who is advised by Freud and Lacan's psychoanalysis in the field of Hospital Care, in the moments when it was possible to occupy a position, that of a worker-intercessor, interceding with the subject of suffering and treatment as well as with the workers of the Institution in which our practice took place. According to Costa-Rosa, the worker-intercessor is tributary to the Intercessor Device, a multireferential approach which has in sight the overcoming of the fundamental division of labor, a *savoir-faire* which combines action-reflection *in acto*. In order to expose the work which was carried out, we have based ourselves on four axes: the definition of an ER Unit facility and the subversion of its original purposes, when their principles abide by the Capitalist Mode of Production (CMP); a problematization of the practices and the discourses of a specific ER Unit, inserted in its Networks, in light of Marx's Historical Materialism; the theoretical founding of the *Clinic of Urgency* device in Hospital Care, as well as of the psychoanalytic Clinic in compliance with the parameters of Subjective Urgency; and, finally, we give an account of what the praxis of the psychologist, worker-intercessor, in the ER Unit of a hospital facility was like. We point out, from the text, the relevance of reflecting on the specificity of the worker-intercessor required by an ER facility, which is strongly guided by the ideals of the Capitalist Mode of Production (CMP) in their devastating effects in the Attention which is given to the subjects who turn to this health service device.

Keywords: Urgency Clinic; Freud and Lacan's Psychoanalysis; Collective Health; worker-intercessor; ER unit facility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - **Discursos como produção do Laço Social:** Discurso do Mestre – P. 63.

FIGURA 2 - **Discursos como produção do Laço Social:** Discurso do Capitalista – P. 65.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME - Ambulatório Médico de Especialidades

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

DI – Dispositivo Intercessor

DImpc - Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento

DM – Discurso do Mestre

DC – Discurso do Capitalista

ESF - Estratégias Saúde da Família

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

HGR - Hospital Geral Regional

KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

MCP - Modo Capitalista de Produção

ONG - Organização Não-Governamental

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PAR - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

PEH - Processo de Estratégia de Hegemonia

PF- Paradigma Flexneriano

PPSS - Paradigma da Produção Social da Saúde

PVC - Policloreto de Vinila

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USH - Unidade de Saúde Hospitalar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ENSAIO 1

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DIANTE DO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO

.....	25
1. INTRODUÇÃO	25
1.1. Hospital contemporâneo: o paciente, a Instituição médica e as ideias dominantes...	27
2. OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE HOSPITALAR	30
3. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	35
3.1. A arquitetura e os trabalhadores: os cômodos	36
3.2. A prática e o protocolo.....	38
3.3. Unidade de Pronto Atendimento e Sistema Único de Saúde	41
4. CONCLUSÃO	42
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

ENSAIO 2

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS, SAÚDE E FRAGMENTAÇÃO: A UPA ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO 47 |

1. INTRODUÇÃO	47
2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	49
2.1. As Redes e o trabalhador no cenário da práxis	50

2.2.	Rede de Urgência e Emergência	53
3.	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL E TERCEIRIZAÇÃO	56
3.1.	As Terceirizadas	56
3.2.	Consórcio Intermunicipal em privatização	60
3.3.	Um palco da experiência.....	67
4.	FRAGMENTAÇÃO, SOFRIMENTO E TRABALHO PARCELADO.....	70
4.1.	A divisão do trabalho no Modo Capitalista de Produção	73
4.2.	Fragments: trabalho e sofrimento	75
4.2.1.	Caso F.....	75
5.	UM “RESTO” DE ESPERANÇA: O PÚBLICO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	79
6.	CONVITE A INICIAIS CONCLUSÕES.....	81
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ENSAIO 3

	A CLÍNICA DA URGÊNCIA: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE SUJEITO NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	87
1.	INTRODUÇÃO	87
2.	A URGÊNCIA SUBJETIVA.....	90
2.1.	Urgência subjetiva, angústia e os seus momentos	98
3.	A CLÍNICA DA URGÊNCIA: DEFINIÇÕES.....	100
3.1.	O dispositivo Clínica da Urgência	104
3.1.1.	A escuta no contexto hospitalar: transferência, demanda e experiência analítica... ..	109
3.2.	Da Urgência aos Quatro Pressupostos de Ação	117
4.	CONCLUIR.....	124
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

ENSAIO 4

INTERCESSÃO-PESQUISA, PSICANÁLISE E AMPLIAÇÃO DA INTENSÃO: A ESCUTA EM URGÊNCIA.....	132
1. INTRODUÇÃO.....	132
2. DISPOSITIVO INTERCESSOR E A INTERCESSÃO-PESQUISA	133
2.1. Trabalhador-intercessor: a práxis propriamente dita	137
2.2. Intercessor-pesquisador e o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento.....	141
3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES: SOBRE UMA AMPLIAÇÃO DA “INTENSÃO COMUM” DA PSICANÁLISE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	144
3.1. A Entrada e o “movimento”	147
3.2. Oferta, Escuta e tratamento na Urgência	153
3.2.1. Caso H.	158
3.2.2. Caso S.	160
3.2.3. Caso B.	161
3.2.4. Caso CM.	162
4. CONCLUINDO.....	167
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é o desdobramento de um trabalho que desenvolvemos na Iniciação Científica no ano de 2012, de nome: “*Clínica da urgência e a unidade de pronto socorro: a psicologia sob a orientação da psicanálise*”, servindo também como parte do cumprimento de créditos de uma disciplina de estágio profissionalizante. Naquela ocasião, como estagiário do 5º ano de graduação em Psicologia, tratava-se de uma inserção institucional em um Pronto-Socorro. O desejo de continuar a experiência de estar como um *psicólogo precavido pela psicanálise*, desta vez posicionando-me a partir do trabalhador-intercessor, em uma Unidade de Saúde Hospitalar, me motivou a querer investir nessa proposta na Pós-Graduação. Quase dois anos após ter graduado em Psicologia, de ter atuado na Saúde Mental e na Assistência Social, e, sendo atravessado pela minha própria análise, decidi me inscrever no curso de Mestrado. Sem falsa demagogia, minha intenção foi bem simples: quis congrega a oportunidade de dar sequência em uma formação na escuta, em nível de práxis (junção do fazer com o saber), no âmbito da Saúde Hospitalar, reunindo a esse intuito a produção de conhecimento na Universidade.

Inicialmente tínhamos no horizonte continuar a prática no Pronto-Socorro; porém, com a reorganização da Rede Hospitalar, entraves burocráticos e inquietação nossa por conhecer esse novo *lócus* de Atenção¹ inaugurado no município, decidimos deslocar a proposta para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Houve uma primeira tentativa, diga-se de passagem, frustrada, de iniciar meu trabalho de psicólogo na Unidade de Pronto Atendimento, a coordenação alegou que tal proposta de inserção no campo seria inviável para o primeiro semestre de 2015. O segundo semestre começou e ainda assim não obtivemos resposta positiva. Diante da circunstância, tivemos uma ideia: entrar em contato com a Secretaria de Saúde e propor formalmente o nosso trabalho. Marcamos uma primeira reunião com o secretário; o mesmo reconheceu a importância que teria uma atenção voltada ao psiquismo no Equipamento da Rede de Urgência e Emergência. Em seguida, para fins de protocolo, foi-nos pedida a elaboração de um “Ofício de Solicitação” para a entrada na Unidade. Nele eu deveria registrar a minha

¹ Partindo de Costa-Rosa (2013), nas suas reflexões acerca da Instituição de Saúde Mental, acolhemos o termo Atenção com a letra inicial maiúscula para nos referir ao conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Hospitalar, em seus meios de cuidado, tratamento, promoção e prevenção.

intenção de estar como psicólogo na área Hospitalar, em situação de estágio profissional. A coordenação da UPA assentiu com o pedido da Secretaria de Saúde e convidou-me a uma reunião, para me apresentar aos trabalhadores da Unidade, nos mostrar a arquitetura do prédio e a forma como se organizavam os processos de trabalho das equipes em seus respectivos turnos. Findado o meu trabalho, encetamos a produção de um texto, sob a vontade de responder às perguntas que me inquietaram e que derivaram da práxis.

Assim sendo, a dissertação que se segue é endereçada aos trabalhadores atuantes a partir das Políticas Públicas, na Urgência de uma Unidade de Pronto Atendimento. Destina-se em especial àqueles que queiram se interessar na escuta ao sujeito do inconsciente. Temos o propósito de introduzir ao leitor, a partir do que foi a práxis do psicólogo, um determinado modo de posicionar-se no Estabelecimento institucional. Aspiramos à formalização do dispositivo *Clínica da Urgência* como forma de tratamento aos sujeitos do sofrimento no campo da Saúde Hospitalar, especialmente na Unidade de Pronto Atendimento.

Cabe-nos diferenciar o *psicólogo precavido pela psicanálise* de Freud e Lacan, do praticante de psicanálise e do analista. O praticante de psicanálise está resguardado pela Ética do *bem-dizer*, ele tem consigo que escutar os sujeitos em seus sintomas, suas formações do inconsciente, implica na vivência da própria análise, na sua reflexão (os estudos da teoria), além de estar em supervisão clínica (em razão dos sujeitos que atende). O analista, disse Lacan (2003, p. 248), “só se autoriza de si mesmo”, ele não abriu mão das reflexões dos seus casos, mas é um sujeito que ao término de sua análise pôde *des-ser* de seu narcisismo, entregando-se ao desejo para saber-fazer algo com o seu sintoma. Nessa medida, ser analista é se despir dos imperativos de querer sê-lo, pois se sabe que mais do que sê-lo é poder ocupar uma posição, “evanescente”, sob transferência e em momentos que se é convocado para tal numa prática analítica. O famoso adágio lacaniano de que o fim de uma análise produz um analista, ainda que este não o queira, nos remete ao “tornar-se psicanalista da própria experiência” (LACAN, 2003, p. 248). Essa citação pode parecer trivial, embora não o seja; entretanto, não é almejarmos muito afirmar que só se pode escutar alguém desde que possamos estar nos escutando em nossos próprios impasses. Este é um princípio básico que também acomete o psicólogo precavido pela psicanálise.

Em nosso ponto de vista, só há um aspecto em que o psicólogo precavido pela psicanálise, na Instituição², seja ela de Saúde ou não, difere do praticante de psicanálise e do analista: não querer ou pretender se nomear psicanalista. Visto que, abrimos mão dessa

² Conjunto articulado de discursos e práticas. Constituída por suas regras, normas e ideologias (LOURAU, 2004).

específica nomenclatura, sem deixarmos de vivenciá-la ao nosso modo, para nos instrumentalizar por outros referenciais, além de Freud e Lacan.

De acordo com Costa-Rosa (2015), definimos o trabalhador-intercessor como aquele trabalhador que tem um compromisso ético-político e teórico-técnico com o sujeito do desejo e, como explicita Marx (2010), com o trabalho na sua dimensão *art/criativa*. Ele tem em sua causa não ceder às funções originárias de sua formação universitária, para aceder a um saber de teor transdisciplinar, operando com as Formações Sociais e Subjetivas/Inconscientes. Não de outro modo, o trabalhador-intercessor se aproxima do psicólogo precavido pela psicanálise de Freud e Lacan, e por alguns elementos de outros referenciais, homologamente éticos em suas ações: o Materialismo Histórico, a Análise Institucional e a Filosofia da Diferença.

O posicionamento o qual mencionamos é tributário do Dispositivo Intercessor (DI), uma abordagem multirreferencial, instrumentalizada para lidar e interceder tanto junto às demandas dos sujeitos do sofrimento, quanto nos impasses do trabalho institucional, ambos emergidos do campo da Saúde Coletiva (COSTA-ROSA, 2008; PÉRICO, 2014; FIOCHI, 2015). Em nosso caso, trataremos da Saúde Hospitalar Coletiva. A figura do trabalhador-intercessor será a forma adotada para ilustrar a instrumentalização do DI.

O texto está apresentado na forma de quatro ensaios, não seguindo uma sequência linear entre si; possuem uma independência e podem ser lidos separadamente. Cada um aborda uma problemática específica; entretanto, estão relacionados em torno da questão que os atravessa. Segundo Starobinski (2011), o ensaio é uma aspiração à zona suspeita da não-cientificidade, uma experiência inacabada, um exercício preliminar de escrita, que tem mais interesse em deixar um tema em aberto do que dá-lo por acabado à objetividade científica.

Para a especificidade de escuta e de trabalhador-intercessor que vislumbramos para a Clínica da Urgência, dividimos a reflexão de nossa práxis em quatro temas, não necessariamente precisando ser nessa ordem: 1) A UPA na Atenção Hospitalar; 2) Os Consórcios Intermunicipais e a UPA em terceirização; 3) Clínica da Urgência e a Urgência subjetiva, e, por fim, 4) uma Intercessão-Pesquisa e ampliação da Intensão, a escuta em Urgência.

No primeiro ensaio, discorreremos sobre a definição e a experiência em uma Unidade de Pronto Atendimento. Usufruímos da leitura paradigmática de Mendes (2006) para o campo da Saúde em geral, nos servindo dela a fim de refletir sobre a Unidade de Pronto Atendimento e o posicionamento de trabalhadores da Saúde Hospitalar. Debatemos a respeito de uma UPA não alinhada aos princípios básicos e universais do Sistema Único de Saúde, não apreendida como uma conquista democrática pelos seus gestores.

No segundo ensaio, problematizamos as práticas e os discursos de uma Unidade de Pronto Atendimento do interior paulista, inserida nas suas Redes, de Atenção à Saúde e de Urgência e Emergência, e coordenada por um Consórcio Intermunicipal. Trouxemos à luz, uma peculiaridade, uma nuance, que é parte das estratégias de gestão em muitos municípios, inclusive naquele em que estivemos: a gestão operacional dos Estabelecimentos de Saúde, delegada a uma concepção de saúde de teor empresarial, de iniciativa privada.

No outro texto, discutimos as noções de Clínica da Urgência e Urgência subjetiva enquanto categorias conceituais, no âmbito Hospitalar da Saúde. Aventuramo-nos um pouco a problematizar as formas de manifestação das queixas, das demandas e os movimentos dos sujeitos do sofrimento. Fizemos um esforço para expor nossas considerações a respeito da Clínica da Urgência, e o que nos garantiria falar em Urgência subjetiva dentro desta Clínica (CALAZANS; BASTOS, 2008; MOURA, 2000).

Quanto ao quarto ensaio, tratamos do que foi a práxis, propriamente dita, do psicólogo, trabalhador-intercessor, na Urgência e Emergência de uma UPA. A sua efetividade nesse campo de ação em especial e como se deram as tentativas de ampliarmos a escuta, a um lugar outro, diversamente do tradicional *setting* analítico.

Propomos o Dispositivo Intercessor como o modo de operar na práxis no campo da Saúde Hospitalar, em sua dimensão criativa, fugindo à alienação do trabalho. Destacamos minimamente os detalhes da práxis, agindo com a psicanálise em um Estabelecimento Hospitalar de complexidade intermediária na política. Queremos sinalizar, por meio de alguns fragmentos da experiência em uma UPA do interior Paulista, fortemente guiada pela lógica e ideais do Modo Capitalista de Produção, o lugar do trabalhador-intercessor.

Deixamos em aberto para futuros trabalhos o aprofundamento da práxis e do exercício teórico-conceitual acerca da Clínica da Urgência – iniciados. Os temas relacionados à direção do tratamento, os limites da escuta no Estabelecimento Hospitalar, a articulação com a equipe e com a Rede são pontos que requerem maior atenção nas próximas intercessões-pesquisas. Não queremos deixar de lado, noutras oportunidades, temas que incidem diretamente à teoria, à ética e à ampliação da psicanálise em *intensão*, como: os “efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise” e a “psicanálise pura e aplicada”. Estes são problemas cruciais, dificilmente esgotados e equacionados numa breve exegese, numa vida, quiçá então, num espaço curto de tempo como o é para um Mestrado.

Citamos aspectos da práxis que precisam ser melhor explorados, todavia, junto a eles incluímos os pormenores conceituais remanescentes dessa mesma práxis: a Instituição, os paradigmas, a divisão do trabalho, a Urgência subjetiva e Emergência de sujeito, a

operatividade dos discursos como produção de laço social na Clínica da Urgência, o tempo, a morte, o trauma e a angústia.

Até o momento, dentro das limitações sempre trabalhadas em processo de análise e em formação (enquanto prática de escuta), possuímos um material fecundo, fruto da vivência de um trabalhador-intercessor. Segundo Lacan (1983), o progresso de Freud está nessa descoberta, tomar um caso em sua singularidade. Nos moldes da psicanálise, esperamos transmitir nesta dissertação, aos trabalhadores do campo interessados no tema, uma parte do que foram nossas tentativas de intercessão e escuta aos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

COSTA-ROSA, A. *Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde*. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2008. (Trabalho não publicado)

_____. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013.

_____. *Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do Campo Freud-Lacan?* Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2015. (Trabalho não publicado)

FIOCHI, P. I. C. Q. *Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2015.

LACAN, J. [1953-1954]. *O seminário – livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. P. 248-264.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. P. 66-86.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 233-300.

MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2014.

STAROBINSKI, J. É possível definir o ensaio?. *Revista Remate de Males*, Campinas-SP, (31.1-2): p. 13-24, 2011. (Texto publicado em *Pour un temps/Jean Starobinski*, Paris, Centre Georges Pompidou, col. << Cahiers Pour un Temps >>, 1985, p. 185-196. Trata-se do discurso pronunciado pelo autor por ocasião do recebimento do Prêmio Europeu do Ensaio. Tradução de Bruna Torlay.

ENSAIO 1

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DIANTE DO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO

RESUMO

O objetivo do ensaio passa por um tema central: discorrer sobre a definição e experiência de uma Unidade de Pronto Atendimento, à luz dos referenciais teóricos do Materialismo Histórico em Marx. Discutimos a Instituição de Saúde Hospitalar figurada no Hospital contemporâneo. Os hospitais contemporâneos são marcados por uma administração que ultrapassa a científica, pois as perspectivas administrativas não se resumem apenas à descoberta de métodos para resolução de doenças com causas desconhecidas. No cotidiano Hospitalar houve uma política se emoldurando com o alvorecer da Ciência e o embate entre paradigmas. A leitura paradigmática nos serve para refletir sobre a Unidade de Pronto Atendimento e sobre o nosso posicionamento de trabalhadores da Saúde Hospitalar, possibilita-nos olhar para a Instituição da perspectiva de uma realidade em movimento. Centrar-nos-emos na concepção de Paradigma explicitada por Mendes, o Paradigma Flexneriano e o Paradigma da Produção Social da Saúde. No que toca a Unidade de Pronto Atendimento, a sua implantação contemplou uma estratégia de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde. É uma Unidade pré-hospitalar fixa, tem em seus objetivos salvaguardar a Política Nacional de Atenção às Urgências. Notamo-la subvertida em seus propósitos originais, atendendo primariamente os interesses de um Modo de Produção dominante na sociedade, que, em nossa leitura, é o do Capital. Dessa forma, precisamos afirmar que uma Unidade de Pronto Atendimento que não está alinhada com os princípios básicos e universais do Sistema Único de Saúde não tem sentido de existir: a Saúde não é por ela apreendida como uma conquista democrática, e fatalmente não atende às finalidades de seu propósito.

Palavras-chave: Materialismo Histórico; Hospital contemporâneo; Paradigmas; Unidade de Pronto Atendimento.

1. INTRODUÇÃO

A análise da Instituição de Saúde no campo Hospitalar é um exercício pertinente para o trabalhador na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que queira descobrir formas de se posicionar na práxis não cativadas pelo modelo médico-centrado. A Instituição de Saúde Hospitalar evidencia um conjunto de métodos criados pela medicina para lidar com as feridas do corpo. O espaço do Hospital formalizado possui o seu regulamento, e, na proposta brasileira após a Constituição de 1988, com as portarias nº 4.279/2010 e 1.600/2011, foram estabelecidas as diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde e de Atenção às Urgências (BRASIL, 1944; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Destacamos que a experiência nossa de trabalho é originária de uma UPA que possui as suas singularidades; logo, ela não representa, certamente, todas as demais ao redor do país.

Os ideários de doença e cura persistem como produtos das Formações Sociais³. Caracterizando-os em nosso tempo, eles têm sido fortemente guiados pelos valores econômicos de uma sociedade de consumo (ANTUNES, 1991). O objetivo do ensaio passa por um tema central, à luz dos referenciais teóricos do Materialismo Histórico em Marx, ele discorre sobre a definição e experiência de uma Unidade de Pronto Atendimento no interior paulista. Tendo em vista o Sistema Único de Saúde (SUS), como base e parâmetro de referência em nossa discussão, passamos rapidamente pela Instituição de Saúde Hospitalar figurada no Hospital contemporâneo, apresentando a concepção de paradigmas como uma análise possível dos discursos e práticas da UPA.

Da leitura que propomos, entendemos, a depender do modo como a Instituição é agenciada, que ela se torna um produto do Modo Capitalista de Produção (MCP); é peça indisfarçável do Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH), conceito de Gramsci relido por Costa-Rosa (1987) para o contexto da Saúde Pública e Coletiva⁴. A Instituição é parte das várias estruturas organizadas para a manutenção da hegemonia de um grupo, este que tem às mãos todo o dinheiro e a força de trabalho dos trabalhadores na produção do lucro (COSTA-ROSA, 2013).

Conceber as instituições como palcos de luta, como algo que está em movimento, e como peças no PEH é concebê-las inseridas no contexto mais amplo do conjunto das forças sociais. E mais, é procurar em suas funções explícitas aquilo que explode em seus interstícios e escapa a todas as funções domesticadoras (COSTA-ROSA, 1987, p. 38).

³ É o meio pelo qual se realiza a experiência subjetiva dos indivíduos. Das Formações Sociais emergem os produtos da luta de classes. Os representantes de um polo societário que possui os meios de produção, nas mãos deles está a maior parte da riqueza monetária da sociedade, eles estão expressos nos governantes, donos das indústrias e do Capital utilizado na produção da mais-valia (MARX, 2013). Os outros estão representados no polo subordinado, eles são o grande contingente populacional personificado na massa de trabalhadores distribuída nas instituições sociais. Composto esta população há também os pobres e os miseráveis, muitas vezes à margem do próprio consumo da mercadoria. As Formações Sociais são a materialização concreta de uma sociedade, produzindo-se nas relações do homem com a natureza e dos homens com os homens, são determinadas historicamente. Em contínuos processos de mudanças, expressam os Modos de Produção da vida material de um povo, em seus aspectos: social, econômico, cultural, afetivo e político.

⁴ Adotamos o uso da locução Saúde Coletiva em contraposição ao termo “Saúde Pública”, para sublinhar a dimensão complexa e não desvinculada da Saúde do seu âmbito social. Consideramos a Saúde Pública como um campo representante dos interesses do Estado. No que toca à Saúde Coletiva está em relevo uma Ética, para além de qualquer normativa, cuja concepção de produção de saúde é intimamente relacionada aos aspectos sócio-simbólicos, afetivo-relacionais e culturais da sociedade. O trabalho tem caráter de multiplicidade numa horizontalização das relações trabalhistas, é dada a ênfase ao trabalho criativo (transformador), à transdisciplinaridade e a uma ideia singularizante de Coletivo (COSTA-ROSA, 2013; CAMPOS, 2000; LUZ, 2009).

O PEH possui uma estratégia e táticas para manter em equilíbrio as contradições que surgem das pulsações da Demanda Social⁵ e evitar os jogos de força entre o Paradigma Flexneriano (PF) e o seu contraditório Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS). O PF é o modelo hegemônico de tratamento na Saúde Pública, com base numa concepção biológica de sofrimento, entendendo a saúde somente na ausência da doença. Em relação ao PPSS, poderíamos resumi-lo como o horizonte ao qual queremos chegar, para uma proposição de práxis alicerçada em um gênero de saúde que inclui a produção social de vida: o acesso à Alimentação, Educação, Trabalho, Habitação, Saneamento Básico, Cultura, Lazer, Esportes, Assistência Social, Transporte (BRASIL, 1988).

1.1. Hospital contemporâneo: o paciente, a Instituição médica e as ideias dominantes

No hospital contemporâneo, desde o século XIX, lugar em que a doença não é mais vista como uma evolução consequente da vida, o doente e a doença são fragmentados, separados um do outro, com o sujeito alheio ao seu mal-estar. A eliminação da doença torna-se inequivocamente necessária para a reintegração do doente na sociedade.

O correlato do disciplinamento médico do hospital contemporâneo, para o doente internado, é o surgimento do paradigma de ‘paciente’, ao qual ele deve aceder para que se lhe retornem os virtuais benefícios da intervenção médico-hospitalar. Paciente: sofredor resignado, manso, vítima, doente, aquele que recebe a ação praticada por um agente. Os sentidos usuais do termo já indicam a negatividade impressa à condição de paciente, na verdade uma condição duplamente negativa. Por um lado, é certo que o doente hospitalizado experimenta a doença como um fator de negação de si mesmo, o qual pode, tendencial ou efetivamente, conduzi-lo à morte. Mas, por outro lado, pode-se firmar que, como a doença o internamento nos estabelecimentos médicos contemporâneos também é vivenciado como fator de negação da pessoa enferma (ANTUNES, 1991, p.163).

⁵ A Demanda Social é a forma velada de como se manifestam as perdas, os clamores da população em relação à falta, às carências e os desejos nas esferas socioeconômica e cultural. Ela é o conjunto das pulsações provocado pelos conflitos de classes, forças que estão em jogo nessa luta. Como disse Costa-Rosa (2013, p. 39), “é hiância em sentido amplo”, manifesta-se nas encomendas dos sujeitos, e depende das ofertas transferenciais deixadas no campo como respostas às suas questões. A encomenda é a contraface da Demanda, a forma como os pedidos aparecem concretamente após sofrerem a mediação do imaginário e da ideologia, são os pedidos de ajuda, de reconhecimento e de suprimento. A Demanda Social pode ser representada nas encomendas dos sujeitos dirigidas à Instituição (LOURAU, 2014).

O termo “paciente” é ilustrativo para percebermos como os sujeitos do sofrimento são reconhecidos pela equipe: sujeitos na condição de passivos e expectadores do seu tratamento. Os hospitais contemporâneos são marcados por uma administração que ultrapassa a científica, pois as perspectivas administrativas não se resumem apenas à descoberta de métodos para resolução de doenças com causas desconhecidas. Os personagens destes novos palcos, com cenários familiares, atuam para manter como papéis centrais uns poucos protagonistas em prejuízo de muitos. O atendimento Hospitalar funciona privilegiando a fixidez dos papéis, com cenas que se produzem favorecendo os roteiros pré-escritos. Os protagonistas neste palco, ou melhor, o protagonista, é o saber médico em lugar do saber do sujeito que padece de sua enfermidade.

Noutras palavras, o excesso de disciplina na determinação do funcionamento da Atenção Hospitalar é demasiadamente acentuado no saber médico. Ele se erige numa política, voltada menos à reflexão das práticas de produção de *saudessubjetividade*⁶ (COSTA-ROSA, 2013) do que ao duradouro modo hierárquico de funcionar dos hospitais.

Nas sociedades nas quais o hospital foi se desenvolvendo, tínhamos uma estrutura social e política das relações de classe, um governo com um saber e um poder sobre a maior parcela da população, mantido por suas leis e crenças. Havia um sistema organizado para tratar das agruras do corpo, que reproduzia, em certa medida, a lógica de relacionamento social de um povo. Pensando o hospital contemporâneo, tanto os sujeitos do tratamento quanto os trabalhadores estão divididos, fracionados em espaços, por especialidades de atendimento “profissional”. Os especialistas cuidam de doenças específicas – a doença é mirada, e não o doente. (ANTUNES, 1991; BRASIL, 1944).

Queremos dizer que no cotidiano Hospitalar houve uma política se emoldurando com o alvorecer da Ciência. No início eram esforços para sistematizar melhor o que de fato era ou não passível para um tratamento médico; depois, foi avistada a possibilidade de que frutos poderiam ser gerados. O trabalho com os doentes seria lucrativo, e, concomitante ao domínio do médico sobre o doente, uma economia se instalava sorrateiramente nessa relação, instalava-se a expressão de uma ideia dominante relativa à saúde e à doença: a doença como exterior e pernicioso ao sujeito, um objeto a ser manipulado, controlado e eliminado (ANTUNES, 1991).

⁶ Criado por Costa-Rosa (2013), para o campo da Saúde Mental, adotamos este conceito à nossa reflexão. A *Saudessubjetividade* é um conceito que se define pela não dissociação da produção de saúde de uma produção de subjetividade, na forma como se expressam.

Sobre isso, no trabalho realizado na UPA, o Materialismo Histórico em Marx é uma importante ferramenta para analisarmos a manifestação dessa forma de organização da sociedade, historicamente construída em torno de um modelo econômico de pressupostos monetários e universais. De acordo com Marx (2007, p. 47), as “ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a dominante”. Ou seja, as ideias de cura, sofrimento e tratamento que prevalecem no Hospital, podem reproduzir os ideais econômico-políticos da classe social dominante. No contexto atual, não nos espantemos que o Capital e o seu Modo de Produção estejam sendo a ordem da vez na constituição das equipes e das relações de trabalho, gerando adoecimento nas Unidades de Saúde Hospitalar (LUZ, 1979; PÉRICO, 2014).

Segundo Marx (2010b), os interesses econômicos e políticos vigoram e são fortalecidos, operando hierarquicamente, na construção dos processos de trabalho. A divisão do trabalho é o reflexo do poder exercido por um Modo de Produção, nomeado de capitalista, ela é reproduzida entre os trabalhadores. Sobre a divisão do trabalho, de acordo com Marx (2010a), nela há a redução do trabalhador à condição de máquina, empobrecendo-o e o deixando mais dependente do Capitalista, o patrão. Estendendo-a à Instituição Saúde Hospitalar, localizamos no Discurso Médico, no ofício do médico, o representante representativo de um modo de agenciamento que guia o outro (equipe e sujeito do tratamento), governando-o com o seu saber de mestre.

As análises de Luz (1979) endossam nossas críticas à Instituição de Saúde. Por meio da leitura amparada no Materialismo Histórico, conseguimos apreender, quando na experiência da práxis, que as ações dos trabalhadores reproduzem a norma social hegemônica e vigente. Neste sentido, o seu livro, fruto de uma pesquisa realizada nos períodos de 1960-1974, nos é de extrema relevância: *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Por mais que tenham sido feitas num tempo anterior à Constituição de 1988 e ao SUS, as suas problematizações muito nos agregam.

Muitas vezes, o Discurso Médico é o discurso que representa os interesses da classe social dominante mencionada. Diante disso, vemo-nos forçados a fazer a mesma pergunta que fez Luz (1979): impera na produção de Atenção à Saúde à população, a Instituição Saúde ou a Instituição Médica? Por ora, contentamo-nos em responder a pergunta com uma citação da própria autora: as

[...] instituições vinculadas à Saúde e instituições médicas converteram-se [e continuam a se converter] progressivamente, desta forma, em todo o mundo capitalista, em instrumento fundamental de enquadramento político das classes e, indiretamente, de manutenção do sistema de produção (LUZ, 1979, p. 50).

Conforme Costa-Rosa (2013), a Instituição é um dispositivo de sentido polissêmico, um “intermediador necessário, quando se trata da Saúde Coletiva” (p. 69) na recepção-escuta aos sujeitos que padecem de um sofrimento. Para tanto, conhecer como a Instituição de Saúde aparece na Instituição de Saúde Hospitalar, desfiando-se na UPA, é uma etapa fundante para o trabalho neste lugar da Atenção.

2. OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE HOSPITALAR

Seguimos com a leitura dos paradigmas para refletir sobre a Unidade de Pronto Atendimento e o nosso posicionamento de trabalhadores da Saúde, pois é o que nos possibilita olhar para a Instituição de Saúde Hospitalar da perspectiva de uma realidade em movimento. Convém-nos ler a sua história, conhecer a legislação em que está envolta, autorizando os Estabelecimentos e as Redes nos seus exercícios. Percebemos que as coincidências não existem, elas respondem à universalidade de um discurso. Cumpre dizer, que na maior parte das vezes é a contingência dos acontecimentos que desvela o instituído⁷, as práticas dominantes no local e o paradigma de produção que as conduz.

A práxis na UPA nos possibilitou reconhecer coisas que saltavam ou suplementavam a análise dos paradigmas. Foram variáveis que se destacavam da luta paradigmática, justamente por terem finalidades que ultrapassavam a divergência dos modelos de compreensão e condução das práticas. Entretanto, para o campo da Saúde em geral, é um passo importante, e não perda de tempo, introduzirmos a conceituação de paradigmas, para enriquecer a nossa discussão.

⁷ O *instituinte* e o *instituído* coexistem numa relação imbricada e antagônica “nos processos ativos da *institucionalização*” (LOURAU, 2004a, p. 74). De acordo com o que nos apresenta Lourau (2004a), o *instituinte* é o novo, a criação, o ato inovador, a contestação, os movimentos sociais existindo como prática política. O seu contrário é o *instituído*, as regras, as normas da Instituição no universal, “os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)” (LOURAU, 2004b, p. 47).

Os paradigmas marcam as lutas travadas entre os Modos de Produção, eles se digladiam, por qual concepção de objeto e meios de trabalho de atuação são os mais apropriados para a resolução dos problemas originados da sociedade. Eles possuem a sua ética, são um conjunto de valores, credos e realizações científicas que estão em constante conflito (KUHN, 1991; SANTOS, 2000). “Os paradigmas, como conjuntos ideologicamente articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos, são sempre, para nós, dispositivos de luta pela hegemonia” (COSTA-ROSA, 2013, p. 78), são efeitos do embate de forças antagônicas, instituídas e instituintes, que pulsam das Formações Sociais. São as contradições dialéticas que, emergidas das Formações Sociais, transformam-se continuamente.

Nós aprendemos dos campos da Saúde e da Saúde Mental Coletiva ainda outra concepção de paradigma: conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização. A polarização desses conjuntos de interesses e valores deixa indisfarçável sua função de peças no Processo de Estratégia de Hegemonia, ou seja, de blocos organizados de interesses e valores sociais específicos que se articulam em contradição dialética. Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários que se digladiam durante tempos indeterminados, até chegarem à substituição de um pelo outro; situação em que poderíamos visualizar um corte maior (COSTA-ROSA, 2013, p. 76).

Para o campo da Saúde Coletiva, no plano geral, centrar-nos-emos na concepção de Paradigma explicitada por Mendes (2006). Deste modo, destacamos o Paradigma Flexneriano e o Paradigma da Produção Social da Saúde. As características em bloco do PF, apresentadas por meio do modo de operar do Discurso Médico e da organização do seu trabalho, fazem eco à maneira como ele vislumbra (introduz) sua prática na Instituição de Saúde. O movimento da Medicina Preventiva, de antecipação do adoecimento, transmite a ideia de que só podemos conceber a saúde na ausência da doença. Podemos dizer que a análise da luta de classes operada por Marx, da relação entre o Capitalista e o trabalhador, e deste com o seu trabalho, serviria muito bem à análise paradigmática, vinda da Saúde, que Mendes constrói.

Toda ênfase flexneriana está nos aspectos curativos porque prestigiar o diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (MENDES, 2006, p. 239).

O Paradigma Flexneriano tem, neste modo de agenciar a produção de saúde, métodos objetivados (fundamentalmente) na especialização e mecanização dos procedimentos. Os aspectos biológicos do corpo humano em seu “mau-funcionamento”, sob a ótica da cura, são a preocupação das equipes. Vejamos que, neste paradigma, o sujeito é tomado como objeto e somente reconhecido por um rótulo, isto é, a condição de sua existência é o sintoma tomado como um mal a ser eliminado. O sujeito somente tem visibilidade partindo do desregulamento orgânico de seu corpo (CLAVREUL, 1983; MENDES, 2006).

No Hospital, o modo de organização intrainstitucional e interinstitucional pauta-se na prevalência das disciplinas, nos atendimentos em série com funções específicas e pontuais por parte dos trabalhadores. O médico conduz os demais “técnicos” a cumprirem para ele as tarefas de ajustamento da saúde, a produção é executada e depois retorna às mãos desse mesmo médico para avaliação do que foi (re)produzido.

Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalecem a *instituição médica* – lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante -, e a *doença* – objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo *terreno* no qual a doença se instala (CLAVREUL, 1983, p. 13, grifos do autor).

A experiência como psicólogo na UPA proporcionou perceber o modo de produção do PF expresso na relação de trabalho entre os profissionais da enfermagem e médicos. Os auxiliares e técnicos de enfermagem (responsáveis pela linha de frente na aplicação dos curativos/medicamentos), por exemplo, sabiam o que estavam fazendo, mas não sabiam como o médico havia chegado àquela conclusão de tratamento para o sujeito, não sabiam do porquê de estarem aplicando aquela medicação, obedeciam às ordens, somente.

Em contradição ao PF, o Paradigma da Produção Social da Saúde foi um dos eixos centrais de uma postura teórico-técnica que possuíamos em nosso horizonte. Era constantemente exercitado por mim, ainda que à revelia do Estabelecimento. No PPSS, a equipe de Saúde reconhece a qualidade de vida (do sujeito no Território⁸) inequivocamente

⁸ Noção uníssona ao conceito de Saúde preconizado nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a ideia de Território não é restrita somente ao espaço geográfico e físico. Digamos que o espaço é criado pelo Território, este, que é construído historicamente pelos atores sociais em seu vínculo com o contexto social, afetivo, econômico e relacional. Na Saúde Coletiva, numa compreensão mais geral, o Território é o espaço criado pelo sujeito, local onde ele habita em sua existência material, e também subjetiva. O Território é a concretização de um cruzamento movente de forças bio-histórico-sociais. Nenhum território pode ser pensado

nas suas condições socioeconômicas, afetivas e culturais. Tal paradigma se define por não se restringir à especialização e fragmentação dos processos de trabalho coletivo. “Assim, a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos, tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais” (MENDES, 2006, p. 239-240). Antes de tudo, o sujeito é entendido como o principal ator em relação ao adoecimento, deslocado da célebre condição passiva e objetalizada em que é mantido no PF.

A saúde neste paradigma é encarada de um ponto de vista complexo, em que podemos vislumbrá-la sob processos que estão continuamente conectados. A necessidade de organização da equipe de maneira horizontal é necessária para conservação das singularidades de cada trabalhador no seu cotidiano, sem detrimento da Atenção dada aos sujeitos do sofrimento (MENDES, 2006). É somente isso que pode permitir dar outra modalidade de Atenção aos sujeitos do sofrimento.

Na contramão do PPSS, o Discurso Médico tem em sua função as orientações de uma racionalidade científica partidária da Medicina Preventiva, cultivada nos Estados Unidos (AROUCA, 2003). É evidente que o Paradigma Flexneriano, e o Discurso Médico seu representante mor, atende à norma neoliberal das relações mercadológicas do consumismo. Neste sentido, trata-se

[...] de relacionar a Medicina com a produção em geral, com o poder e com o mundo das representações que cimentam esse modo de produção. Situar-se nesse nível é também relacioná-la com o conjunto das práticas correspondentes, ou seja, as práticas econômicas, políticas e ideológicas (AROUCA, 2003, p. 224).

Frente ao que está posto, na prática em que nos inserimos na UPA, nos posicionamos no Paradigma da Produção Social da Saúde e, conseqüentemente, no discurso da Saúde Coletiva. Assumimos uma práxis que “opera contrariamente ao discurso preventivista, uma desbiologização do campo conceitual da Medicina Preventiva, instaurando o domínio compartilhado e flexível de um regime articulado dos conceitos sociais e biológicos” (TAMBELLINI, 2003, p. 55). Destarte, reiteramos a contribuição de nosso trabalho, *consoante à* concepção de Mendes (2006), relacionada aos paradigmas no campo da Saúde. Em nossa reflexão e nossas ações cotidianas, incluímos a produção de subjetividade e o lugar

fora da perspectiva de vetores de desterritorialização e de reterritorialização (COSTA-ROSA, 2013; DELEUZE; GUATARRI, 1995; SAQUET; SILVA, 2008).

do Modo Capitalista de Produção junto ao adoecimento dos sujeitos e dos atores institucionais nos seus processos de trabalho.

Devemos admitir que para a Saúde no espaço Hospitalar, representada na UPA de *Areias*⁹, mais do que uma polarização de paradigmas contrários, observamos um discurso extremamente isento de contradições. Era difícil visualizarmos brechas para as práticas instituintes. O funcionamento do Estabelecimento era coerente com as conhecidas aspirações neoliberais, capitalistas. A cadeia de produção era toda centrada nos resultados e na consecução de números, como meio de atestar a qualidade do atendimento.

O modelo flexneriano de Atenção, tal como enunciado por Mendes, ficava obscurecido, operando sob os ditames de um Modo de Produção duro, em que notávamos uma operação frágil e desarticulada do seu conjunto de práticas e teorias. Percebia-se de maneira clara um modelo mais retrógado, mais parecido com o capitalista, na presença da coordenação, preocupado com o enrijecimento das tarefas como meio único de cumprir com a produção pretendida. Por mais que o modelo vigente na UPA estivesse centrado numa concepção essencialmente organicista de saúde, seria necessária uma maior proximidade com o Paradigma Flexneriano, mesmo que para assumir plenamente esse Modo de Produção de saúde precisasse seguir apenas pela via da remoção da doença.

A contradição paradigmática possui o seu lugar em nossa compreensão de Unidade de Pronto Atendimento e seu exercício em prática de Saúde, e estar aquém desses embates entre paradigmas, modelos de Atenção à Saúde, pode denunciar forças em ação que agem para beneficiar determinados interesses sócio-econômicos, estes que, por sua vez, para serem conquistados, requerem as surdinas, o silêncio dos sujeitos do sofrimento e a ausência de conflitos (de embates). Poderíamos nos perguntar se adentrarmos no PF, que tem a doença como eixo vitalício, nos abriria um deslocamento desse modo de tratamento produtivista e voltado ao Capital? Seria uma caminhada profícua rumo ao Paradigma da Produção Social da Saúde? Como alternativa à precarização da Atenção, não podemos enxergar outra saída que não pela via das ações articuladas e estruturadas no Território, entre os diversos Equipamentos de Saúde e por meio das Estratégias Saúde da Família, estaríamos em melhor situação para a reprodução da luta paradigmática, e conseqüentemente para trabalharmos nas saídas em direção (tendo como horizonte) ao Paradigma da Produção Social da Saúde.

⁹ Nome fictício oferecido por nós.

3. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Encontramos pouquíssimas referências bibliográficas conceituando a UPA, ou mesmo tecendo uma reflexão crítica sobre o Estabelecimento. Entendemos que a razão de ser um dispositivo Hospitalar recentemente proposto na política de Saúde contribui para esta constatação. Segundo Oliveira et al. (2015), é a

[...] Portaria n. 1020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Pré-Hospitalar fixo, a qual define as competências e responsabilidades das UPAs, utiliza o termo ‘acolhimento’ em vez de ‘triagem’, conforme preconizado pelo Humaniza SUS, que entende triagem como uma prática de exclusão (p. 239).

Para os autores, a implantação da UPA contemplou uma estratégia de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde (OLIVEIRA et al., 2015). Diferente do pronto atendimento tradicional, é uma Unidade pré-hospitalar fixa, tem em seus objetivos salvaguardar a Política Nacional de Atenção às Urgências e os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006). Do ponto de vista das Redes, conseguimos reconhecer o seu valioso papel. As suas metas se detêm: na organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e na diminuição das filas de espera dos Prontos-Socorros vinculados aos hospitais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a).

“As UPA são responsáveis pelo atendimento secundário de urgência à população, sendo estruturadas de modo a cumprir todos os princípios de regionalização e hierarquização nas áreas onde estabelecidas” (MACHADO; SANSON; PEREIRA, 2013, p. 79). Estão em atividade 24 horas diárias, todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Elas têm a função de ser a porta-de-entrada da Urgência e Emergência, comprometendo-se em oferecer a retaguarda aos Hospitais Gerais, para os casos mais graves que precisarem de uma estabilização inicial e posterior encaminhamento à alta complexidade. Além disso, possuem a incumbência de realizar os procedimentos médicos, primários, feitos costumeiramente nas Unidades Básicas de Saúde e pelas Estratégias Saúde da Família, quando estas não estão funcionando (BRASIL, 2013a).

Dentre as responsabilidades atribuídas às UPA, define-se que: deve articular-se com as unidades de atenção básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas. Este documento define que a articulação com AB deve estar expressa na grade de referência que comporá a proposta de implantação de UPA, submetida ao Ministério da Saúde para aprovação e liberação de recursos (SOARES, 2013, p. 22).

Os portes das Unidades de Pronto Atendimento são divididos em: I, II e III, variam conforme o número de habitantes atendidos no município, ou de um mesmo município pactuado com os demais da região. O pronto atendimento da Unidade é destinado a acolher os sujeitos em estados de saúde críticos, traumatizados, crônicos, de natureza clínica cirúrgica, os quais pedem uma rápida ação da equipe. Sem a dispensa do apoio de exames laboratoriais, diagnóstico e dos primeiros cuidados no tratamento, esses recursos são providenciais no manejo dos casos interceptados. É recomendado que os sujeitos do sofrimento tenham permanência em observação por até 24 horas no máximo, depois, a continuidade da terapêutica deve ser na Atenção Primária¹⁰ ou Terciária (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; KONDER, 2013; MACHADO; SANSON; PEREIRA, 2013). Até aqui falamos do plano universal da Atenção Hospitalar, cabe então, neste instante, descrevermos a UPA em que estivemos, na intenção de adentrar no Estabelecimento institucional. Tivemos por fito visualizar as potenciais brechas para os agenciamentos de uma práxis neste contexto.

3.1. A arquitetura e os trabalhadores: os cômodos

Independentemente da criação de um novo dispositivo e fechamento da porta-de-entrada que estava funcionando no Pronto-Socorro, a Rede de Urgência e Emergência parecia igual no seu funcionamento, enquanto na UPA, foram visíveis algumas modificações. O prédio era recém-construído, novo, com uma sala de espera relativamente grande. Os sujeitos

¹⁰ A Atenção Primária é conhecida popularmente como a de baixa complexidade. É estrategicamente construída para responder de forma regionalizada às demandas de saúde da população. Para prevenção de doenças e promoção de saúde, está organizada para executar os cuidados primários ofertados pelas equipes: nas Unidades Básicas de Saúde e pelas Estratégias Saúde da Família. A Atenção Secundária é conhecida nas ofertas de tratamento intermediário, de média complexidade, localizada nas Unidades de Pronto Atendimento, Ambulatórios de Especialidades Médicas, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Prontos-Socorros. Na Atenção Terciária de Saúde, vista nos Equipamentos que atendem às demandas de saúde de alta complexidade, em termos de tratamento, existem os Hospitais Gerais e os Especializados (MENDES, 2011).

tinham o controle da pressão verificado por um técnico de enfermagem, e depois, na Classificação de Riscos, o enfermeiro chefe¹¹ avaliava a gravidade do caso: - azul ou roxo = não urgente; - verde = pouco urgente; - amarelo = urgente; - vermelho = emergência. Após o procedimento, os sujeitos deviam aguardar na recepção para serem chamados. O médico plantonista se incumbia de ligar para a recepção, os recepcionistas, por sua vez, chamavam o próximo a ser atendido pelo nome completo. Não havia uma porta que separava as Salas de Atendimento da Sala de Espera, diferentemente das outras Unidades de Pronto Atendimento que conhecemos.

Os “maqueiros” ficavam de prontidão para conduzir e colocar os sujeitos nas macas ou nas cadeiras-de-rodas, enquanto os agentes controladores de fluxo (um eufemismo para nomear uma função muito parecida com a de seguranças) ficavam vigiando, controlando e restringindo o trânsito de pessoas na parte de dentro da UPA. No corredor, entrava somente quem estivesse em tratamento e 1 (um) acompanhante.

Do corredor, no seu lado direito, ficavam as salas: do assistente social, da coordenação de enfermagem, do Raio-X e da Medicação. No seu lado esquerdo: a Classificação de Riscos, os quatro Consultórios Médicos, a Coleta de Exames, a Sala de Eletrocardiograma, de “Curativos e Sutura” e a Sala de “Ortopedia e Gesso”. Depois do corredor, ultrapassando a Porta de PVC (Policloreto de Vinila) Flexível, chegava-se aos Quartos Isolados (exclusivo de sujeitos em risco de contaminação). Havia uma Sala de Pediatria com seis leitos, uma de Inalação e, ao lado, um Balcão da Medicação (de onde saíam os medicamentos via soro e injeção), a Sala de Hidratação e as Salas de Observação, feminina e masculina, com seis leitos cada. Adiante, com quatro leitos e aparelhagem de UTI, encontrávamos a Sala de Urgência e Emergência, pela qual havia uma saída estrategicamente planejada para servir também de entrada para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência): os sujeitos em maior risco de morte eram trazidos diretamente até ali. O necrotério ficava numa sala ao lado da sala de Urgência e Emergência.

Todos os dias os técnicos de enfermagem revezavam entre si, trocavam de sala e posto de trabalho. A permuta de técnicos ocupando as salas só não ocorria na: Sala de “Ortopedia e Gesso” (a qual possuía um técnico responsável e fixo para enfaixar e engessar as fraturas), na Sala do assistente social, no Raio-X, nos consultórios médicos e na Sala de Coordenação de Enfermagem. Nas Salas de Observação, os técnicos ficavam na masculina e as técnicas ficavam na Observação feminina. Nos períodos em que eu estava atuando, matutino e

¹¹ A cor do jaleco dos enfermeiros-chefes era azul, enquanto a dos demais técnicos e auxiliares de enfermagem era branca.

vespertino, havia três médicos em três consultórios e um médico para acompanhar as Salas de Observação, Pediatria e a “Urgência e Emergência”. De todas as Unidades de Pronto Atendimento reguladas pelo Departamento de Saúde desta região, esta foi a única que até o término do meu trabalho não possuía um Médico Pediatra à disposição no seu período integral de funcionamento.

Ao todo eram quatro equipes distribuídas em quatro turnos de seis horas cada. A equipe era composta por: trabalhadores da limpeza, da recepção, da administração, da farmácia, da ortopedia, da radiologia, da copa, os enfermeiros, os assistentes sociais, os auxiliares e técnicos de enfermagem, os médicos, os maqueiros, os telefonistas, o almoxarifado e os agentes controladores de fluxo.

3.2. A prática e o protocolo

A UPA de *Areias*, lugar onde trabalhei como psicólogo, foi planejada no município para substituir o Pronto-Socorro, antes municipal e agora estadual, como portas-abertas e porta-de-entrada da Urgência e Emergência. O prédio foi construído em uma das saídas da cidade e a UPA foi implantada, servindo de referência para quatro municípios da microrregião. A maior parte dos trabalhadores era contratada pelo Consórcio Intermunicipal, e uma parte menor era concursada pela prefeitura municipal.

Durante a pesquisa de Iniciação Científica¹² tive a chance de realizar o estágio curricular em psicologia clínica no antigo Pronto-Socorro. Neste período, percebíamos a necessidade de mudança de espaço: o prédio era velho, as condições de trabalho eram péssimas, as equipes nos respectivos turnos eram desmotivadas, muitos trabalhadores argumentavam não aguentar mais o seu emprego por estarem se aposentando; enfim, era notável que os sujeitos do sofrimento chegavam para melhorar e acabavam piorando. Dada essa conjuntura, uma equipe mínima de trabalhadores, a escassa e a reduzida quantidade de leitos, tudo isso corroborava ainda mais para a precariedade da Atenção estendida a mais de

¹² Pesquisa orientada pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa da UNESP (Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Campus de Assis), da qual esta dissertação de mestrado pretendeu se desdobrar, foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) sob o Processo nº 12/08141-0. Naquele ano a pesquisa teve como objetivo geral refletir a prática de escuta orientada pela psicanálise de Freud e Lacan, uma inserção do trabalho de estágio de Psicologia em um Pronto-Socorro. Para tanto, a intenção foi mapear e conhecer as especificidades das demandas dos sujeitos em sofrimento junto aos demais trabalhadores da Instituição.

200 mil pessoas, distribuídas entre a cidade e região. Visando organizar a Rede de Urgência e Emergência, a UPA foi implantada e o Pronto-Socorro foi incorporado ao Hospital Geral Regional (HGR), deixando de ser portas-abertas para tornar-se referenciado.

A Unidade de Pronto Atendimento se organizava com os demais Estabelecimentos da Rede de Urgência e Emergência da seguinte forma: os exames laboratoriais eram coletados, enviados e analisados na Santa Casa de Misericórdia, que fornecia a retaguarda de médicos especialistas e a disponibilidade de leitos em Unidade de Tratamento Intensivo. O HGR era o principal ponto de Atenção da alta complexidade, nele eram feitos os exames que exigiam aparelhagem tecnológica mais densa, por exemplo, as tomografias. Para o HGR iam os casos já estabilizados da UPA e que necessitavam ser internados: os sujeitos sofrendo de um enfisema pulmonar, de Acidente Vascular Encefálico, de infarto, de tipos de câncer variados, de estágio avançado de diabetes, de acidentes de trabalho, fraturas expostas, queimaduras, baleados, acidentes de trânsito, dentre outros impasses. Estes sujeitos também podiam ser encaminhados inicialmente ao Pronto-Socorro referenciado. O SAMU estruturava o fluxo da Rede de Urgência e Emergência realizando os primeiros atendimentos, diagnosticando os sujeitos segundo a sua Urgência ou Emergência e levando-os rumo à UPA, ao Pronto-Socorro referenciado ou ao HGR.

Perguntamo-nos, sem grandes pretensões, por ora, em qual espécie de estratégia de Saúde se fundamentavam essas práticas de organização de Rede? Havia um Núcleo de Educação em Urgência ou a operacionalização no município de um Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência?

Os Núcleos de Educação em Urgência estão balizados no SUS e na Educação Permanente em saúde, pela portaria GM/MS nº 2.048/02. São propostos pelos gestores como estratégia de formação e capacitação dos trabalhadores que estão atuando nos diferentes níveis da Urgência e Emergência, com enfoque na gestão e na Atenção pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. Sobre o Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência, este, por sua vez, tem como função elaborar o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR). No PAR, estão abordadas as definições de logística, tático-operacionais e físico-financeiras necessárias à implementação da Rede de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013b).

Até o término do meu trabalho no local, os únicos meios de diálogo relativos à circulação dos sujeitos pela UPA, HGR, Pronto-Socorro referenciado, SAMU e Santa Casa, estavam restritos aos aparatos legais dos protocolos. A comunicação entre os Equipamentos era meramente burocrática, distante de propostas de Educação Permanente e de construção de

estratégias e ações em Rede. Sobre a relação da UPA com a Rede Socioassistencial e a Atenção Primária, a situação era pior, os protocolos de encaminhamento que poderiam ser acordados não existiam. Esses aspectos evidenciados, de Rede e de diálogos entre os seus componentes, faziam parte de uma particularidade da região em que estávamos localizados.

Estamos convencidos da necessária articulação dos Estabelecimentos de Saúde para atender os sujeitos em sofrimento, entre si e em parceria com os demais setores das Políticas Públicas. A organização dos dispositivos de Atenção à Saúde implica a existência de estratégias e trabalhadores capacitados, uma organização não pautada unicamente em instrumentos burocráticos, protocolares e documentados. É preciso que os Estabelecimentos institucionais se reúnam presencialmente, encontrem-se fisicamente, e não deixem os papéis no lugar de intermediários dos seus encontros (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b).

Diante disso, somos levados à seguinte hipótese, se o SAMU, a UPA, a Santa Casa, o Pronto-Socorro referenciado e o HGR funcionavam sem estratégias, sem o suporte de qualquer grupo condutor municipal ou Núcleo de Educação em Urgência, os dispositivos de Urgência e Emergência do município estariam dando conta somente da Atenção, noutras palavras, do tratamento referente às queixas e sintomáticas apresentadas. A prática corriqueira dos Estabelecimentos hospitalares se restringia à execução dos protocolos, enquanto o discurso predominante nos documentos exaltava os êxitos desta prática: a redução do índice de doenças por meio da eliminação dessas mesmas doenças. Vale interrogarmos, nessa forma de pensar a Atenção ao sofrimento, não estaríamos excluindo as estratégias possíveis de ações de Saúde no Território? Em que medida e proporções a UPA estaria sintonizada ou teria alguma relação sintônica com as propostas da 8ª Conferência Nacional de 1986 e, posteriormente com as do SUS?

Para confirmar a hipótese levantada, precisamos averiguar se o que estamos produzindo e entendendo por saúde no município encaixa na percepção de outras formas de produção da vida material e social. Para Arouca (2003), a saúde, tal como é conhecida, no viés da Saúde Coletiva, é adquirida pelas condições de acesso pleno à Alimentação, à Assistência Social, Trabalho, Lazer, Esporte, Habitação, Meio-Ambiente, Transporte e Saneamento Básico. Do que presenciemos, nos termos apresentados por Arouca, a UPA poderia se beneficiar muito de uma produção de saúde que tivesse como base uma compreensão mais complexa dos seus processos, com o seu lugar, de ponto estratégico na Rede de Urgência e Emergência, e que seria construída em parceria com os demais setores das Políticas Públicas. Ao menos se poderia executar um conjunto de práticas referenciadas nesse horizonte.

Os processos pelos quais se criam as condições de produção de saúde e adoecimento para e pelos sujeitos, os processos de saúde-adoecimento-Atenção, são uma “resultante dos efeitos do processo social de produção da vida material em uma dada sociedade” (COSTA-ROSA, 2013, p. 163). Porém, na UPA de *Areias*, e sabemos que na maioria dos Estabelecimentos de Saúde funcionando pelo SUS, o único processo em vigor era a Atenção: a resolução-alívio das queixas. Os processos de saúde-adoecimento estavam excluídos, ou seja, o princípio doença-cura predominava.

3.3. Unidade de Pronto Atendimento e Sistema Único de Saúde

Conjugarmos a Unidade de Pronto Atendimento e o Sistema Único de Saúde não é preciosismo. É perfeitamente aceitável aproximarmos os princípios que vigoram no SUS com a lógica de funcionamento do Paradigma Flexneriano, na medida em que na Saúde Pública trata-se também de eliminar a doença, promover a saúde como estratégia de evitar a doença. Entretanto, lembramos que a contradição paradigmática nos é esteio para acessarmos uma compreensão de saúde e doença como efeito dos Modos de Produção, produtos das Formações Sociais. Sabemos que das suas intencionalidades originárias, escritas dos parâmetros legislativos e executivos, uma UPA só teria sentido de existir se estivesse aliada aos princípios básicos e universais do SUS: - o atendimento e o acesso universal para todos, sem distinções voltadas a quem possui mais ou menos dinheiro, a quem é de uma raça, etnia ou de outra, a quem é de uma religião, de uma orientação sexual ou de outra, isto é, sem qualquer tipo de privilégio nestes aspectos a qualquer um; - cada sujeito sendo atendido em sua Urgência e particularidade, sem que a sua demanda seja comparada como melhor ou pior do que a demanda do outro; - uma compreensão de integralidade nas noções de saúde e adoecimento, sendo produzidas nas esferas sociais, econômicas, culturais e de Território.

Por outro lado, sustentamos uma ideia de Unidades de Pronto Atendimento associadas à Saúde Coletiva, como campo transdisciplinar da produção de saúde, “assentadas na ampliação das conquistas democráticas e na busca de um novo projeto de sociedade para o Brasil” (PAIM, 2003, p. 156). Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, pretende-se favorecer as especialidades e não favorecer os “especialismos”, insistindo incessantemente pela interação das diversas profissões, em ações multiprofissionais que agem para criar práticas de trabalho em comum. O eixo do trabalho na Saúde Coletiva será sempre ancorado numa produção

genuinamente singular da vida material e social humana. E, onde se lê “singular”, podemos ler, “desejante”, “criativa”, “transformadora”.

Uma UPA que atue conforme a documentação oficial sobre os princípios que orientam o SUS está inserida em uma Rede, compondo-a junto com os Estabelecimentos dos diferentes níveis da Atenção, está incondicionalmente convocada a construir os seus projetos, os atendimentos dos sujeitos, em parceria com as diversas Unidades de Saúde espalhadas pelo município. Por este mote, recepção, condução e encaminhamento de caso estão interligados, facilitando para os sujeitos do sofrimento o reconhecimento das suas referências e por onde poderão circular quando precisarem dos “serviços” de Saúde. Deste modo, abre-se a possibilidade dos próprios sujeitos conhecerem o seu Território, podendo transitar por estes espaços conforme a sua demanda, e no que os Estabelecimentos, componentes da Rede, podem oferecer.

4. CONCLUSÃO

Concebemos que a UPA de *Areias* estava precariamente localizada no Paradigma Flexneriano. Isso de fato poderia ser considerado um problema, se tomarmos como base o Paradigma Flexneriano. Este problema torna-se maior ainda se tomamos por compromisso seguir as proposições constitucionais advindas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e da Constituição Brasileira de 1988. Pois, se assim estava, não era somente a lógica de tratamento doença-cura que vigorava. Agregamos a isso também um princípio curativista em Saúde como meio para o acúmulo e lucro financeiro.

Torna-se relevante e imprescindível ao trabalhador e psicólogo, saber qual modelo de compreensão de Saúde e terapêutica de tratamento é proeminente na Unidade Hospitalar em que trabalha, não desconhecer que a arquitetura e o seu mobiliário produzem um determinado tipo de Atenção à Saúde. Em nossas pretensões, para uma atuação íntima às noções de Rede e Território, são necessários por parte da gestão os investimentos em auxílio e apoio à equipe de trabalhadores. Confiamos no valor que tem a Educação Permanente e a formação continuada para as equipes, numa abertura para mudar a concepção de saúde como ausência de doença, esse pode ser um ponto de partida valioso. Junto a isso, é válida a horizontalidade entre a gestão e os trabalhadores nas decisões que emergem do cotidiano dos processos de trabalho,

muito embora possamos inicialmente nos apropriar deste conjunto de ideias como horizonte de possibilidades.

A UPA, enquanto modelo de SUS, não deve dissociar a tríade Atenção-Gestão-População. Estas locuções fazem parte de um mesmo bloco. Isto serve para o entendimento dos trabalhadores do campo, que, por falta de desejo, suporte e/ou incentivo da gestão, muitas vezes desconhecem a sua verdadeira relevância.

O diálogo dentre as equipes de uma Unidade de Saúde, e entre Unidades de uma mesma cidade, é extremamente fértil. Permite que os trabalhadores não fiquem presos aos seus postos de ofício e conheçam os seus pares, construindo ferramentas para lidar com todo o tipo de demanda. Para recepcionar os sujeitos, a exigência de formação técnica, e um coletivo de profissionais sintonizados em seus afazeres, não tem que ser encarada como um luxo. Ao caminharmos neste rumo poderemos ensaiar um flerte com o Paradigma da Produção Social da Saúde, e franquear, diante das nossas vistas, uma desconstrução da ideia hegemônica de saúde e doença com a qual nos deparamos cotidianamente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, J. L. F. *Hospital. Instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

_____. Ministério da Saúde. *8ª Conferência nacional de saúde, relatório final*. 1986.

_____. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 28 de jun. 2016.

_____. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. *Política nacional de atenção às urgências*, 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010, dez. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 de jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 05 de fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasil: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 05 de fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013.

_____. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro: 34, 1995.

KONDER, M. T. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a. P. 66-86.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b. P. 47-65.

_____. *A análise institucional*, 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO, J. A.; SANSON, J. R.; PEREIRA, J. Acolhimento com Classificação de Risco: um caminho para a humanização no pronto atendimento. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, v. 9, p. 78-92, 2013. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Artigo-04.pdf>. Acesso em 05 de fev. 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010a.

_____. [Trabalho estranhado e propriedade privada]. In: MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010b. P. 79-90.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 233-300.

_____. *As redes de atenção à saúde*, 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B. J.; PIAZZA, M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, A. C. Unidade de pronto atendimento – upa 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 24, n. 1, p. 238-44, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf. Acesso em 05 de fev. 2016.

ORITA, P. T. K.; SOUZA, J. C.; OLIVEIRA, R. G. Upa na rede de atenção à saúde na região noroeste do paraná: um estudo descritivo. In: *Anais Eletr nico, V Mostra Interna de Trabalhos de Inicia o Científica CESUMAR – Centro Universitário de Maringá*. Paraná, 2010. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/patricia_tiem_kikuti_orita_1.pdf. Acesso em 05 de fev. 2016.

PAIM, J. S. Do “dilema preventivista”   Saúde Coletiva. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribui o para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. P. 151-156.

PÉRICO, W. *Contribui es da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Disserta o (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras

de Assis - Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2014.

SANTOS, B. S. *Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ* - v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>. Acesso em: 29 de jan. 2016.

SOARES, S. S. *O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas*. Trabalho de conclusão do curso de especialização gestão da atenção básica. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. P. 48-58.

ENSAIO 2

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS, SAÚDE E FRAGMENTAÇÃO: A UPA ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

RESUMO

Pretendemos problematizar as práticas e os discursos de uma Unidade de Pronto Atendimento do interior paulista, inserida nas suas Redes, de Atenção à Saúde e de Urgência e Emergência, e coordenada por um Consórcio Intermunicipal. Nosso objetivo é tratar dos processos de Terceirização que têm sofrido as Unidades de Saúde, sendo geridas por uma lógica contrária a do Sistema Único de Saúde. A deturpação do Sistema Único de Saúde ocorre ao passo que há uma adesão aos valores do Modo Capitalista de Produção. Desde muito cedo os autores institucionalistas perceberam que a forma como se organiza a Instituição se reflete diretamente no modo como a Instituição atua com os seus usuários, portanto, a forma como a gestão coordena e reconhece os trabalhadores se reflete no modo como estes se posicionam em seus processos de trabalho, nas relações afetivas entre si e nos atendimentos aos sujeitos. O investimento em políticas que se erigiram de movimentos sociais, do movimento da Reforma Sanitária, revela-se importante. Nossa base será sempre o resgate do Sistema Único de Saúde como meio de garantir uma produção de saúde direcionada às demandas da população. De outra forma, notamos que um Consórcio Intermunicipal e a Unidade de Pronto Atendimento que não conduzem as suas práticas nessa perspectiva não devem ser reconhecidos como tais.

Palavras-chave: Consórcio Intermunicipal; Redes; Unidade de Pronto Atendimento; Modo Capitalista de Produção.

1. INTRODUÇÃO

Nossa intenção é trazer à baila uma problemática importante que tem afetado o campo da Saúde Pública: a abertura do Estado à gestão e às práticas que são oriundas da iniciativa privada. Para o Estabelecimento¹³ e para a produção de saúde no local, pretendemos discutir os efeitos de uma gestão com métodos de trabalho pautados no Modo Capitalista de Produção. Levando em conta os Modos de Produção¹⁴ operantes no lugar, visamos, a partir da vivência de um psicólogo, da sua reflexão de trabalhador da Saúde, problematizar as práticas

¹³ O Estabelecimento é o representante materializado da Instituição. É a arquitetura, o prédio, no qual estão os meios de produção necessários para fazer cumprir os discursos e as práticas pensadas para o objetivo da Instituição. No Estabelecimento estão os aparelhos, as instalações, os arquivos, o mobiliário, a tecnologia utilizada e os seus atores institucionais (BAREMBLITT, 1994).

¹⁴ Conjunto de instrumentais teórico-técnicos para lidar com uma realidade [sócio-simbólica] cuja demanda é a produção de bens materiais, como valor de uso ou de troca, nas suas diversas formas dentro de um processo produtivo. Um “conceito teórico que abrange a totalidade social, ou seja, tanto a estrutura econômica quanto todos os outros níveis da Formação Social: o jurídico-político, o ideológico, o cultural (FIORAVANTE, 1978), e o subjetivo” (COSTA-ROSA, 2013, p. 24).

e os discursos de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do interior paulista, inserida nas Redes de Atenção à Saúde, de Urgência e Emergência, e coordenada por um Consórcio Intermunicipal. Alinhado à reflexão de nosso trabalho, tendo em vista o nosso objetivo, elegemos o Materialismo Histórico em Marx. Esta referência nos serviu para interrogar os processos de produção de Atenção na UPA em que atuamos.

Sabemos que a Terceirização e a privatização da Saúde não são fenômenos recentes. Ademais, é necessário lermos as portarias sobre as Redes, questionarmos as leis que permitem a Terceirização das Unidades de Saúde à iniciativa privada. Este problema nos é caro, pois grande parte das Unidades de Pronto Atendimento pelo Estado tem sido regida pelos processos de Terceirização, inclusive aquela em que trabalhamos. Logo, conhecer outras Unidades de Pronto Atendimento foi válido não só na fundamentação prática da ação como trabalhador, mas nos ajudou também a (re)dimensionar com outros tons as leituras dos textos. A decisão de conhecer outras Unidades veio das supervisões Clínico-Institucionais, da inquietação do psicólogo (trabalhador) que sabe que é possível também saber por meio do contato com outros modos de trabalho de outros lugares.

Escolhemos nomear com nomes fictícios as cidades nas quais as Unidades de Pronto Atendimento estão instaladas, assim como os trabalhadores e os sujeitos do sofrimento¹⁵; para estes elegemos apenas iniciais de nomes fictícios. Durante a escrita, não necessariamente nessa ordem, escolhemos conjugar os pronomes pessoais na primeira pessoa do plural, primeira e terceira pessoas do singular. Na primeira e terceira pessoas do singular, estamos tratando dos fragmentos da realidade, onde existiu a minha participação como psicólogo; na primeira pessoa do plural são explicitadas as tentativas de elaboração teórica em conexão com os seus diferentes intercessores.

¹⁵ Temos preferência pelas expressões “sujeito do sofrimento” ou “sujeito do tratamento” ao invés do uso dos significantes “paciente”, “usuário” ou “cliente”. Optamos por estas locuções para não cairmos no engodo de confundirmos o sujeito, aquele da queixa, com o usuário que é consumidor das mercadorias no consumismo. Referimo-nos aos “sujeitos do sofrimento” como aqueles que não tiveram sua queixa avaliada, os “sujeitos do tratamento” como estes que estão em tratamento na Unidade. Estas expressões vêm das reflexões de Costa-Rosa (2013) a respeito das compreensões de sujeito, de sofrimento e de subjetividade no campo da Atenção Psicossocial.

2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem um único propósito. Vejamos como não é pequeno: assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), **Integralidade**, **Universalidade** e **Equidade** (BRASIL, 1990), de forma organizada e distributiva no Território¹⁶, com o foco nas diversas demandas da população.

Alguns analisadores¹⁷ contribuirão conosco para sabermos se esse compromisso está sendo cumprido na UPA de *Areias*, bem como na relação da Unidade com os demais Estabelecimentos institucionais. Do ponto de vista da população adscrita, encontramos alguns analisadores, especificamente dos sujeitos atendidos no Território. Os analisadores são: as faraônicas filas de espera; a não organização e falta de comunicação dos Estabelecimentos entre si, em seus diferentes níveis de Atenção; os repetidos retornos dos sujeitos; a procura equivocada dos sujeitos pelos Estabelecimentos institucionais que verdadeiramente deveriam ser a sua referência no Território; e a confusão, vivida pelos mesmos, ao não encontrarem o nível de Atenção mais adequado à sua demanda.

Neste percurso, é necessário mencionarmos as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e os Consórcios Intermunicipais que estão à frente das gestões dos municípios, essas Organizações e Consórcios que maquinam as práticas de saúde sob as representações sociais e econômicas capitalísticas. Mencionemos o despreparo dos trabalhadores e a inflexível hierarquia exercida por algumas gestões nos Estabelecimentos.

Conforme Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde são um modelo de funcionamento pertinente na construção de estratégias, no tratamento às demandas dos sujeitos do sofrimento. Nas

[...] redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles (Idem, 2011, p. 83).

¹⁶ Espaço criado pelo sujeito, lugar onde a habitação se designa em sua existência material, social e subjetiva.

¹⁷ “Daremos o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da organização [Instituição], *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 2014, p. 303). Os analisadores podem ser as crises vivenciadas por uma Instituição e seus Estabelecimentos, eles são a própria singularidade, os efeitos da concretização do encontro entre os discursos e as práticas em ato. O analisador é o que nos permite dizer que os discursos são lacunares, diz respeito ao impossível, são os eventos que nos mostram a impossibilidade das consecuições discursivas se realizarem totalmente no particular.

Eis uma maneira complexa de se assentar as bases de uma política de Saúde *não-tão* filiada ao modelo capitalista, neoliberal, de produção. Segundo Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde se estruturam em atendimentos de base, Primária (Básica), Secundária (Intermediária) e Terciária (Alta). A tecnologia manuseada nos Equipamentos ajusta-se para atender à especificidade da Atenção em seus respectivos níveis de complexidade. Na Atenção Primária à Saúde (APS) a descentralização dos Estabelecimentos, organizada no Território, é maior do que na Atenção Secundária e Terciária. Em relação à Atenção Secundária (média complexidade) e a Atenção Terciária (alta complexidade), nesta especificidade de atendimento os Estabelecimentos institucionais permanecem concentrados próximos uns dos outros.

A singularidade de uma Rede é ter na Atenção Primária à Saúde o seu centro de comunicação, bem como,

[...] a extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos (MENDES, 2011, p. 81).

Com efeito, caracterizamos uma RAS pela sua abrangência no Território, pelas relações horizontais constituídas entre os Estabelecimentos, equipes e níveis de Atenção, contemplando o atendimento integral e ininterrupto aos sujeitos no viés da multiprofissionalidade (BRASIL, 2010). Obviamente que o trabalho em Rede exigirá uma população definida, entendendo-a na noção de Território, nas suas particularidades econômicas, afetivas, culturais e sociais.

2.1. As Redes e o trabalhador no cenário da práxis

Há no município de *Areias*: seis Unidades Básicas de Saúde (UBS); onze Estratégias Saúde da Família (ESF); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Ambulatório Médico de Especialidades (AME); um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); uma UPA; um Hospital Geral Regional, um Pronto-Socorro referenciado e uma Santa Casa de Misericórdia.

Dos sujeitos que pude escutar, exceto alguns poucos de outros municípios, todos eram ou tinham sido atendidos num desses locais. Entretanto, nenhum desses sujeitos foi atendido devido a alguma articulação pactuada entre a UPA e outro Estabelecimento. Foram casos de demanda espontânea, que insistente e diariamente dirigiam-se ao Pronto Atendimento por conta própria, por saberem que lá se tratava de tudo o que dizia respeito à Urgência.

Aproveitamos para conhecer um pouco a Rede de Atenção à Saúde do município de *Areias*. Foi a partir da escuta aos sujeitos que encontramos as oportunidades para estabelecer os contatos, em vistas de erigir estratégias no atendimento dos casos. Ficamos intrigados com o fato de que a comunicação entre os Equipamentos de Saúde era inexistente.

No início, eu acompanhava os sujeitos e me direcionava aos técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e ao assistente social, em momentos particulares, para perguntar se sabiam como esses sujeitos tinham chegado, se estavam sendo acompanhados na Unidade de Saúde do seu Território. Desses profissionais, nenhum possuía conhecimento ou conseguia me indicar uma referência dentro da UPA, ou dos demais Estabelecimentos, que soubesse do histórico dos sujeitos em tratamento. Apesar de terem feito contatos anteriores com muitas dessas pessoas, eles diziam não ter informações.

Foi esbarrando nesses obstáculos que me deparei com a necessidade de recorrer a caminhos alternativos, descobri com os trabalhadores recepcionistas que havia um sistema informatizado de registros, com o número de prontuário e atendimento, além de outro sistema com o nome dos Estabelecimentos de Saúde pelos quais a população transitava. Esses contatos existiam, mas não eram levados em conta pelo Estabelecimento. Essa foi uma das razões que me persuadiu a procurar parcerias.

Ocorreu-me procurar o CAPS, que estava sitiado nas proximidades da UPA, para solicitar a participação nas suas conversas de equipe. Então, participei de aproximadamente cinco reuniões. Na primeira, fui somente para me apresentar. Depois de ter ouvido pautas relativas ao cotidiano do CAPS, falei de minha inserção na UPA e do interesse em construir uma proposta de escuta não excludente da equipe-CAPS. Os trabalhadores gostaram da ideia, convidando-me para estar em todas as reuniões futuras. Estive presente nas reuniões ulteriores, para discussão de casos que acompanhei: em dois deles, uma tentativa de suicídio e um pedido de internação.

Dentre as escutas que realizei, por intermédio de um enfermeiro, tomei conhecimento de J. Depois de escutar J., no CAPS conversei com os psicólogos que lá estavam. Percebemos, ao analisar o seu prontuário, as suas constantes idas e vindas aos atendimentos com o psiquiatra. Alcançamos o consenso de que J. poderia ser beneficiado por uma

psicoterapia na UBS de seu Território, ao contrário de estar sendo tratado à base de medicação, tão somente. Perguntei para os psicólogos o motivo do Clínico Geral da UBS, segundo constava nas guias de Referência e Contra-Referência, tê-lo encaminhado para o tratamento ambulatorial psiquiátrico, sendo que, na própria Unidade de onde J. era acompanhado havia um psicólogo. Responderam que esse era um problema recorrente e que deveria ser resolvido pelas Unidades Básicas de Saúde e por eles próprios: a falta de comunicação e de coletividade entre as equipes. Neste caso, percebemos que o psicólogo e o psiquiatra da UBS não se comunicavam.

Os fragmentos apresentados da experiência são analisadores de uma estrutura organizacional de RAS no município. Chamamos a atenção para os sujeitos que eram atendidos no CAPS e que vinham até a Unidade de Urgência e Emergência por problemas que não eram originariamente orgânicos. Como no exemplo de J.: ele estava sendo medicado como se o impasse psíquico fosse genuinamente orgânico, os Equipamentos de Saúde (UPA e CAPS) não se conversavam e a iniciativa de iniciar um diálogo não partia de nenhum deles.

Ou ainda, os sujeitos atendidos por Clínicos Gerais, com questões psíquicas importantes, não eram encaminhados ao psicólogo da Unidade ou à Saúde Mental, porém, ao contrário, era lhes recomendado, ou eram encaminhados, a procurar a Urgência e a Emergência. Noutras situações que vivenciei, a UPA absorvia o atendimento de sujeitos em crises psíquicas, casos que, em tese, deveriam ser atendidos no CAPS. Vale ressaltar que, durante o tempo em que atuei na UPA, afora os dois casos que acompanhei em reuniões com o CAPS, não foi possível mais nenhum trabalho articulado com a equipe de Saúde Mental. Os meus trabalhos na Unidade Hospitalar já estavam se encerrando; confesso que levei um tempo para perceber a importância de estar mais próximo do CAPS e dos outros pontos da Rede¹⁸.

Na Unidade de Pronto Atendimento, uma grande parcela dos sujeitos que escutei, cuja hipótese levantada supunha um impasse psíquico intenso, chegava procurando atendimento e medicação. Eram medicados e, depois, não eram redirecionados para o Território. Diante desse cenário, por conta própria procurei o assistente social para estabelecer os contatos com as Unidades de Saúde, referência desses sujeitos. Na maior parte das Unidades, averiguamos que os sujeitos não tinham sido escutados pelos psicólogos dos seus respectivos Estabelecimentos, até àquela data. Situação não menos grave foi a constatada na leitura dos prontuários dos sujeitos, na Unidade de Pronto Atendimento, que, mesmo com o diagnóstico do Clínico Geral, favorável a um impasse de ordem do psiquismo, não possuíam nenhuma

¹⁸ No Ensaio 4 isto está melhor explicado.

guia de referência ou qualquer menção registrada em documento, que lhes recomendasse o tratamento psíquico.

Tive a oportunidade de me reunir com os psicólogos e demais trabalhadores, representantes de todo o campo da Saúde. A disjunção vista entre as equipes de um mesmo Estabelecimento, olhada de perto entre os diferentes Estabelecimentos, na construção de projetos em comum, não ocorria só entre o CAPS e a UPA. Nas Unidades Básicas de Saúde a história era muito semelhante; o que nos sinalizou um campo pouco poroso para práticas no horizonte da Saúde Coletiva¹⁹.

Entendemos que para a práxis almejada por nós, é preciso conhecer a Rede em que se está atuando, se o que esperamos de um trabalhador é que ele não fique fixado ao seu Estabelecimento. Para tanto, sabemos da necessidade de uma aproximação do Território, dos sujeitos que nele habitam, dos espaços onde se situa cada componente da Rede, dos trabalhadores que lá estão e das ofertas que lá existem.

Ilustramos o conceito de RAS falando um pouco sobre a experiência de trabalho e sobre o contato estabelecido com os Estabelecimentos de Saúde de *Areias*. Por meio disso, nos termos que as portarias preveem em suas diretrizes, talvez seja inapropriado afirmarmos que há uma Rede nesse município. Valeria perguntarmos também se o mesmo acontecia com a Rede de Urgência e Emergência. Vejamos.

2.2. Rede de Urgência e Emergência

As Redes de Urgência e Emergência, vinculadas às Redes de Atenção à Saúde, propõem-se, junto aos seus elos, serem uma rede de manutenção da vida, em níveis de complexidade e responsabilidade que se alteram conforme a gravidade dos casos, em ordem crescente. De caráter multiprofissional, o modelo de Atenção almeja atender os sujeitos acometidos por doenças graves, infecciosas, crônicas e não-transmissíveis, quadros agudos, acidentes de trânsito, violência, problemas cardiovasculares, lesões, ou seja, todo e qualquer tipo de acidente que coloque um risco à vida. Da mesma maneira que na RAS, a base para a

¹⁹ Contrapomos a Saúde Coletiva com a Saúde Pública. Denominamos a Saúde Pública como representante dos interesses do Estado. Na Saúde Coletiva está em destaque a concepção de saúde relacionada aos aspectos sociais, afetivos e culturais da sociedade, noção sintônica aos preceitos do movimento da Reforma Sanitária e do SUS (COSTA-ROSA, 2013; CAMPOS, 2000; LUZ, 2009).

Atenção na Rede de Urgência e Emergência (RUE) é a garantia dos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. O seu centro de comunicação também é a Atenção Primária à Saúde, com ações estratégicas destinadas à qualificação das portas hospitalares de Urgência e Emergência (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b).

A portaria número 1.600, de sete de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a RUE no SUS. Vale destacar que ela tem em suas atribuições a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, incentivando a Educação Permanente. Concomitante à execução das práticas de Atenção dos seus Estabelecimentos, a Educação Permanente é o meio de formação dos trabalhadores para qualificá-los constantemente. Portanto, a Atenção às Urgências nos hospitais gerais e especializados é objetivo da RUE, garantindo a retaguarda da média e alta complexidade (BRASIL, 2013b).

No município onde se efetuou esta práxis, a Rede de Urgência e Emergência contava, dentre os seus componentes, com: uma UPA, um SAMU, um Pronto-Socorro referenciado, um Hospital Geral Regional (HGR) e um convênio com a Santa Casa de Misericórdia. As referências de hospitais especializados ficavam na cidade vizinha, sede do Departamento Regional de Saúde, que tinha o maior número de habitantes e era a referência da região.

Ouvia de colegas no contexto de trabalho, nas participações no Conselho Municipal de Saúde, sobre a inoperância da articulação dos Equipamentos da Atenção Hospitalar. A única ferramenta funcionando como elo, entre os Estabelecimentos, eram os protocolos de Referência e Contra-Referência. Segundo Konder (2013), esta é uma realidade que prepondera na maioria dos municípios em todo o país. Com isso, a proposta do SUS perde espaço, tirando os seus princípios de cena. Quem ganha terreno é uma burocracia e um modelo de produção que são próprios de uma lógica escassa em profundidade e complexidade na construção dos seus processos.

Em meu papel de trabalhador tinha a percepção, isso era sentido da mesma forma pelos meus colegas no Estabelecimento, que a UPA e as demais Unidades Hospitalares atuavam isoladas, sem pactuações entre si. Até o momento em que estive na Unidade, a Educação Permanente foi uma proposta de formação ao trabalhador praticamente inexistente na Rede. Bem, se a lógica de trabalho desses Estabelecimentos não se pautava no SUS ou na Constituição de 1988, como poderíamos pensar em Educação Permanente?

Estamos convencidos de que a espera dos sujeitos em tratamento na UPA, por leitos no Hospital Geral Regional, transformava-se em casos sérios e que exigiam rápida intervenção médica para a sua estabilização: os estágios avançados de cirrose hepática, os

problemas pulmonares, os Acidentes Vasculares Encefálicos, para citar os casos que acompanhei de perto. O número reduzido de leitos no Hospital Geral coincidia com a quantidade de sujeitos que foram a óbito aguardando uma vaga. Diante da demora e inexistência de leitos disponíveis, os sujeitos que estavam em estado mais grave de saúde não suportavam a espera, morriam, em decorrência da complicação de seu quadro. Acreditamos que esses acontecimentos eram devidos fundamentalmente à desintegração dos Estabelecimentos de Urgência e Emergência de *Areias*.

Por meio da escuta e observação nos corredores, descobrimos que as liberações de leitos por vias clandestinas era uma prática corriqueira. Assisti de perto situações como essas, sujeitos favorecidos por terem parentesco ou serem amigos próximos de médicos, estes, por sua vez, responsáveis pela manobra ilícita. Exemplifico com o caso de uma moça que, por ser de família influente na cidade, em pouco tempo foi transferida para o HGR. Não seria essa “a deficiência na garantia de vaga para o Hospital referência, o que indica omissão de articulação entre os níveis de serviços e [o] grave problema para a integralidade da assistência, preconizada pelo SUS” (ORITA; SOUZA; OLIVEIRA, 2010, p. 5)?

Dito de outro modo, entendemos que a omissão de articulação entre os níveis variados de Atenção não seria somente uma deficiência na garantia de vagas no Hospital de referência, mas corroboraria com um *modus operandi*, de princípios ideológicos, avessos aos conceitos e práticas oriundos da Reforma Sanitária. Esses princípios visavam beneficiar a hegemonia de uma classe, que notavelmente era aquela que estava no poder ou ocupava a posição de destaque na sociedade. Os privilégios não eram concedidos por questão de compromisso com os sujeitos do sofrimento, em sua integralidade, equidade e universalidade, eles objetivavam atender o polo social que era o dominante.

Os acontecimentos nos conduzem inevitavelmente a perguntas: ter uma regulamentação que obriga a efetivação da RAS e da RUE garante que elas realmente funcionem? Somente seguir os princípios do SUS para as suas implementações é o bastante? Qual Ética estaria balizando a construção e a efetivação da RAS e da RUE no município? Em *Areias*, tanto a Rede de Atenção à Saúde quanto a Rede de Urgência e Emergência pareciam não cumprir nem mesmo o básico prescrito em legislação.

3. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL E TERCEIRIZAÇÃO

Por ser um assunto que punge e que é pertinente para o momento, nosso trabalho também tem como mote falar brevemente dos Consórcios Intermunicipais que possuem o funcionamento parecido com o das Unidades de Saúde terceirizadas. Perguntamo-nos, diante deste roteiro, quais são as implicações para o SUS e para o campo da Saúde Coletiva? Devemos pontuar que na própria legislação notamos as concessões à iniciativa privada. A indagação aqui levantada vai ao encontro da linha tênue que há entre a participação e a não participação do Estado nas políticas de Atenção ao sofrimento. Dado que, do que percebemos da prática, os valores pelos quais as organizações não governamentais e muitos Estabelecimentos estatais se assentavam, não pareciam os mesmos em que se assentaram a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Antes de adentrar na discussão relativa ao que tem sido produzido nas Unidades de Pronto Atendimento de nossa região, pretendemos conceituar as OSCIP e os Consórcios Intermunicipais. Para fins de conhecimento do leitor, vamos inserir também o conceito de Organizações Sociais de Saúde, visto que, esta forma de gestão, terceirizando os dispositivos de Saúde, tem se alastrado pelo Estado de São Paulo.

3.1. As Terceirizadas

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) e as OSCIP têm tomado o lugar das gestões municipais nos Estabelecimentos em muitas cidades brasileiras. Constatamos que muitas práticas da UPA sofreram e sofrem constantes rearranjos para que seja firmado o compromisso principal, e velado, da Instituição: a permanência de determinados procedimentos hospitalares e condutas de trabalhadores, como proposta de lucro financeiro. Analisar a UPA em que trabalhamos, conseguindo clarear a sua nova estruturação e os fins da lucratividade financeira em sua administração, é a nossa empreitada.

A Terceirização ocorre quando a gestão de uma organização decide adotar uma política administrativa que transfere as suas atividades de gerenciamento tático e operacional, com fins de diminuição de custos, para outra organização. Aliás, essa estratégia está respaldada em legislação federal e regulamentada em Lei Complementar. Para citarmos um

exemplo, o governo do Estado de São Paulo, há uns anos, já aderiu a essa regulamentação. Ultimamente, os Estados da União têm adotado esta especificidade de Modo de Produção para conduzir as suas práticas de administração das Políticas Públicas, seja nos Equipamentos da Saúde, na Saúde Mental, na Atenção Primária, Hospitalar ou mesmo na Assistência Social (MENDES, 2006). Mencionemos duas modalidades de Terceirizadas, as Organizações Sociais de Saúde e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as primeiras, muito requisitadas pelo Estado de São Paulo.

Desde a data de 4 de junho de 1998, as Organizações Sociais de Saúde²⁰ possuem força de Lei (Lei Complementar nº 846). Para gerir as Unidades de Saúde, mediante parceria com o Estado de São Paulo, as OSS se dispõem a coordenar e contratar os trabalhadores. O governo estadual constrói o planejamento, as metas e os indicadores de resultado, subsidia os recursos orçamentários e espera mensalmente os resultados da execução de sua gestão terceirizada. Quanto às reais diferenças entre a OSCIP e a OSS, entendemos que possuem conceituações peculiares em uns aspectos, reconhecemos que cada uma atende a uma específica lei.

A Organização da Sociedade Civil de Interesse Público²¹ é um título conferido pelo Ministério da Justiça a uma espécie de Organização Não Governamental (ONG) cujo estatuto atinge prerrogativas necessárias e previstas na Lei Federal nº 9.790/1999. São organizações privadas que devem ser sem fins lucrativos, têm interesse em prestar seus trabalhos à sociedade e ao país, por meio de parcerias, recebendo investimento do Poder Público. As instituições religiosas, partidárias, comerciais e organizações sociais não podem se qualificar como OSCIP.

Todavia, nos damos conta de que suas lógicas são similares. Tanto uma quanto a outra são entidades privadas, podem receber dinheiro do Poder Público, gerem os Estabelecimentos Assistenciais, e, teoricamente, não pretendem lucrar. No site do governo de São Paulo, em especial no portal da transparência, consta que a responsabilidade direta pela administração das Unidades é da OSS; porém, o “serviço” de saúde ainda é público: os bens, mobiliários e equipamentos pertencem ao Estado. Cabe questionarmos se de fato nessa proposta os bens permanecem públicos.

A entidade não lucra, mas quem e o que lucram por ela? A ideia *sine qua non*, do Estado, de utilizar as Terceirizadas é embasada na diminuição de custos; mas, diminuir o

²⁰ Fonte: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 12 de fev. 2016.

²¹ Fontes: <http://alfabrazil.org.br/oscip>; <http://www.terceirosetoronline.com.br/conteudo/oscip-estatuto-passo-a-passo/>. Acesso em: 12 de fev. 2016.

gasto para investir em quê? Não soa um contrassenso diminuirmos o “investimento” em algo e ainda assim quisermos manter o seu nível e a qualidade de desempenho? Trata-se de abriremos concessões, reduzir o rigor com as nossas expectativas e intenções nas produções de saúde? Sabemos que a própria legislação federal tem essas brechas, de delegar a função do Estado à instituições de origem privada (BRASIL, 1990). Esta é uma ideologia dos “privatistas”, dos defensores, dos mantenedores da participação mínima do Estado, na gestão dos recursos públicos a serem utilizados na garantia das Políticas Públicas.

O Estado se descarrega de organizar a estrutura social em suas políticas de garantia de direitos mínimos à população, terceirizando o trabalho às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e às Organizações Sociais de Saúde. Isto é evidente dentro da política do Estado Mínimo. A oferta de dispositivos de Atenção à população, na Saúde Pública, tem partido destas instituições (Terceirizadas).

A realidade encontrada tem os seguintes elementos: primeiro, o Modo de Produção em vigor é o Modo Capitalista de Produção, o Estado não interfere nas práticas de produção de saúde, já que as OSCIP e OSS foram contratadas justamente para que ele não tenha que se preocupar. Segundo, para as Terceirizadas e os que preferem seguir os ideais do Capital, importaria antes seguir os seus valores na contratação da mão-de-obra especializada e no manejo dos processos de trabalho, a seguir os valores da nação, sob os quais historicamente a Constituição brasileira se erigiu. Terceiro, a interlocução entre as Unidades de Saúde, o trabalho em Rede e a construção de ofertas voltadas às demandas dos sujeitos não são as prioridades dos serviços terceirizados, ou daqueles que mesmo não sendo terceirizados se familiarizam com esses ditames. Para eles talvez seja melhor manter o seu modo de funcionamento voltado à produtividade e ao alcance das metas. Entendemos que a produção da mais-valia, quando pensada primária e aprioristicamente, está intimamente relacionada à produtividade e ao cumprimento de metas, como objetivos de acumulação do Capital. Neste sentido fica difícil para nós acreditarmos que, mesmo sendo entidades sem fins lucrativos, estas OSCIP e OSS não estejam visando algo de lucro.

Conforme Konder (2013), na experiência que teve em seu município, o

[...] seguimento dos pacientes atendidos nas UPA se resume a orientações para procurar atendimento ambulatorial na rede, seja na APS, seja na Atenção Especializada. As guias de referência são o único instrumento formal utilizado. Muitas vezes as equipes das UPA desconhecem a rede de APS da área programática em que estão inseridas (p. 72).

Com a Terceirização da Saúde Pública pelo Estado, ou “simplesmente”, a transformação dos atendimentos em “meros” protocolos e números a serem perseguidos, incorre-se no risco de não atuarmos sob as bases de uma saúde que se produz como valor-de-uso, como bem conquistado pelos movimentos sociais, políticos e pela Reforma Sanitária, para prosperar como valor-de-troca, a preço de mercado. E será valor-de-troca na medida em que se produzir saúde como consumo e mercadoria, como um *gad-get* qualquer (AROUCA, 2003; KONDER, 2013).

Insistamos mais, por que a Terceirização interessaria tanto assim ao Estado, às OSCIP e às OSS? Por um simples e nem menos perverso motivo: por se interessarem pela acumulação do Capital (BRAVERMAN, 1987). E onde conseguiríamos enxergar este motivo/objetivo? Enxergamo-lo na escassez de recursos (financeiros e materiais) dos Estabelecimentos e Equipamentos de Saúde, no sucateamento da formação e diminuição do coletivo de trabalhadores e, para não nos esquecermos, na falta de espaço às reivindicações do Controle Social.

Sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais de Saúde (e por que não, também, os Estabelecimentos geridos pelo Estado que compartilham das mesmas intenções das Terceirizadas?), identificamos sua meta na geração de lucro, na forte exploração da força de trabalho humana, nas relações verticalizantes entre gestão e trabalhador, nos processos de trabalho enrijecidos, na alta produtividade, no escalonamento das funções em procedimentos serializados e na alta rotatividade de trabalhadores. Outro dado de realidade visado, pela gerência no Modo Capitalista de Produção (MCP), são as ordens aos trabalhadores para produzirem cada vez mais em menos tempo. Portanto, as privatizações na Saúde, a ausência do Estado na gestão dos Equipamentos públicos, não são uma novidade, a novidade é encontrarmos isso numa UPA.

A capacidade ‘peculiar’ da força de trabalho para produzir em favor do capitalista depois que ela se produziu é, portanto, nada mais que a extensão do tempo de trabalho para além do ponto em que ele poderia ter parado. Um boi também terá essa capacidade, e moerá mais trigo do que come se mantido no serviço por adestramento e compulsão (BRAVERMAN, 1987, p. 58).

Aqueles que não preencherem os requisitos serão expelidos para fora da “cadeia”. Se Capital é trabalho, não será isso uma amostra do excedente da mais-valia atingindo a classe trabalhadora? A incessante ganância pelo lucro confunde seres humanos com animais,

transforma-os em meras peças de descarte e reposição (MARX, 2010c; MARX, 2013c). Podemos fazer a pergunta: qual o destino, ou o que fazem as OSCIP e as OSS com o dinheiro excedente que gerenciam e que está em caixa nos Estabelecimentos, uma vez que, teoricamente, elas seriam entidades sem fins lucrativos? Precisamos esclarecer que as práticas públicas de Saúde não estão isentas dessas críticas, não é por serem plenamente públicas e não pertencerem a uma Gestão Privada que não devem merecer questionamentos.

Deixemos nossa imaginação fluir, esqueçamos nossa inocência, façamos outra pergunta em contraposição à anterior: e não será para as mãos do Capitalista, de alguns gestores, daqueles que estão à frente da Gestão Pública, que vai o dinheiro destinado à Saúde e que é desviado do seu endereço original? Marx (2010) nomeia os capitalistas de *não trabalhador*, são eles os condutores da grande massa operária reprodutora de suas ordens, sua posição privilegiada visa atender interesses particulares como preço da manutenção de sua classe no poder.

O que explicaria termos um plano orçamentário, baseado num plano estratégico de nível nacional, articulando as três instâncias de governo (federal, estadual e municipal), com a distribuição de uma dada quantia financeira entre os Estados e os municípios, e, ainda assim essa quantia, no âmbito da concretização destes planos, mostrar-se insuficiente?

A precarização dos Estabelecimentos de Saúde, a escassez de recursos físicos e financeiros nos processos de trabalho das equipes e nos atendimentos que são ofertados à população seriam somente frutos da má administração? O Estado, que se deixou incorporar pelos ideais capitalísticos na execução da gestão, nos aponta para o aumento exponencial da força que é utilizada pelo trabalho humano, nas etapas e nos processos necessários para o funcionamento do Estabelecimento, nos sinaliza o porquê de ser feita a contratação de uma ONG para o controle disso tudo.

3.2. Consórcio Intermunicipal em privatização

A experiência no Estabelecimento de Saúde Hospitalar, coordenado por um Consórcio Intermunicipal e ordenado segundo os princípios empresariais do Modo Capitalista de Produção, mostrou-nos uma produção de saúde muito longe daquela com a qual nos deparamos enquanto conceito e proposição de prática na política da Constituição de 1988 e do SUS, de 1990.

Os Consórcios Intermunicipais são uma saída permitida pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990) aos municípios, na execução das ações de Saúde. Esse direito está assegurado no capítulo III, “Da organização, da direção e da gestão”. Há nele um trecho que expõe que a iniciativa privada poderá ter participação direta e complementar na organização da Saúde, de forma regionalizada e hierarquizada e em níveis de complexidade crescente da Atenção. Os Consórcios seriam uma das provas de que no Estado, como política e nação, vige a luta de classes? Reconhecemos que a abertura à iniciativa privada no sistema público de Saúde é a consequência direta, a resposta, às não validações das propostas primordiais da Reforma Sanitária, de cunho social e caráter vital para implantação do SUS.

Destarte, os Consórcios Intermunicipais de microrregiões, corriqueiros na Atenção Secundária e Terciária, nos Estabelecimentos hospitalares, surgem para dar conta de problemas tidos por alarmantes pelos municípios, nos diferentes setores das Políticas Públicas do governo municipal. As cidades de uma microrregião se unem em forma de associação, sem fins lucrativos, constituindo-se de: “uma instância deliberativa, o Conselho de Prefeitos; uma instância fiscalizadora, o Conselho Fiscal ou Conselho Curador e uma Secretaria Executiva” (MENDES, 2006, p. 288). O seu conceito original pretendia antes uma aliança cooperada entre os municípios, tendo em vista o enfrentamento das dificuldades comuns na ocupação da Administração Pública, com base nos princípios constitucionais. No exercício dos Consórcios, se olharmos atentamente, notamos que o Estado não interfere na política de gestão adotada pelos municípios.

O dinheiro utilizado pelos Consórcios é público, são recursos municipais e federais, e, via de regra, é repassado por cotas mensais a um fundo compartilhado ou ao município sede, “seus valores são calculados como porcentagem fixa do Fundo de Participação dos Municípios ou mediante critérios que combinam população e serviços recebidos” (Idem, p. 288). Segundo Mendes (2006), os Consórcios aparecem como o mecanismo compensatório oriundo da ineficácia das Secretarias Estaduais de Saúde. Neste modo de organização, muito comum no Estado de São Paulo, existe uma espécie de ONG (representada por autoridades *governamentais*), de direito privado, gerindo os Estabelecimentos e Equipamentos de Saúde, devido a uma modificação da Gestão Pública nas estratégias de Atenção à Saúde, desta vez consonante ao Modo de Produção Capitalista.

Para a nossa reflexão, a consequência atual mais aparente tirada dos Consórcios é o uso inapropriado dos seus fundos. Direcionado a interesses particulares, os Consórcios não têm seguido uma estratégia de Rede construída na perspectiva intersetorial, de Território e de Demanda Social; na verdade querem é resolver, isolada e pontualmente aquilo que é

percebido como o problema. Exemplificando, ao invés de se resgatar uma problematização em nível sinérgico de política de Saúde, tenta-se somente eliminar a crise, contornando-a. Esquece-se que a saúde também é resultado das condições de habitação, educação, cultura e qualidade de vida, entendendo a doença como um desequilíbrio de funções orgânicas, de administração das condutas profissionais e cifras financeiras (MENDES, 2006). Em vista disso, do Consórcio que gerenciava a UPA de *Areias*, e, lembrando o que está previsto em legislação (BRASIL, 1990), cabe-nos sublinhar em forma de pergunta se mesmo os Consórcios Intermunicipais, funcionando desta maneira, merecem ser chamados de Consórcios Intermunicipais.

Essa especificidade de Instituição, manipulada por interesses divergentes do SUS, visa a desresponsabilização do Estado, com a pretensão de garantir os privilégios de interesse aos governos locais e dominantes. Em outros termos, das características dos Consórcios Intermunicipais, elevadas ao extremo pela ótica empresarial, retiramos o que podem ser os entraves para a produção de *saudessubjetividade*²². Os Consórcios, na paisagem apresentada, são mesmo a resolução para a deficiência de recursos e de organização nos dispositivos de Saúde? Ou têm sido mal geridos, em razão de finalidades outras que entram em jogo?

Defendemos que a mínima ou nula interferência do Estado nos Estabelecimentos-SUS coincide com a transformação da Saúde em propriedade privada, demonstrando intenções já conhecidas pela economia mercantilista. São muitos os indicadores da experiência que nos levaram à referida constatação: o acúmulo de consultas médicas, de número de exames realizados, de número de sujeitos que passam pela Instituição, de dispensação de medicamentos e do que se entende por nível de satisfação da população com o serviço. A “formação de muitos capitais só é possível mediante uma acumulação, e a acumulação multilateral transforma-se necessariamente em [acumulação] unilateral” (MARX, 2010a, p. 48). O Capital se forma de maneira múltipla, os indicadores são exemplares disso, são os caminhos pelos quais a multiplicação do Capital se efetiva. Afinal, é por meio desses números que o Estado avalia a execução dos seus Equipamentos e disponibiliza a verba para a manutenção dos mesmos.

Tal como as Terceirizadas, há uma tendência dos Consórcios que estão no Modo Capitalista de Produção cair no oposto preconizado pela Saúde Coletiva, pautarem-se numa

²² Define-se pela indissociável produção de saúde que há da produção de subjetividade, a saúde física não se dissociaria de saúde psíquica. Conceito criado por Costa-Rosa (2013), pensado para o campo da Saúde Mental e apropriado por nós – às nossas intenções de refletir sobre a Saúde Hospitalar.

Atenção distante dos Modos de Produção cooperados e compartilhados. O Capitalista está interessado exclusivamente no Capital, nos acúmulos unilaterais que o trazem a ele.

O Capitalista poderá se personificar nos Consórcios, regidos pela ética do Capital, apropriando-se dos meios-de-produção e da força de trabalho humana. O Capitalista “possui esse poder, não por causa de suas qualidades pessoais ou humanas, mas na medida em que ele é *proprietário do capital*” (MARX, 2010a, p. 40, grifo do autor). Isto é, o Capitalista que está à frente dos Consórcios Intermunicipais se tornará proprietário do Capital, realizando manobras de gestão dos Estabelecimentos que favoreçam a sua permanência nos cargos de gerência. A visibilidade de sua função ganhará status se houver economia nos gastos do serviço, ao mesmo tempo em que existir lucratividade com o uso dos recursos existentes.

Por exemplo, uma Unidade de Pronto Atendimento possui o dinheiro em caixa repassado pelo município, que em princípio o recebeu da União (governo federal). Ela comprará, para a manutenção do prédio, os materiais, os utensílios e os produtos hospitalares, optando pelos mais baratos no mercado. É ordenado aos trabalhadores que não desperdicem materiais e usem nos procedimentos cirúrgicos o mínimo possível de material hospitalar, fazendo o que estiver ao alcance para tanto. Ou seja, neste tipo de manobra gestora os gastos são menores, mas o atendimento é precarizado. Em suma, nos Consórcios cooptados pelo MCP, a produção aumenta conforme a consecução das metas visadas; a Atenção deixa de ser complexa para atender demandas que não são as dos sujeitos. A Atenção é construída em cima de meios que priorizam antes a economia política e financeira da gestão.

Para esquadriharmos um pouco mais o Estabelecimento institucional, complementemos a análise da UPA, dos Consórcios Intermunicipais e das Terceirizadas, que se regem pelo MCP, nos apropriando dos discursos na psicanálise de Freud e Lacan: o do Mestre e o Discurso do Capitalista.

$$\begin{array}{ccc} \underline{S1} & \rightarrow & \underline{S2} \\ & & \\ \underline{\$} & \leftarrow & \underline{a} \end{array}$$

FIGURA 1 - **Discursos como produção do Laço Social:** Discurso do Mestre.

Os discursos como produção do Laço Social são um dispositivo, possuem uma estrutura em formato de quadrípode. O quadrípode é composto por quatro matemas. As letras

da álgebra lacaniana deslizaram de um lugar para o outro conforme as passagens discursivas. Do lado vertical, à esquerda, fica o lado do sujeito. No outro lado, à direita, o chamamos de “outro significante”. Cada discurso possui uma dominante, postulado por uma letra que vai acima e à esquerda. A composição do quadrípode é de quatro lugares: o lugar do agente, à esquerda e acima da barra; a verdade velada deste agente, abaixo da barra e à esquerda; o lugar do trabalho, à direita e acima da barra; a produção, o produto do discurso, vai abaixo da barra e à direita (SOUZA, 2008; MAGNO, 2007).

Na Instituição operando pelo Modo Capitalista de Produção (Estado, UPA, Consórcios e as Terceirizadas), o Discurso do Mestre é hegemônico nas práticas de saúde, como geração de mais-valia e manutenção da máquina estatal, em estranhamento de trabalho pelos atores institucionais, ou seja, a alienação do trabalhador em seus próprios meios e resultados de trabalho (MARX, 2013c). A Instituição de Saúde Hospitalar, neste caso, a UPA, querará velar as suas lacunas, não se colocando como um Outro barrado, faltoso, como o Estabelecimento que admite os seus limites e os revela para construir suas ofertas com os sujeitos atendidos. Nessa forma de operar com o Discurso do Mestre a UPA será irrefreável em seus empreendimentos capitalistas de lucrar com a subjetividade, seja ela dos trabalhadores ou a dos sujeitos da demanda [do sofrimento].

A gestão do Estabelecimento Hospitalar, situada no lugar da verdade como sujeito barrado (\$), se representa no lugar do agente por um significante-mestre (S_1), cujo potencial simbólico, e imaginário, é fazer funcionar a máquina de produzir saúde e evitar a inevitabilidade das crises institucionais, a irrupção do Real. O mestre, que poderá ser representado pelo significante “gestor”, agencia o “outro” que está no lugar da produção, portanto, ele agencia os trabalhadores, representados pelo saber (S_2). O saber, por conseguinte, é capaz de produzir para o mestre um produto, o objeto (a), que, para os sujeitos do sofrimento, é a resolução das suas queixas de dor. O mestre quer o produto de qualquer jeito; este produto é o que sobrou desse dispositivo de produção, que, posteriormente se contará em números para gerar a mencionada mais-valia. Contudo, segundo Lacan (1992), o mestre desconhece as suas limitações, ignorando o fato de que é impossível fazer o seu mundo funcionar, governar o “outro”. Ou seja, a busca por garantir a mais-valia infinita é o mesmo que se deparar com o fato de que *isso* é impossível, isto é, recalcar [plenamente] o \$ é impossível. Como exemplo disso, do que extraímos da experiência, apesar de todos os esforços do gestor em manter os seus comandados na linha, os conflitos entre os trabalhadores da equipe não deixavam de surgir, eram muitos os trabalhadores que não suportavam a alta carga de trabalho e adoeciam.



FIGURA 2 - **Discursos como produção do Laço Social:** Discurso do Capitalista.

Formalizado por Lacan, o Discurso do Capitalista (DC) é um discurso que não faz Laço Social, ao contrário dos outros quatro discursos, nele a relação do sujeito consumidor (\$) com o objeto-mercadoria (a) não possui interdições. O saber tecnocientífico (S_2) é um intermediário manco e serve somente para produzir o valor da mercadoria – o produto que é garantido [acessível] ao consumidor (no lugar de agente, na vertical e acima da barra).

Nas características e no modo que se apresentam a UPA e o Consórcio Intermunicipal, se impõe o DC, ele não só deixa de fazer Laço Social como se exhibe enquanto um “laço louco”: é caótico em sua estrutura discursiva e prática – a sua característica fundamental, neste aspecto, é não permitir qualquer mediação entre o \$ e o a , o objeto está no comando e, tal como aparece nas toxicomanias, no horizonte está a morte de um no outro. Desta forma, notamos o DC, entre outras coisas, na falta de integração entre os níveis de Atenção à Saúde no município, na inexistência de uma Rede em movimento, na falta de organização e integração entre e dentre as equipes do Estabelecimento, no retorno contínuo dos sujeitos à UPA, constantemente com a mesma queixa e a cada vez com a dor mais intensa. É nesse sentido que, nesse contexto e conjuntura, percebemos a imponência de um “laço louco”.

O DC não é mais aquele mestre antigo, déspota, figurado na pessoa do líder, ele é um discurso dispersivo, pulverizado e impregnado nos lugares em que vigora a norma do consumo. A saúde feita de consumo, desconectada das bases organizativas do SUS, é irreduzível ao sujeito, tendo em conta que em seu primeiro plano está o produto a ser consumido: a promessa de bem-estar a ser oferecida e configurada na ausência da doença. A minúcia do DC está no sujeito (\$) que no limite se confunde com o objeto (a) por falta de mediação. O saber doutrinador (S_2) e imperativo (S_1), fusionados, criam este objeto para o sujeito. Em verdade, há uma lógica bem precisa nessa análise do discurso, pois, aqui a extração da mais-valia é retirada do trabalhador, mas, sobretudo do consumidor, isto é, dos sujeitos do sofrimento.

A Instituição no Discurso do Capitalista se beneficia do caos para manter uma coerência em sua prática e ao mesmo tempo continuar gerando a mais-valia, seja ela manifestada no Estabelecimento-UPA ou no Consórcio Intermunicipal. A força-de-trabalho humana utilizada para as relações de troca e construção das práticas em cooperação, entre vários, é subvertida pelas máquinas, os sistemas informatizados, os protocolos e os roteiros documentados, estes, fazem o papel do saber. O S_2 transforma-se numa função mecanizada, ao invés de ser o saber *impulsionante* e produzido pelos sujeitos na intenção da práxis e no coletivo. O gestor e o coordenador estão representados no S_1 , enquanto o \$ é o que faz funcionar o S_2 para a produção do objeto *a*.

Para diferir da denominação de Consórcio Intermunicipal, Mendes (2006) propõe o Consórcio de Saúde: “uma estratégia de organização dos níveis secundário e terciário dos sistemas microrregionais de saúde, mediante parceria entre estado e municípios, sustentada organizacionalmente, no território do distrito sanitário, por uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional” (Idem, p. 284). Entendemos que a pertinência da proposta pode ser aplicada conjuntamente às Terceirizadas, levando em consideração uma necessária sintonia e participação do Estado na gestão dos Consórcios Intermunicipais e/ou da Instituição terceirizada. Vale reconhecermos que essa proposição é tributária de uma tipologia de práxis extraída do Paradigma da Produção Social da Saúde, em contraposição ao Paradigma Flexneriano²³.

Retornemos às perguntas, baseadas na peculiaridade de nossa experiência: para onde vai o dinheiro dos Consórcios Intermunicipais e das Terceirizadas, movidos pelo MCP, que não poderiam ter fins lucrativos? E para onde vai o dinheiro economizado, o excedente, pela Gestão Municipal [Estadual] na sua suposta redução de custos? Este excedente estará em poder do Capitalista, dos que estão interessados no dinheiro que entrará em seus bolsos. Talvez, a grande maioria dos Consórcios e das Terceirizadas não tenham fins lucrativos em si, os municípios não queiram se endividar ou simplesmente engordar os cofres públicos; mas, também é sabido que o Modo Capitalista de Produção tem a sua face contemporânea.

²³ Mendes (2006) tem a sua concepção de Paradigma para o campo da Saúde em geral. Ele propõe dois paradigmas, que estão constantemente em luta e por tempo indeterminado: o Paradigma Flexneriano (PF) e o Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS). O PF tem em seu modo de ação, métodos objetivados de tratar a saúde somente como ausência de doença, pautando-se pela especialização e mecanização dos procedimentos no plano mais biológico do corpo humano. No PPSS, contrário ao PF, a saúde é olhada de uma dimensão complexa, como produto das relações sociais, culturais, afetivas e econômicas que o sujeito constrói em seu Território.

É dessa maneira que eu colocaria o problema, de modo a nos permitir conceber alianças, sistemas de transversalidade, podendo passar entre quaisquer categorias sociais, pois o que une é a posição subjetiva, a posição de desejo em relação à tendência do CMI [Capitalismo Mundial Integrado] de apoderar-se da totalidade dos modos de subjetivação (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 189).

Não é mais (e talvez até em Marx consigamos ler isso) o Capitalista, porém, são os capitalistas cultuando o capitalismo globalizado, dispersivo, produtor de subjetividades serializadas e capitalísticas. Neste sentido, a contribuição de Guattari e Rolnik nos interessa. Entretanto, não podemos esquecer que a análise anterior nos mostra uma mais-valia muito mais ampla do que a sua dimensão específica de valor-a-mais, isso se expresso diretamente numa vertente do DC, justamente aquela em que se toma o \$ como consumidor, ele está à mercê do objeto (*a*), é indiscutivelmente desse modo que os produtos, ou seja, o objeto (*a*) recupera valor – realiza a mais-valia.

3.3. Um palco da experiência

O Departamento de Saúde da região de *Mogiana* era composto de 62 municípios e 5 Unidades de Pronto Atendimento em 5 destes municípios. Dessas cinco Unidades, duas eram gerenciadas por OSCIP (*Orvalho* e *Santa Cleusa*), duas por Consórcios Intermunicipais (*Areias* e *Tupiniquim*) e uma pela Gestão Municipal (*Garimpo*). Vamos nos ater por ora à análise e discussão de 4 Unidades de Pronto Atendimento, de 4 microrregiões, administradas pelas OSCIP e pelos Consórcios. As Unidades de Pronto Atendimento se diferenciavam em alguns aspectos, porém possuíam características iguais entre todas. Em relação às semelhanças, estas não seriam tão visíveis a olho nu; foi preciso adentrarmos na Instituição, na realidade das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e dos Consórcios, conhecendo e conversando melhor com os seus atores.

A Classificação de Riscos Infantil e o Médico Pediatra eram elementos peculiares aos Estabelecimentos de *Orvalho* e *Santa Cleusa*. Os agentes controladores de fluxo (os conhecidos “seguranças”) estavam em *Orvalho* e *Areias*. A visita que fiz à *Tupiniquim* e o tempo que trabalhei em *Areias* proporcionaram entrar em contato com a considerável quantidade de trabalhadores (mais flagrante nessas Unidades de Pronto Atendimento)

adoecendo por condições inóspitas de trabalho, condições que favoreciam o desencadeamento de impasses psíquicos – muitos trabalhadores faziam uso indiscriminado de antidepressivos.

Foram evidenciadas em *Tupiniquim* e *Areias*, as benesses aos familiares e amigos da coordenação. A administração e as autoridades municipais eram atendidas prioritariamente, conseguiam exames clínicos sem passarem por consultas médicas e tinham acesso livre aos fármacos. Os protocolos de atendimento nas Unidades não eram respeitados, por exemplo, a Classificação de Riscos, mas seguiam a lógica da influência socioeconômica, das relações de camaradagem e compadrio, mantendo o *status quo*, além de outros privilégios: quem ocupasse um cargo de liderança, usufruía das regalias que seu cargo e posição possibilitavam.

As Redes em *Areias*, *Tupiniquim*, *Orvalho* e *Santa Cleusa* não funcionavam, tanto em relação à Rede de Atenção à Saúde quanto em relação ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência. Os Estabelecimentos quase não conversavam entre si, não tinham qualquer tipo de vínculo, por mais que estivessem próximos geograficamente. A Atenção Primária, que deveria ser o ponto de encontro das Redes, era, entre outros fatores, desprezada por falta de relacionamento entre as coordenações. Na Rede de Urgência e Emergência, os meios de encaminhamento de sujeitos e a conquista de vagas para internação limitavam-se à burocracia (protocolos documentados) e à Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS)²⁴.

Os discursos comungados entre as Unidades de Pronto Atendimento eram o Discurso Médico e o Discurso da Clientela (célebre no âmbito das organizações empresariais), a concepção organicista de sofrimento era absolutamente homóloga à capitalística de organização de Saúde. O modelo de atendimento medicamentoso tratava a queixa como doença, e a doença como conjunto de sinais, que mostravam o que precisava ser eliminado: se havia uma dor no coração, dificuldade respiratória, febre, embriaguez, entorpecimento ou um tipo de infecção, o procedimento era a resolução imediata e circunscrita da queixa e dos sintomas.

Os eufemismos eram a regra: os sujeitos do sofrimento eram chamados pela gestão de “clientes” e os trabalhadores de “colaboradores” – nomes familiares aos utilizados no meio empresarial e nas ideias vinculadas ao conceito de empreendedorismo. A grande quantia de altas dadas, a rápida execução de procedimentos e as condutas realizadas pelos trabalhadores eram vistas como sinônimo de satisfação da clientela com o “serviço”, conforme verbalizado

²⁴ Criada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para congregar as ações voltadas à regulação do acesso de leitos e vagas nas áreas hospitalares e ambulatoriais. Disponível em: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>.

pelas coordenações. A verticalidade nos processos de trabalho, os jargões das fábricas [da indústria de mercado] e a população enxergada como consumidora estavam embutidos nas espinhas dorsais das Unidades. Elas partilhavam um público pedinte e reincidente no seu cotidiano: os mesmos sujeitos com as mesmas queixas retornavam para tratamento, muitos já viciados, dependentes de fármacos: Tramal, Dolantina, etc.

A soma das particularidades observadas em *Tupiniquim*, *Orvalho* e *Santa Cleusa* são acrescidas e acentuadas em *Areias*, que, com o número de demissões e trabalhadores adoecendo, mostrou-se ser a exceção dentre os municípios, por não se preocupar em investir na formação dos seus trabalhadores (por exemplo, a Educação Permanente e continuada). O estilo subjetivo do coordenador parecia sobrepor-se à coordenação; o resultado disso era uma gerência déspota, tirana e pouco preocupada com a real função da UPA. Chega a ser irônico perceber como tudo acontecia por detrás da bela aparência da mais nova UPA da região, com o seu prédio, mobília e equipamentos impecáveis.

Os conflitos entre os trabalhadores da equipe e desta com a gestão eram abafados facilmente pelo coordenador. Tanto os trabalhadores quanto o próprio coordenador diziam correntemente: “manda quem pode e obedece quem tem juízo”. No que vivenciamos, havia uma coordenação com uma postura extremamente rígida, intrinsecamente ligada aos princípios fundamentados no Modo Capitalista de Produção.

Da Gestão Pública à Gestão Privada havia como mediador o mercado, a saúde usufruída como um bem de “consumo”, olhada sob o prisma da presença ou da ausência de doença. Entendemos que na gestão de princípios privatizados, o equilíbrio de forças é pretendido; dificilmente o conflito e a luta de classes são considerados. Não se conceberá a produção de saúde realmente como a resultante das desigualdades sociais, das formas de produção da vida material em sociedade. A Saúde em seus modos de oferta à população manifesta-se como uma concessão tática ao instituído, peça no Processo de Estratégia de Hegemonia.

Ao lidarmos de modo alienado e isolado com a remoção da doença, facilmente existirão sujeitos retornando repetidas vezes e fazendo uso do Estabelecimento de forma similar como fazem no uso da mercadoria, comprada para satisfazer um anseio de consumo. Ora, esta lógica de saúde como consumo é interessantíssima para a conservação do grupo hegemônico (polo social dominante), direcionado pelos imperativos financeiro-econômicos. Ela coloca freios nas disputas que poderia haver pelos interesses da classe social subordinada (os sujeitos do tratamento).

Desta forma, encontramos o sujeito e o Estado alienados ao Modo de Produção Capitalista, a uma produção de Atenção como resolução e aquisição imediata de resultados. E, em paralelo, a doença é tida como um ente estranho ao sujeito, *in-questionável*, do ponto de vista da medicina, impassível de ser posta em dúvida ou jogada para longe da fisiopatologia. O Discurso da Ciência nunca foi tão impulsionado pelo MCP – que assume suas fortes intenções na dimensão da *tecnociência*; o que nos dá um desafio maior para descobrir as saídas possíveis com destino ao Paradigma da Produção Social da Saúde.

4. FRAGMENTAÇÃO, SOFRIMENTO E TRABALHO PARCELADO

São inúmeras as semelhanças do conjunto arquitetônico da UPA, e da estruturação dos seus processos de trabalho, com os primeiros hospitais contemporâneos dos fins do século XVIII e começo do século XIX (ANTUNES, 1991). O mesmo se pode dizer da produção de *saudesubjetividade*, uma vez que a fragmentação e o parcelamento das tarefas realizados pelo trabalhador parecem corresponder à fragmentação do sujeito do sofrimento e da doença. No Paradigma Flexneriano a doença é tratada em detrimento do sujeito, por outro lado, precisamos admitir que nas Unidades de Saúde, inclusive na Hospitalar, temos encontrado o Discurso Médico, Hospitalocêntrico, cada vez mais aliciado pelas intenções que são as inerentes ao Modo Capitalista de Produção.

O que é espontâneo é o instituído, ou seja, a reprodução das relações da produção do MCP. No caso das instituições públicas sabemos que é o Estado que aparece como representante dos interesses sociais dominantes, que ganham com a reprodução das formas da subjetividade serializada (COSTA-ROSA, 2013, p. 45-46).

Na UPA de *Areias* prevalecia o instituído nas práticas de produção de saúde. Os movimentos da equipe perseguiam as prescrições de conduta vindas dos livros dicionarizados, repletos de descrição e métodos de curar as doenças. Não havia tempo para pensar: primeiro havia a observação, a nomeação da patologia, depois, a intervenção, a incisão clínica e o ajustamento do corpo. Estamos em concordância com Mendes (2006) no que se refere às suas considerações sobre como o Paradigma Hospitalocêntrico (outra forma que utilizamos para

nomear o flexneriano) sistematiza o seu conjunto de atitudes no trato com os “doentes”. O PF, funcionando mais como o Modo de Produção no capitalismo, insiste na repetição das tarefas que são materializadas nas técnicas colocadas em prática e provenientes dos manuais de medicina, como o meio para lograr os benefícios operados dos efeitos da aplicação da profissão.

O Modo de Produção soberano, segundo nossa apreensão, estava fixado nesse que chamamos de um precário Paradigma Flexneriano. Isto é, os referenciais de trabalho, a concepção de “objeto”, as relações intrainstitucionais e interinstitucionais no Estabelecimento, a relação com a população e suas consequências em termos de tratamento e ética, estavam registrados num modelo biomédico manipulado pela gestão do Estabelecimento-UPA, a fim de eliminar a doença a qualquer custo.

Os processos de trabalho estruturavam-se na divisão fundamental do trabalho na oficina, reificados da sociedade: a separação entre os fazedores e os mandatários, os *pensadores* (chefes e gerentes) e os subordinados, que incluem os sujeitos do tratamento e os trabalhadores. Sem qualquer exceção, eles foram subdivididos para cumprir a finalidade da “economia política”, isto é a de obter a riqueza para a manutenção do poder. Numa espécie de segunda linha de mando, a equipe de técnicos obedecia e os médicos comandavam, prescreviam (MARX, 2010a; COSTA-ROSA, 2013).

O mecanismo de pensar e tratar o corpo humano, dessa forma, era realizado de modo análogo ao realizado em uma máquina: concatenava-se com o perfurar, apertar, medir, aplicar e regular a engenharia das partes vitais das peças. O biologismo na identificação “da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências” (MENDES, 2006, p. 238) consolidava-se no cientificismo da medicina, onde o sujeito é recortado, individuado e endividado na doença. No Estabelecimento, as funções de trabalho eram impulsionadas pelo individualismo: os trabalhadores em sua atividade e os “pacientes” passivos a ela. O individualismo era marcado pela ausência de cooperatividade e de percepção do indivíduo em sua integralidade (o sujeito no território e no contexto das suas redes afetivas-sociais).

Vale dizer que da adição dos elementos do Modo de Produção flexneriano, capitalizado com a especialização e a tecnificação, obtemos como resultado uma propedêutica curativista no Discurso Médico. Notei que a prática médica manejada pelas equipes exigia rigor intenso no foco dos processos, com específicos procedimentos para determinadas morbidades – um roteiro dificilmente burlado –, na estabilização do quadro fisiopatológico. O técnico de enfermagem atuava com o conhecimento de enfermagem para obedecer e empregá-lo; o enfermeiro, com o conhecimento da enfermagem para chefiar e organizar os técnicos de

enfermagem, enquanto o médico agia dirigindo todos na análise clínica do caso e na distribuição da terapêutica a cada “doença”. A tecnificação, portanto, encontrava-se na *hiperespecialização* do conhecimento modificado numa *práxis sem reflexão sobre o fazer*. Embora, no caso desta Unidade de produção de Atenção, não se possa desconsiderar: o que é preponderante é o próprio modo, em alguma medida, deturpado de realização do Modelo Flexneriano.

A sociedade ser dividida por sujeitos que estão por afinidades em seus ofícios, cada um em seu ramo, não é um problema para o homem, do ponto de vista do *trabalho-art*. O prejuízo maior para o *carecimento* (trabalho criativo) é quando a divisão do trabalho se rende ao MCP e adquire os aspectos da fragmentação do processo de produção, numa espécie de parcelamento da atividade, cabendo a cada um apenas uma parte da confecção do “produto” a ser produzido, sem que o trabalhador tenha noção do próprio “produto” final, o produto final funcionando como valor-de-troca num esquema parecido à compra e venda de mercadorias no consumismo: compro sua força de trabalho e a sua vida e, em troca, dou-lhe uma pequena porcentagem do que eu ganho.

A desvalorização relativa da força de trabalho, decorrente da eliminação ou redução dos custos de aprendizagem, implica imediatamente uma maior valorização do capital, pois tudo o que encurta o tempo de trabalho necessário para a reprodução da força de trabalho estende, ao mesmo tempo, os domínios do mais-trabalho (MARX, 2013b, p. 424).

A maioria dos trabalhadores, principalmente os contratados (não concursados) via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), submetiam-se a grandes jornadas de trabalho. Em contínuas situações ocupavam mais de uma função na produção que a Unidade tinha por obrigação cumprir. Se for possível acumular mais de uma função em um mesmo trabalhador, por que a coordenação se veria impelida a contratar mais trabalhadores, diminuir ou organizar melhor a cadeia de produção? Os trabalhadores eram obrigados a extrapolar seu horário de trabalho (não sendo pagos por isso), diante da redução do quadro de funcionários. Eles eram deslocados de suas funções habituais, tinham sua carga horária ou turno alterados sem serem consultados e, mesmo nestas condições, submetiam-se às ordens sob a pena e risco de perderem o emprego. Com todos os referidos encargos e extensão de tempo na Unidade, como poderia se pensar em reflexão do fazer no trabalho em saúde? Em espaços de Educação Permanente, de formação, aos trabalhadores da UPA?

4.1. A divisão do trabalho no Modo Capitalista de Produção

Com efeito, a divisão do trabalho no Estabelecimento intermediário de Urgência e Emergência atualiza as questões trabalhadas por Marx (2010; 2013a) quanto aos (des)encontros entre o trabalhador e o Capitalista, representados na Gestão. O “*trabalhador* tem a infelicidade de ser um capital *vivo* e, portanto, *carente* (*bedürftig*), que, a cada momento em que não trabalha, perde seus juro e, com isso, sua existência” (MARX, 2010b, p. 91, grifos do autor). O trabalhador é desprovido do que lhe é mais fundamental na divisão social do trabalho: o envolvimento transformador e indissociável com o fazer e o produto (objeto). O pensar [saber] para o trabalhador está destituído de sentido, ele se encontra separado do fazer [ação-prática]. Nas mãos do chefe, o trabalhador é mercadoria, é extraído de si o máximo possível de sua força de trabalho, ele é um meio para o patrão obter a mais-valia com o seu empreendimento.

Na UPA de *Areias*, a subdivisão das tarefas na cadeia de produção estendia-se a todos. O técnico de enfermagem que estava na sala de medicação não sabia por que exatamente medicava. Ele tinha em mãos apenas a guia vinda do médico e entregue pelo sujeito. Os técnicos do balcão, de dispensa de medicação em soro, também não sabiam o que motivava o médico àquela prescrição lançada no sistema (informatizado). O mesmo acontecia com os médicos, que, na maioria das vezes, não sabiam o desdobramento dos procedimentos clínico-cirúrgicos que eles próprios ordenavam os outros a executar. De acordo com Braverman (1987, p. 72), a divisão parcelada do trabalho “torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção”.

Do mesmo modo, o saber é tamponado e expropriado do seu potencial dinâmico de reconhecer-se e reconhecer. A “subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade” (BRAVERMAN, 1987, p. 72). Os trabalhadores da UPA eram inadvertidos quanto à rede e, quanto a seu posto, realizavam suas tarefas por comando do coordenador que ritmava a aceleração do seu tempo. Não podiam hesitar; o trabalho tinha que ser feito no tempo mais curto possível. A propósito, essa é uma das definições dadas por Marx (2010) ao Capital: Capital é igual à força de trabalho mais o tempo gasto no trabalho, o mais-trabalho em menos-tempo.

Em certa ocasião, o assistente social com quem eu tinha um bom contato reclamava de estar trabalhando numa carga horária que excedia à sua. Falava que atuava praticamente como

um auxiliar administrativo do médico. Na continuidade da conversa ele aproveitou para contar-me detalhadamente sobre o quanto os assistentes sociais e o restante da equipe eram explorados. Disse que o coordenador queria que cumprissem uma carga horária acima da permitida por Lei, revelou que tanto o coordenador quanto os seus encarregados diretos, quando iam chamar a atenção, gritavam. *“Aqui eles cobram de nós como se estivéssemos numa fábrica, cobram produção. Nós somos explorados”*, disse ele.

Os trabalhadores eram unânimes em suas opiniões a respeito do modo como eram tratados pela “chefia”. Um técnico de enfermagem revelou-me diversos assuntos referentes ao modo como a gestão os tratava. Relatou a incapacidade de marcar reunião com o coordenador; eram humilhados, coagidos, podiam ser demitidos se expressassem opiniões contrárias ao coordenador. Noutra conversa, um maqueiro se aproximou e quis falar sobre o que estava vivenciando, revelou que lhe era exigido vigiar os demais colegas, trabalhadores, para averiguar se estavam ou não trabalhando. Contou que existiam câmeras espalhadas pela Unidade, colocadas em lugares estratégicos para controlar a todos, sobretudo os contratados. Continuou o maqueiro, *“os contratados não têm segurança alguma no seu trabalho. São os que mais se lascam”*.

A práxis sem reflexão sobre o fazer é o trabalhador estranhado em sua obra. O trabalho criado em vias de ser a abertura para uma produção de si, para além da ligação com o objeto, torna-se alienado em seu objetivo. Nessa práxis, o saber não é uma continuidade do fazer, é puro conhecimento técnico vinculado à conservação da mais-valia (MARX, 2013c). No encontro da força de trabalho humana com os meios de produção a mercadoria número 1 (um) é o trabalhador, privado de sua singularidade como sujeito; nele “existe, pois, subjetivamente, [o fato de] que o capital é o homem totalmente perdido de si, assim como existe, no capital, objetivamente, [o fato de] que o trabalho é o homem totalmente perdido de si” (MARX, 2010b, p. 91). Nas condições ditas, o trabalhador é rebaixado à característica de mercadoria, não se vê enquanto um sujeito dotado de um mínimo de desejo e capacidade de criação.

Não questionamos a divisão do trabalho, colocamos objeção à divisão parcelada do trabalho que caracteriza o Modo Capitalista de Produção. Defendemos que o instituído, em seu lugar de repetição, sem oportunidade de deslocamentos, condiz com o modo que a Instituição tem se portado nas ofertas que faz, como ela tem servido de intermediária nos pedidos e nas queixas da população, originários das pulsações da Demanda Social.

Evidentemente que os impasses psíquicos, quando evocados no Estabelecimento institucional, são analisadores viáveis para interrogarmos o tipo de práxis que há nesse lugar.

Apresentamos um caso no intuito de ilustrar, partindo de fragmentos da realidade, os efeitos na subjetividade, causados por um determinado modo de se posicionar do Estabelecimento Hospitalar em relação aos seus trabalhadores. Vivenciamos a ação de uma racionalidade científica centrada na dicotomia causa-efeito, numa forma de organização endurecida e verticalizante dos processos de trabalho.

4.2. Fragmentos: trabalho e sofrimento

4.2.1. Caso F.

Cumprimentei a técnica de enfermagem, F., e ela me chamou para conversar numa sala. Perguntou-me se tinha um psiquiatra ou um psicólogo para indicar. Permaneci em silêncio, ela começou a falar que estava sendo rechaçada pelos colegas de trabalho, foi colocada pela coordenação, sem direito a resposta, para ficar sozinha na Sala de Esterilização de Materiais Hospitalares, o chamado “expurgo” – uma sala no prédio, isolada de todas as outras. Disse que seu defeito era dizer a verdade, ser sincera, não conseguia entrar em “panelinhas”, enxergava coisas erradas e não conseguia ficar quieta. Contou que falava com os companheiros, chamava a atenção deles quando enxergava as tais coisas erradas, como, por exemplo, maus-tratos à população. F. disse que fazia isso pensando nos “pacientes”. Contou uma situação em que tinha uma senhora infectada por uma bactéria chamada KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*) numa das salas de observação, ela estava rodeada por outros sujeitos noutros leitos. Segundo a técnica de enfermagem era uma bactéria altamente contagiosa, sua mãe, inclusive, havia falecido por contrair essa bactéria num quarto de Hospital.

Ao descobrir que essa senhora havia contraído a bactéria e estava no meio de tantos outros sujeitos na Sala de Observação, foi falar com a coordenação de enfermagem, que, por conseguinte, não gostou do que ouviu e a repreendeu, dizendo para ficar quieta e não comentar nada com ninguém. F. insistiu, arguiu sobre a gravidade do caso e falou que se recusaria a entrar na sala onde essa senhora estava, e mais, se ela não fosse removida para o

Quarto de Isolamento iria espalhar a notícia para todos os trabalhadores. Por fim a coordenação cedeu, mas não sem puni-la.

F. relatou que em outras oportunidades foi censurada por sugerir aos sujeitos, que reclamavam do atendimento, procurarem por seus direitos nos devidos espaços de uso e fala do povo: o Conselho Municipal de Saúde. De acordo com F., quando a advertiam, o argumento dos seus superiores era o mesmo: “*não se pode falar mal da empresa*”.

Conforme F. falava, o meu trabalho com ela consistia em fazer perguntas, como forma de sublinhar aspectos de sua fala, que julgava serem importantes para os seus impasses e que estavam relacionados à reflexão do seu processo de trabalho. Esta foi uma postura que decidi adotar. Durante o tempo em que fiquei no Estabelecimento fui continuamente procurado pelos trabalhadores; eles me procuravam para falar do quanto sofriam com a tirania da coordenação.

F. sentia-se isolada, a maioria dos colegas a provocava. Ela dizia que estava imaginando sobre o que falavam nas suas costas, quando cruzava com eles. F. chorava copiosamente. Contou uma situação em que roubaram as chaves do seu carro e as esconderam; depois, pôde encontrá-las. E o gerente hospitalar a advertiu com berros, perto de todos, acusando-a de mentirosa. Disse que recebeu ameaças de colegas. F. reiterou: “*só porque não entro em ‘panelinhas’ e quero trabalhar para atender o povo, eu ouço ‘chacotas’*”. Revelou que outro colega dela também vivia a mesma coisa. Trouxe outra situação, em que falou coisas no “Facebook”, portal de relacionamento social de uma das mídias digitais, para desabafar e foi mal interpretada.

Sabe, não tenho vontade de me matar. Sou sincera, no que estou pensando, acho que eu concordo e imagino o que fizeram aqueles meninos nos Estados Unidos, matando aquele monte de pessoas. Eu já sofri bullying quando criança. Minha vontade mesmo, e é o que estou pensando, é de matar todo mundo que me faz sofrer, trazer um revólver e mandar bala em todos. De verdade, não penso em me matar, mas penso em atirar em todos (F.).

Continuou dizendo que se sentia excluída. Falou que achava que não iriam tirá-la do “expurgo”, do posto de trabalho indesejado. F. retomou falando que precisava de um atendimento.

Passaram-se uns dois meses. Em um dia comum de trabalho, no corredor, F. cumprimentou-me e começou a falar novamente sobre o quanto estava insuportável continuar no “expurgo”. Contou-me a origem da palavra “expurgo”, dizendo que na Idade Média as

peessoas que iam para o “expurgo” eram as que se rebelavam contra os líderes. Fui conversando com ela; elementos dos seus processos de trabalho foram sendo levantados. Ela dizia: “*eu atuo pelos ‘pacientes’ e tenho a ética de não falar mal de ninguém e nem acobertar coisas erradas*”. Contava dos seus estudos da Humanização neste momento, encontrávamos na Sala de Medicação, próximos de outro técnico de enfermagem, Ítalo, amigo seu (Ítalo tinha nos chamado para a sala com o propósito de que a conversa “não desse muito na cara”, pois F. falava muito alto).

Despedi-me deles para o atendimento de um sujeito. Quando voltei, deparei-me com F. bastante desestabilizada. Desta vez tremia, gritava, pegou forte em minha mão apertando-a. Enquanto isso, pessoas passavam pelo corredor. Percebi a Sala de Limpeza desocupada, local onde os materiais de higiene eram guardados. Sem pensar perguntei para o trabalhador da limpeza, que estava por perto na ocasião, se podíamos utilizar a sala. Temia que a confusão pudesse aumentar com a presença de muitas pessoas assistindo à cena. Notei que, conforme mais pessoas se aglomeravam para ver o que acontecia, F. se agitava cada vez mais. Na sala não tinha cadeira, nada para nos acomodar, somente os materiais. F. sentou-se no chão, agachei-me junto dela. Na medida em que ia falando, eu fui sublinhando do seu discurso dimensões da fala que mais se destacavam: “*querer o respeito dos outros*”, “*onde estou trabalhando não sou reconhecida naquilo que sei*”, “*ajudo tanto os outros, só gostaria de ter o amor e o carinho de todos*”. F. falava chorando, gritando, batia a cabeça na parede. O enfermeiro chegou a entrar na sala, falando que iria dizer para ela ir embora para casa, porque não podia ficar gritando. Ao enfermeiro respondi, sem muitas palavras, solicitando que ele esperasse um pouco, que logo eu iria até ele para conversarmos.

F. contou que as vozes que falavam na sua cabeça pediam para se acalmar. Disse que não queria matar ninguém, mas não aguentava mais ser humilhada. Falou que só queria atenção, que respeitassem o fato de não estar se sentindo bem onde gostaria. Foi se acalmando, queria um calmante, pediu para ser atendida por um médico, insistiu para que chamasse Ítalo, o amigo em quem depositava muita confiança. A equipe, nas figuras dos seus poucos colegas de trabalho que por perto estavam, organizou-se e ela foi atendida como queria, ficou dormindo por umas horas em um dos leitos da Sala de Observação feminina.

Quando F. estava comigo na sala, falou do seu passado, de experiências dolorosas, dos abusos sexuais sofridos e, por isso, não merecia aguentar o que aguentava no ambiente de trabalho, queria ser respeitada. Contou que havia discutido com um técnico de enfermagem, seu desafeto. Este lhe disse que não adiantava procurar um psicólogo ou psiquiatra, que, ainda que sáísse mediante atestado, a coordenação a manteria onde estava, porque quem tinha que

ficar no expurgo era ela. Contou-me também que foi à Clínica-Escola da faculdade (Universidade Estadual Paulista, UNESP, “Júlio de Mesquita Filho”) procurar atendimento com um psicólogo, mas não conseguiu.

No instante em que eu estava com F., todos da equipe perceberam o que acontecia. Falando com o assistente social, este me perguntou se F. não poderia ser atendida na Clínica-Escola da faculdade e, concomitantemente no posto de Saúde. Depois da consulta, o assistente social me procurou para falar da conversa que teve com o médico que atendeu F. Discutiram e chegaram à conclusão de que F. estava encenando, porque ainda que ela não estivesse contente com a sua função, não cabia todo aquele desespero. Senti que precisava dizer algo ao assistente social, disse que aquela encenação falava sim de uma cena, que talvez F. estivesse chamando a atenção para isso, para as coisas de sua vida que lhe traziam sofrimento e atualizavam-se, por algum motivo, no trabalho.

Decidi falar naqueles termos com o assistente social considerando que foi o próprio quem, dias antes, havia me dito conhecer a história de F., que ela tinha sido estuprada por três homens na adolescência, que sua mãe havia falecido há pouco tempo e que tinha uma filha diagnosticada recentemente com câncer. O assistente social pareceu compreender, e inclusive discutimos sobre a importância da equipe trabalhar como um coletivo e comportar as diferentes histórias dos trabalhadores, discutindo a vivência do trabalho hospitalar, o SUS, a Humanização e os limites de cada um executando as suas funções. Depois, um dos enfermeiros chefes, o que queria que F. fosse embora ao invés de ficar gritando, entrou na sala e enlaçou-se na conversa, também achando muito válido se aprofundar em temas como esses. Procurei conversar com eles, tentando dizer que as questões de F. poderiam ser um efeito da forma como eram os processos de trabalho naquele Estabelecimento.

Ora, para Marx (2010a), o ser social, o trabalhador em sua singularidade, como ser genérico, representa uma relação transformadora e dotada de sentidos entre o trabalhador e a sua função enquanto ator institucional, impulsionado na produção de desejo com aquilo que ele faz. Não nos parece absurdo pensar que a forma como a gestão coordena e reconhece os trabalhadores se reflete no modo como estes se posicionam em seus processos de trabalho, nas relações afetivas entre si e nos atendimentos aos sujeitos. Convém, então, convocarmos o *trabalho-art*, o trabalho na sua dimensão criativa (de *poiesis*) e desejante, para interrogar o trabalho alienado. Evidentemente, não sem perceber o quanto o contexto da Instituição organizada e gerida aos modos de uma empresa privada torna isso uma empreitada em si mesma impossível.

5. UM “RESTO” DE ESPERANÇA: O PÚBLICO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O fim da nossa práxis no Estabelecimento de *Areias* nos suscitou uma interrogação: como seria o funcionamento de uma UPA que não fosse “vendida” ou não estivesse rendida tão exacerbadamente ao Capital, como a OSCIP ou os Consórcios Intermunicipais que conhecemos? Partindo dessa interrogação pensamos em conhecer outras, para além de *Areias*, na expectativa de que houvesse alguma UPA de Gestão toda Pública. Isso nos possibilitaria comparar, notar as diferenças (se porventura existissem) nos discursos, no entendimento de saúde, na coordenação do local e na operacionalização da Rede.

A UPA de *Garimpo* era a única da região dos 62 municípios, de Gestão e Coordenação Pública. Localizada em um município com menos de 50 mil habitantes, funcionava anteriormente como o Pronto-Socorro administrado pelo único Hospital da cidade, que, por sinal, tinha a sua estrutura arquitetônica construída em um prédio ao lado. A coordenação administrativa da UPA de *Garimpo* também coordenava a enfermagem do Estabelecimento, disse que possuía conversas contínuas com o Hospital. Coincidência ou não, grande parte da equipe dividia o seu trabalho entre os dois Estabelecimentos, facilitando de certa maneira a comunicação e as articulações em nível de Rede de Urgência e Emergência. A alta complexidade era referenciada para o município de *Mogiana*, polo regional nesse nível de Atenção.

Estávamos curiosos para saber se em *Garimpo* os sujeitos retornavam constantemente ao Pronto Atendimento, como nos municípios de *Areias*, *Tupiniquim*, *Orvalho* e *Santa Cleusa*, se havia sujeitos com dependência (viciados) química e psíquica em medicação. No entanto, fomos surpreendidos. Segundo o coordenador, Rogério, o número de casos nessa condição era baixíssimo. Pensamos se essa diferença em relação às demais Unidades de Pronto Atendimento não se devia às articulações e pactuações que a UPA de *Garimpo* possuía com a Atenção Primária. Rogério nos contou que a interlocução feita com as Unidades Básicas de Saúde acontecia frequentemente. Exemplificou-nos com um dos seus procedimentos base: todos os dias pela manhã a recepção ligava em todas as Unidades para levantar informações e estabelecer os fluxos de encaminhamento. As informações coletadas eram repassadas aos sujeitos em tratamento, antes ou depois do seu atendimento.

Conseguimos visualizar diferenças significativas da UPA de *Garimpo* (Gestão Municipal) em relação a UPA de *Areias* (Gestão Consórcio) e as outras visitadas (Gestão Terceirizada e Consórcio). As diferenças estavam no discurso, na vestimenta, nas relações entre os trabalhadores, no Estabelecimento, na maneira como a arquitetura do prédio era manejada. A primeira variação notada foi referente aos uniformes. Pensei: “*não há uniformes e uniformidades aqui*”, depois percebi que eram palavras ambíguas que eu havia pensado, e que talvez a uniformização do trabalho (excluindo as singularidades dos trabalhadores) não ocorresse como nas outras.

Do que presenciamos, o clima na equipe parecia mais descontraído, não havia tanta tensão, o coordenador corroborou nossas impressões: “*temos uma equipe unida*”. Possuíam os cargos peculiares a cada trabalhador, havia a conduta de, ante a exigência e a estratégia específica para cada caso, os trabalhadores cooperarem uns com os outros, coletivizando as suas funções. A prova disso era a própria coordenação que exercia atividade administrativa e técnica na produção de saúde. Com as salas e a mobília do prédio acontecia o mesmo, a depender de qual sala fosse, utilizavam-na de forma adaptada para outros fins que não aquele originário. Na Sala de Observação de adultos, em cada leito havia cortinas que podiam ser removidas; separando-os uns dos outros, eram utilizadas quando um sujeito precisasse de mais de privacidade.

Notamos que o acesso dos trabalhadores à coordenação era livre, não precisavam seguir uma regra ou uma hierarquia; depois, o coordenador, Rogério, confirmou nossas observações. A realidade da UPA de *Garimpo*, no que vivenciamos, era incomum em relação às demais. Conforme as palavras de Rogério, na sua experiência, do que conhecia das Terceirizadas, os trabalhadores não possuíam o vínculo com a gestão e estavam na “*corda bamba*” o tempo todo. A Educação Permanente, as capacitações e os treinamentos, as orientações previstas nas cartilhas de Humanização faziam parte da cultura da UPA de *Garimpo*. Para Rogério, a opção pela Gestão Municipal ou não municipal é uma questão política.

Em um dado momento disse a Rogério que, considerando a UPA em que trabalhei, poderíamos não nos dar conta, mas eram notáveis as distorções do SUS com a intrusão da gestão-coordenação não municipalizada. As mudanças eram, em diversos sentidos, possíveis de serem analisadas, desde os discursos, a prática, até a relação do Estabelecimento com a população. O coordenador respondeu, “*eu tenho paixão pelo SUS, e sei disso. Tenho anos de trabalho na Saúde e pude aprender detalhes como esses*”. Falávamos do assunto, dando destaque ao quanto é instável o trabalho gerido pela iniciativa privada, no que se refere às

condições e benefícios que não existem para o trabalhador que não é concursado. Na modalidade das Terceirizadas, por hipótese, os trabalhadores não trabalhariam pelo SUS, mas antes, venderiam sua força de trabalho atuando pela empresa.

Estamos cientes de municípios que se encarregam de gerir as Unidades de Pronto Atendimento sem a interferência das Terceirizadas e mesmo assim adotam o modelo capitalista, empresarial, na estratégia de Atenção à Saúde. Por outro lado, imaginamos que esse número deva ser uma parcela ínfima. Sabemos que optar pelo público e não pelo privado, mais do que uma questão política, é uma questão de Ética pela vida. O público ainda é o meio mais propício para encontrarmos as brechas rumo às práticas instituintes, na criação do que é novo e sintônico à Saúde Coletiva.

A transformação de saúde em objeto de consumo, de produto em mercadoria, é o raciocínio constitutivo do Discurso Médico quando situado no Paradigma Flexneriano. Esta maneira de pensar e de cuidar do sofrimento sobrevaloriza os números, considerando-os como índices representativos da eficácia ou não da Saúde enquanto Política Pública. Nessa linha de pensamento, questões importantes são deixadas de lado, tais como: os tipos de produção de saúde que se tem criado e quais formas de organização do trabalho em Saúde devemos privilegiar.

6. CONVITE A INICIAIS CONCLUSÕES

Pudemos presenciar a divisão do trabalho no Modo Capitalista de Produção nos agenciamentos dos trabalhadores, nas suas relações de grupo e no tratamento com a “clientela” (sujeitos do tratamento). O Paradigma Hospitalocêntrico, estimulado fortemente pela lógica capitalista, conduzido ao seu grau máximo pela gestão do Estabelecimento, foi o paradigma pelo qual a equipe mais pôde se amparar.

Conseguimos constatar três elementos: os trabalhadores inadvertidos do funcionamento da Rede; o contexto de trabalho propício ao trabalho alienado; os trabalhadores alheios à sua atividade e àquilo que produziam; uma produção de saúde em que o Estabelecimento se reconhecia como empresa e a população era olhada como se fosse produto de mercado.

Percebemos que as aberturas à iniciativa privada e a sua potencial concretização é um impeditivo deflagrado à Saúde Hospitalar na sua extensão instituinte de trabalho. São provas da cooptação dos bens públicos conquistados pelos movimentos sociais e em seguida entregues ao Discurso do Capitalista (COSTA-ROSA, 1987; COSTA-ROSA, 2013). Particularmente, no que concerne a UPA de *Areias*, o Estabelecimento operava muito similarmente a uma fábrica nos moldes tayloristas, a produção era definida sob o prisma da produtividade em série, no controle do tempo e controlando os sujeitos.

Para as Terceirizadas, as Unidades de Pronto Atendimento coordenadas pelas OSCIP's, os sujeitos serem atendidos prontamente (como manda a sigla "UPA") era sinônimo de possibilidade de existirem um bom número de clientes satisfeitos. Notamos que o Consórcio Intermunicipal de Saúde incorre numa casuística parecida, funcionando como uma empresa, quando encantado pelos desfrutes da economia política capitalística. Noutros termos, o Consórcio Intermunicipal e a UPA que não executam e gerem suas práticas de saúde segundo os princípios universais do SUS não devem ser reconhecidos como tais.

A produção de subjetividade pelo lado dos sujeitos que procuram a UPA foi pouco explorada na discussão. Todavia, a análise paradigmática de Costa-Rosa (2013) empreendida na Saúde Mental Coletiva surge factível para, em futuros trabalhos pensando a Saúde Hospitalar, analisarmos os paradigmas em jogo (PF e PPSS) sob a existência de quatro parâmetros: 1 – Concepção do "objeto" e dos "meios" de seu manuseio como fatores do Modo de Produção; 2 – Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais como um fator essencial das relações intersubjetivas possíveis, ou seja, do Modo de Produção de saúde e subjetividade; 3 – Modos de relação da Instituição com os sujeitos, a população, território e a recíproca; 4 – Modos dos efeitos produtivos típicos da Instituição em termos terapêuticos, analíticos e de ética.

Entendemos que para o Estado, para a UPA e outros Estabelecimentos Assistenciais, é indispensável o resgate do "público" na gestão municipalizada (e também na Gestão Terceirizada), o resgate da saúde como direito. Recorremos uma vez mais ao que está escrito na 8ª Conferência Nacional de Saúde: em

[...] seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Esse caminho não deixou de ser o mais viável, senão um dos principais, para os pressupostos da Saúde Coletiva, capaz de fazer frente à ininterrupta revitalização do instituído. De outro modo, a Instituição intermediária de interesses [primários] privados oferece um terreno pouco fértil aos intercessores do campo, já que as interferências do Modo Capitalista de Produção tendem a dificultar a missão. O investimento em políticas que se erigiram de movimentos sociais, do movimento da Reforma Sanitária, revela-se importante. Assim, nossa base será sempre as demandas da população, as ações de Território e a interlocução (integrada) entre os dispositivos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, J. L. F. *Hospital. Instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*, 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 1994.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

_____. Ministério da Saúde. *8ª Conferência nacional de saúde, relatório final*. 1986.

_____. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 28 de jun. 2016.

_____. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. *Política nacional de atenção às urgências*, 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010, dez. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 de jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 05 de fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasil: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 05 de fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. *Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014*. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm. Acesso em 12 de out. 2016.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*, 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013.

_____. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro: 34, 1995.

FIORAVANTE, E. Modo de produção, formação social e Processo de trabalho. In: GEBRAN, P. *Conceito de Modo de Produção*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. P. 31-45.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

KONDER, M. T. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a. P. 66-86.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b. P. 47-65.

_____. *A análise institucional*, 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde & Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO, J. A.; SANSON, J. R.; PEREIRA, J. Acolhimento com Classificação de Risco: um caminho para a humanização no pronto atendimento. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, v. 9, p. 78-92, 2013. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Artigo-04.pdf>. Acesso em 05 de fev. 2016.

MAGNO, M.D. *Ad sorores quatuor: seminário 1978*. Rio de Janeiro: NovaMente, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010a.

_____. [A relação da propriedade privada]. In: MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010b. P. 91-98.

_____. [Trabalho estranhado e propriedade privada]. In: MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010c. P. 79-90.

_____. A jornada de trabalho. In: MARX, K. *O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013a. P. 305.

_____. Divisão do trabalho e manufatura. In: MARX, K. *O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013b. P. 411.

_____. A taxa do mais-valor. In: MARX, K. *O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013c. P. 289.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 233-300.

_____. *As redes de atenção à saúde*, 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B. J.; PIAZZA, M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, A. C. Unidade de pronto atendimento – upa 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 24, n. 1, p. 238-44, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf. Acesso em 05 de fev. 2016.

ORITA, P. T. K.; SOUZA, J. C.; OLIVEIRA, R. G. Upa na rede de atenção à saúde na região noroeste do paraná: um estudo descritivo. In: *Anais Eletr nico, V Mostra Interna de Trabalhos de Inicia o Científica CESUMAR – Centro Universitário de Maringá*. Paraná, 2010. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/patricia_tiem_kikuti_orita_1.pdf. Acesso em 05 de fev. 2016.

PÉRICO, W. *Contribui es da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Disserta o (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Gradua o em Psicologia. Assis, 2014.

SANTOS, B. S. *Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SÃO PAULO. Lei Complementar n  846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualifica o de entidades como organiza es sociais e dá outras providências. *Diário Oficial*, v. 108, n. 106, 5-6-1998. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19980605&Caderno=Executivo%20I&NumeroPagina=1>. Acesso em 14 de dez. 2016.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. MILTON SANTOS: concep es de geografia, espaço e território. *Geo UERJ* - v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>. Acesso em: 29 de jan. 2016.

SOARES, S. S. *O papel da aten o básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas*. Trabalho de conclusão do curso de especializa o gestão da aten o básica. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, A. *Os discursos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2008.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribui o para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. P. 48-58.

ENSAIO 3

A CLÍNICA DA URGÊNCIA: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE SUJEITO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

RESUMO

O objetivo deste ensaio é falar dos aspectos psíquicos do sofrimento dos sujeitos que chegam ao Estabelecimento Hospitalar, relatando ou apresentando algum tipo de lesão física no corpo. Essa perspectiva passa pela definição de Clínica da Urgência no campo da Atenção à Saúde Hospitalar, considerando, sob a base desta Clínica, a Urgência subjetiva. Para tanto, convidamos psicólogos e trabalhadores, que estão nos Estabelecimentos hospitalares e possuem interesse na escuta aos sujeitos do sofrimento, para um posicionamento em um horizonte técnico-teórico e ético-político orientado pela psicanálise de Freud e Lacan. No Hospital, as concepções de doença, tratamento e diagnóstico são consideradas, primordialmente, pela equipe médica e de enfermagem, do ponto de vista biológico. No Discurso Médico, o sujeito torna-se objetalizado e passivo à sua condição de “doente”. Referenciados pelas noções de sujeito e subjetividade, apostamos e apreendemos, pela nossa experiência numa Unidade de Pronto Atendimento, que é possível, neste contexto, uma direção de tratamento não excludente ao sujeito do inconsciente. Ou seja, os sujeitos, ao falarem de suas histórias, daquilo que mais os angustia e os assusta, ao perceberem a saúde abalada por um acidente, podem se reposicionar diante da “doença”. A Urgência subjetiva começa a operar no momento em que é possível experimentar pela fala outro modo de queixarem-se de sua dor. Assim, partindo desse princípio, poderemos afirmar algo de uma Emergência de sujeito.

Palavras-chave: Clínica da Urgência; Urgência subjetiva; Sujeito; Emergência de Sujeito.

1. INTRODUÇÃO

Temos o compromisso com este ensaio de trazer aos psicólogos e trabalhadores, que estão nos Estabelecimentos hospitalares²⁵, um horizonte técnico-teórico e ético-político de escuta aos sujeitos do sofrimento, a partir da psicanálise do campo de Freud e Lacan, bem como formalizar a Clínica da Urgência enquanto um dispositivo de tratamento no contexto específico da Atenção à Saúde. Destacamos, que ao mencionarmos o significante “análise”, para os nossos interesses de escuta na Atenção Hospitalar, estamos querendo falar sobre a aposta no trabalho de teor analítico. Nossa intenção definitivamente não é propor uma análise na Unidade Hospitalar. A aplicação de uma análise é realizada em circunstâncias peculiares e

²⁵ Deixemos claro que todas as vezes que mencionarmos o termo “hospitalar”, nos referindo aos Estabelecimentos hospitalares, estamos considerando também os componentes pré-hospitalares, fixos e móveis (por exemplo, Unidade de Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU –, respectivamente), da Rede de Urgência e Emergência.

fundamentais à execução do Dispositivo Analítico. Quando transposta para outro lócus de ação sem que sejam consideradas as novas condições de técnica, de lugar, de tempo e espaço, esse deslocamento é no mínimo descabido.

Neste propósito, é importante diferenciarmos o indivíduo do sujeito. O indivíduo está para a consciência e a experiência empírica, responde ao “eu”²⁶, função imaginária²⁷, detendo-se irrestrita e unicamente ao que é observável e passível de se comprovar pela experiência “lúcida” dos sentidos sensoriais. Em nossa postura, no âmbito da práxis, incluímos o sujeito do inconsciente, no momento em que ele é considerado apenas um índice de doença, não sem introduzirmos a subjetividade como o elemento que o singulariza (COSTA-ROSA, 2013) na saúde e no sofrimento. A subjetividade é a parte do corpo velada, inscrita e substancializada na entrada do homem e da mulher no universo simbólico²⁸ das relações sociais, inerente e inseparável do organismo humano. Através da psicanálise poderemos chegar ao seu reconhecimento, entendendo-a como imanente ao padecimento físico dos órgãos, constitutiva da biologia humana.

O sujeito (\$) do qual falamos, por definição, não existe senão enquanto suposto. Apreendido na enunciação, ele *ex-siste*. Tão clandestinamente, é aquilo que surge na consciência e logo se apaga. Não por menos Jacques Lacan o dizia evanescente, uma relação do ser com a falta, *isso* que pulsa num equívoco de linguagem, nos sonhos, lapsos, chistes e no sintoma, como efeito de sentido. O sujeito emerge da relação entre significantes, é representado por um significante para outro significante, $S_1 - \$ - S_2$, podendo ser alcançado na relação com o desejo, na fala.

Adotamos para este texto, a partir da leitura de Costa-Rosa (2013) do campo da Atenção Psicossocial, as locuções “sujeito do sofrimento” e “sujeito do tratamento”. Referimo-nos ao “sujeito do sofrimento” como aquele que se queixa de um sintoma,

²⁶ Anterior ao Eu (*je*), o sujeito constituído e tendo já atravessado o estádio do espelho, há o *eu (moi)*. Esta etapa chamada também de estádio do espelho, registrada no imaginário, é o momento inicial para a estruturação de uma primeira junção de corpo. No *eu (moi)*, a criança está alienada ao desejo da mãe, numa indistinção entre o que realmente é dela ou do agente da maternagem (LACAN, 2003c). O momento é celebrado pelo encontro fusional, circunscrito ainda na dialética do ser ou não ser objeto de um desejo, que mais diz respeito às insígnias do Outro, “*ser ou não ser, to be or not to be o falo*” (LACAN, 1999, p. 192). Portanto, cabe diferenciarmos o Eu (*Je*) do eu (*moi*).

²⁷ O imaginário organiza o estádio primeiro de identificação do *infans* com o Outro materno. Um dos três nós, da estrutura ternária, que enlaça o nó borromeano, juntamente com o Real e o Simbólico. O imaginário é o caminho utilizado pelo sujeito para se chegar ao convívio social, no contato com os seus semelhantes. A identificação com os significantes que vêm do Outro, necessários para o estabelecimento de uma comunicação, é uma de suas dimensões – a consistência existente aos vazios constituintes dos outros dois registros (KAUFMANN, 1996).

²⁸ O simbólico é o que envelopa o imaginário, assumindo-o. Articulado à noção de cadeia significante representa uma ausência, a tentativa de falar de diversas formas a respeito de uma mesma coisa. Está amarrado à lei do significante, cadeia significante, lugar em que a palavra poderá percorrer as cenas que ganham sentido diferente em cada instante em que a fala se enuncia (KAUFMANN, 1996).

possuindo uma demanda dirigida para alguém ou para um lugar, seja na representação do trabalhador da Saúde que o atende ou mesmo no Estabelecimento institucional no qual ele se encontra. Referente ao “sujeito do tratamento”, entendemos como o sujeito que já se encontra num processo de ter a sua questão tratada pela equipe, seja ela orgânica ou psíquica. Assim, preferimos o uso do significante “sujeito” ao uso dos significantes “paciente”, “doente”, “usuário” ou “cliente”. Elegemos esta locução para não cairmos no engodo de confundirmos o sujeito, aquele da queixa, da demanda por um equacionamento do seu sofrimento, com o usuário-consumidor dos objetos-mercadoria no consumismo (COSTA-ROSA, 2013).

Objetivamos com este trabalho apresentar a possibilidade de uma Clínica da Urgência cunhada nos domínios do que é subjetivo, e no que toca prioritariamente à escuta aos sujeitos do sofrimento. Pretendemos propor à Unidade de Saúde Hospitalar (USH), especialmente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma compreensão de sofrimento que alcance o sujeito do inconsciente. A Urgência e a Emergência em atender casos, por hipótese, de ordem orgânica, não impede a escuta da Urgência e Emergência de um sujeito pulsando entre sentidos inconscientes (MOURA, 2000), demandando dizer sobre um sofrimento psíquico que está incluído nas feridas físicas. A realidade das feridas físicas, por sua vez, abre passagem para notarmos a partir delas a existência de uma realidade psíquica – movendo-se para suportar o dilaceramento do corpo, causado pelo Acidente – de um impossível de se evitar.

O significante “acidente”, grafado com a inicial “a”, representa os eventos relativos aos encontros que foram lesivos ao corpo humano, do ponto de vista anatômico. No que toca ao significante *Acidente*, grafado com a inicial maiúscula, para nós ele é apreendido de maneira complexa, na bifurcação do seu sentido. Este Acidente, vivenciado pelos sujeitos ao chegarem numa Unidade de Saúde Hospitalar, são as injunções da realidade, pelas quais o sujeito se vê obrigado a dar uma resposta [singular]. As situações inesperadas envolvendo perdas ou mesmo feridas, propriamente na pele, atualizam experiências da ordem da *angústia de castração*, “o desmoronamento da imagem corporal” (LEITE, 2011, p. 61).

O Acidente é o que avassala um corpo (formado por sistemas, órgãos, tecidos e células), gerando a precipitação do sujeito na Instituição. Ele é sentido como a invasão violenta do Real, gozo irrepresentável que incide sobre o corpo – este, subjetivado na e pela linguagem. No Acidente, a realidade se desvela assustadora e o sujeito é colocado à prova. A morte e a sensação de se estar sozinho, por estar com a saúde fragilizada, são temidas.

Levando em conta a intensa angústia dos sujeitos diante desses eventos, recorreremos à psicanálise como um dos principais, senão o principal, instrumento de ação na práxis da Clínica da Urgência. Escolhemos um percurso, com o alvo na Urgência subjetiva, que

passasse pela Clínica da Urgência pensada como um dispositivo de tratamento aos sujeitos em sofrimento. Efetivamente, oferecemos como opção de atuação o assinalamento dos fenômenos psíquicos no contexto da Atenção Hospitalar, no que eles são considerados doença pelas Ciências da Medicina. Para fundamentar nosso trajeto fizemos uso de autores que pensam e vivenciaram a Clínica psicanalítica no Hospital, além de trazermos à luz as teorizações acerca da Clínica da Urgência e Urgência subjetiva (MOURA; SOUZA, 2007; CALAZANS; MARÇAL, 2011; SIMÕES, 2011).

2. A URGÊNCIA SUBJETIVA

Convidamos o psicólogo e outros trabalhadores das UPAs e de outras Unidades hospitalares a experimentar uma compreensão diferente de “Urgência” e “Emergência”, incluindo desta vez o “sujeito” entre os dois termos. O convite exige de nós entendê-los como uma invocação à Ética do Desejo, conseqüentemente, uma transformação do saber que temos a respeito da doença. Destarte, conhecer como o sujeito do sofrimento se manifesta, como ele demanda e subjetiva o sofrimento na angústia, é fundamental. A etimologia da palavra “Urgência” vem de *urgere*, origem latina, significa empurrar, pressionar e impelir. É um significado herdado por nós pela noção de Urgência deixada pelo Discurso Médico, concatenado a um princípio de imediaticidade, de uma resposta rápida.

Sob a ótica da deontologia médica, a Urgência é definida pelo rápido atendimento a sujeitos que estão em risco de morte e/ou vivenciam um sofrimento intenso. “Na urgência médica, a demanda se relaciona à necessidade de um homem que sofre por sua ferida. O médico corre até seu paciente e o ideal, quando se considera o tempo, é que não haja intervalo entre chamado e resposta” (BARRETO, 2004, p. 1). Conforme Coelho (2009), a Urgência e a Emergência se dividem em duas esferas de classificação: Urgência, quando o risco de morte é pouco provável e há sofrimento identificado, e Emergência, quando o risco de morte é alto, intensificando o sofrimento.

Numa UPA, por exemplo, os trabalhadores podem delinear a sua prática a partir de protocolos de classificação de riscos, definindo se os sujeitos podem permanecer em tratamento por um período de até 24 horas ou menos, e depois se serão encaminhados para a Rede ou não. Os protocolos fazem parte do manual, são a bússola dos Estabelecimentos institucionais hospitalares em seus atendimentos à população. Na organização dos processos

de trabalho, o Discurso Médico²⁹ possui seu entendimento próprio em relação à Atenção dispendida à população: o conceito de saúde e de doença; a técnica a ser utilizada; o modo de organização da Instituição Saúde no campo Hospitalar; os meios de encaminhamento e os modos de relação do Estabelecimento institucional com o público (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Ao assinalarmos os significantes “Urgência” e “Emergência”, rumo a uma dimensão de práxis advinda da psicanálise, conferimos novos sentidos a eles, direcionamo-los incisivamente ao horizonte da Ética do *bem-dizer*. Para o psicólogo precavido pela psicanálise, a Urgência é subjetiva na medida em que o sujeito consegue se escutar em seus pedidos de socorro. Por meio da oferta de escuta o sujeito pode experimentar a oportunidade de falar das suas dores, reconhecendo que por detrás de suas queixas existem outros sentidos relacionados a isso que lhe trouxe à UPA – ao Estabelecimento Hospitalar. Foi Lacan (2008) quem nos enunciou que escutar equivale quase à arte de *bem-dizer*.

Complementemos, bem-dizer o sintoma, isto é, falar das sensações dolorosas, por intermédio do *dito*, equivale em afirmarmos que o sintoma traz consigo verdades a respeito da “doença”, não limitadas às queixas referidas e visíveis pelo corpo. Em nosso entendimento a Emergência associa-se à Urgência subjetiva como Emergência de Sujeito, manifestando-se de duas formas: o sujeito não se limitando em ser objeto de seu padecimento e, podendo notar uma dimensão *não-sabida* da dor física, apercebe-se de que possui uma história carregada de cenas vividas e traumáticas até então não lembradas por ele.

A Urgência no prisma da subjetividade vê, na pessoa desfalecida, que experimentou um abalo no corpo, uma quebra momentânea do psiquismo, das identificações. A inoperância do circuito simbólico é a consequência da quebra das identificações; o sujeito não sabe o que dizer, ou por onde começar a falar sobre o que lhe aconteceu. Por equivalência, não são poucos os familiares e/ou acompanhantes que estremecem diante do mal-estar do seu ente querido que está internado. Não são somente os órgãos que estão abalados, a imagem corporal que os sustentava está arruinada.

²⁹ Nas definições de Clavreul (1983) o Discurso Médico em sua perspectiva biológica é representativo das práticas e conhecimentos dominantes a respeito do sofrimento humano. É o discurso pelo qual médicos e trabalhadores nas Instituições de Saúde, mais precisamente Instituições médicas, norteiam-se para atuar nas suas profissões, tendendo a transformar o outro em objeto, por propósitos que são nada mais nada menos do que aqueles concebidos numa dada noção de Ciência: encontrar a verdade, a resposta dos problemas insolúveis. Falamos do Discurso Médico nos referindo a todo campo de saber que se valora em meios técnicos normativos, que são estes: a oferta de atendimentos nos Estabelecimentos institucionais hospitalares, vigente e prescrita em legislação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

A Urgência subjetiva se definirá pela ruptura aguda do conjunto de associações de palavras que são indispensáveis à linguagem na comunicação. O psiquismo se vê invadido por um Outro absoluto tomando a sua imobilidade e provocando as sensações de morte, há o medo ante um cenário imprevisível e o desespero ante a presença da dor (CARVALHO, 2000; MOURA, 2000; MOURA; SOUZA, 2007).

Na sua dissertação, *A Clínica da Urgência Subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*, Simões (2011) objetivou discutir a experiência do praticante da psicanálise, assim nomeado por ela, no pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. No seu trabalho, há um tópico destinado exclusivamente para cuidar da noção de Urgência subjetiva. Elenquemos aqui alguns pontos: a Urgência enquanto fenômeno histórico e circunscrito nos diversos âmbitos da vida cotidiana; a relação da Urgência com o conceito de trauma no contemporâneo; a definição de Urgência subjetiva e como ela se encontra na Clínica Médica, além de outras particularidades do campo – que nos obrigam a redimensionar a teoria e a técnica – na tentativa de escutar os sujeitos do sofrimento. No entanto, a autora não explora a “Urgência subjetiva”, ao longo da dissertação, com excertos da práxis. Reconhecemos o esforço da autora em delimitar e formalizar o conceito, articulando-o com outros fenômenos também inclusos na Clínica da Urgência do pronto-atendimento, parece-nos digno de nota. Do nosso ponto de vista, da sua dissertação, as ideias de “efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise” e “psicanálise aplicada” merecem maiores debates em trabalhos posteriores.

A Urgência subjetiva é um conceito gerado por meio da clínica de psicanalistas que, além dos seus consultórios, estão como analistas em outros espaços. A maioria deles, substancialmente, faz parte de equipes multidisciplinares em Hospitais Gerais e Hospitais Especializados, da esfera pública e privada: Estabelecimentos de alta complexidade dentre os níveis de Atenção na Saúde. Tentamos expor os aspectos gerais do conceito de Urgência subjetiva, a sua caracterização, como se inaugura, o que anuncia e quais os seus momentos na Clínica da Urgência.

É “importante questionar o que é uma urgência subjetiva. Esta caracteriza-se pela ruptura da cadeia de significantes, ruptura no campo simbólico. Nessas situações, o tempo de compreender foi suprimido, não permitindo um trabalho de elaboração” (CARVALHO, 2008, p. 66). Se na Clínica da Urgência, enquanto dispositivo, versamos pela possibilidade de construção de um tratamento articulado em Rede, na Urgência subjetiva, o fundamental é o chamado e a percepção dos sujeitos no ato da fala, de poderem equacionar o sofrimento também pela via do psiquismo. Há uma fratura no campo do simbólico, um rompimento da

rede de sentidos (inconscientes) constituinte dos significados construídos pelos sujeitos, em suas experiências de relacionarem-se com os outros ao seu redor e com o mundo (CARVALHO, 2008; RODRIGUES; DASSOLER; CHERER, 2012). Consideramos a supressão do tempo de compreender ao notarmos que o sujeito está vivendo intensamente a sua dor. O artifício da fala não está sendo usado para mediar o desejo, descolar dessa circunstância torturante e ocupar outra forma de existir.

Em concordância com Mohallem (2003), na Urgência o sinal é inexistente, os acontecimentos não fornecem sinais visíveis para quem os poderia esperar. Neste aspecto, o atributo de inesperado se encaixa bem. A Urgência subjetiva tem para o sujeito uma dimensão de surpresa, faltam as palavras para sustentar o discurso. Na vivência do Acidente o Eu (*je*) está demolido, ele é objeto desse estado terrificante que o atingiu pela “doença”. Sobre isso, Rodrigues; Dassoler e Cherer (2012) dizem que a pulsão³⁰ é devastadora. O aparelho psíquico tem urgência para religar os seus investimentos nos objetos que estão ao alcance no laço social, na retomada dos planos de vida.

Segundo Carvalho (2008), tratando-se de Urgência, a crise subjetiva é um efeito da ruptura da cadeia significante,

[...] o sujeito perde sua posição diante do outro. Considerando que o sujeito se constitui através de sua relação ao Outro, na crise ele não encontra lugar no Outro [campo do simbólico e da linguagem] para sua palavra e perde o recurso simbólico para lidar com o insuportável. Sem esse recurso o que se mostra é o ponto radical da angústia (p. 67).

Lembro-me de sujeitos que atendi na UPA e não conseguiam andar, falar. Estavam catatônicos, mudos e impossibilitados de se locomover, eram puramente reféns da situação caótica que viviam. Tinham um olhar perdido, ou como diria Lacan (2005), tinham um olhar que se perdia na angústia. Esses fenômenos evidenciam a Urgência subjetiva, descrita como a precariedade ou a ausência do dizer. O dizer não se articula com a fala e, com efeito, a redução do discurso é drástica. (BARRETO, 2004; BARONI; KAHHALE, 2011).

³⁰ A pulsão é o limite entre o somático e o psíquico (FREUD, 2004). Em Lacan, a pulsão recebe outro nome, associando-se ao Real. É o que move o sujeito na produção de sentidos a uma realidade que se mostra cessível, finda. Essa produção de sentidos, inconscientes, são os caminhos que o sujeito percorre rumo ao desejo, deparando-se com as impossibilidades de todo consegui-lo. A pulsão devastadora é a pulsão em sua tonalidade destrutiva. Sem as referências para se ligar ao objeto de desejo, ela está voltada para o próprio sujeito, apagando-o, impedindo-lhe de subjetivar a angústia de se estar abatido.

Na perspectiva médica, dos trabalhadores que estão no Discurso Médico, a crise tem outra conotação de Urgência: a preocupação é com o corpo biológico, a Urgência é orgânica (GRANHA, 2000). Prevalece o atendimento à saúde em seu aspecto físico; a noção de doença é usada para nomear o desequilíbrio das funções anatômicas humanas. Conforme Clavreul (1983), o objeto de desejo da medicina é a doença, os procedimentos médico-cirúrgicos partem da doença para exercer a sua terapêutica.

Acompanhei muitos casos em que os sujeitos, mesmo não apresentando enfermidade alguma do ponto de vista biológico, sem qualquer constatação de exames clínicos, eram medicados. Os colegas enfermeiros diziam, “a dor tem que ser medicada. Eles vêm aqui, trazem a queixa, o médico não vai mandar eles embora ou deixar que eles não sejam medicados”. Para Barreto (2004), na Urgência médica o corpo biológico é apreendido segundo os modelos de compreensão que se pautam no discurso da ciência, baseados em um pensamento causal – corpo-máquina. A causa do mal-estar é o desequilíbrio das funções normais do organismo, logo, retornar ao estado anterior à crise, restabelecendo a saúde, é a principal meta.

Dessa forma, nomeamos a Urgência orgânica também como Urgência generalizada, pois, ela não apresenta nenhuma indagação do sujeito do sofrimento a respeito da sua própria responsabilidade no mal-estar que o fez procurar por ajuda médica (SIMÕES, 2011). Na Urgência generalizada, a origem dos problemas que afetam o corpo é estendida para qualquer lugar da realidade exterior a ele, segundo Simões (2011), faltaria ao discurso a leitura do que está acontecendo.

Em sintonia com Granha (2000), não estamos rivalizando com o saber médico, confiamos que a Urgência orgânica precisa ser acolhida e tratada. A intenção é compor com a equipe e trazer uma questão a ela: é possível tratar a dor dando oportunidade ao sujeito de falar sobre essa dor? Afirmamos, pela experiência, que os efeitos disso são incomensuráveis. Os sujeitos produzem uma melhora no seu quadro fisiopatológico, inclusive. Interessante como muitos sujeitos, ao associarem a sua estadia no Pronto Atendimento, resgatando nas suas histórias as outras cenas de suas vidas, perguntavam-se sobre o que lhes trouxera àquele lugar. Despertavam-se para quererem continuar, fora dali, este trabalho de “dizer”. Por vezes, tive a chance de presenciar eventos como esses.

Exemplifiquemos com o caso de D. Ela não estava sendo atendida, mas era acompanhante de um familiar que estava em tratamento na UPA. O encontro com uma escuta lhe permitiu notar outros elementos associados ao impasse que vivia naquele instante, relacionados à incerteza de recuperação da sua Tia.

O primeiro contato com D. foi na recepção. Pude ouvi-la perguntando às recepcionistas sobre a Tia que estava na Emergência. Depois de um tempo, da recepção a vi com um semblante triste, sentada nas cadeiras. Aproximei-me e perguntei despretensiosamente sobre a sua Tia, imaginando que talvez quisesse falar sobre. Os encaminhamentos chegavam pouco até ao psicólogo. Parte da minha estratégia de trabalho era em alguns momentos adotar uma postura de me aproximar dos sujeitos³¹. Respondeu-me: “*os problemas estão aí, e a gente tem que dar um jeito*”. Pontuei, “*os problemas existem?*”. E ela continuou, “*os problemas existem mesmo, e até demais. A minha história é longa, não consigo me expressar*”. Como não saía do silêncio, disse a ela, “*não expressar já é expressar*”. D. desabou em choro. Levantei-me, comunicando que iria procurar uma sala para nós, para que falasse mais à vontade. Encontrei um “Quarto de Isolamento” vazio e limpo, muito utilizado para sujeitos com enfermidades altamente contagiosas. Voltei até D., fomos à sala.

Novamente D. falou que não sabia como expressar o que queria falar. Passado algum tempo, contou que tinha medo da Tia morrer. Segundo D., a Tia que estava acompanhando era a única que sabia quando ela estava triste. Do seu discurso foram se destacando os significantes “*pai*”, “*inabalável*” e “*fortaleza*”. D. falou muito, revelou que a mãe havia falecido há 11 anos, o pai sofrera um derrame recentemente e seu casamento tinha muitos problemas, mas que sempre se resolviam depois de uma conversa. Contou que o seu marido a chamava de “*nega*” e ela o chamava de “*Pai*”. Sublinhei: “*pai?*”. Respondeu que era só o jeito de falar. Dizia ser a fortaleza de sua casa, se ela desabasse todo mundo desabava. Disse, “*meus filhos estão em primeiro plano e eu em segundo plano, não me importo com isso, não quero o mal deles, quero só o bem. Eu tiro da minha boca pra dar pra eles*”. Contou que ficava pensando muito, preocupando-se muito com os outros. Disse que sua filha conquistou uma vaga numa escola particular. Contou que não tinha o que fazer, estava casada há 32 anos e nem assim seu marido sabia quando ela estava triste; que só tinha uma pessoa que sabia, e essa pessoa era a tia que estava doente. Contou que às vezes achava que não iria aguentar, “*eu não tenho expectativas pra nada, basta-me a expectativa dos meus filhos. Pra eles eu quero tudo*”. Lembrei-a, relançando uma frase expressa por ela: “*Antes, você disse que em casa ficava em 2º plano*”. Respondeu: “*É, mas vou fazer o quê? Como vou fazer?*”. Encerrei a sessão nesse momento. Diante da minha indicação de que seria válido que continuasse o seu trabalho de escuta, D. disse que era a primeira experiência dela com um psicólogo. Mostrou-

³¹ Em relação a esta forma de abordagem, ela está mais detalhada no Ensaio 4 desta dissertação.

se muito interessada, revelou que iria recorrer à Unidade Básica de Saúde próxima da sua casa. Antes de sair, com um sorriso disse: “*quem sabe não é você a me atender*”.

Cumprir dizer, que só obteremos uma transformação da Urgência generalizada em Urgência subjetiva por intermédio de uma escuta analítica. Ou seja, a presença de um operador clínico, instrumentado pela psicanálise, provocando o sujeito a se colocar no lugar de agente, trazendo-o novamente como ator principal em seu processo de ressignificação do adoecimento. “Portanto, pode-se dizer que a urgência subjetiva é construída e que a presença do profissional, orientado pela psicanálise, em uma instituição para onde são encaminhadas as infundáveis urgências, é o que possibilitará esse desfecho” (SIMÕES, 2011, p. 25).

Mas, o que quer dizer Simões com isso, de que a Urgência subjetiva é construída? Entendemos que essa afirmação pode ser uma contribuição, um acréscimo, à literatura existente a respeito do tema. Bem, tentemos sucintamente caminhar com a autora nessa reflexão conceitual. De um lado há a Urgência subjetiva como inerente ao sujeito do sofrimento. Esta é apreendida pelo psicólogo ou trabalhador precavido pela psicanálise. Porém, de outro lado, devemos admitir que esta Urgência somente se tornará subjetiva no momento em que o sujeito se der conta de que além da doença existem mais coisas em sua vida merecedoras de importância, e que o tratamento pela fala poderá lhe proporcionar essa descoberta. Nisso, podemos dizer que a Urgência subjetiva não é um fim, mas um processo em contínua construção.

Como representativo da Urgência subjetiva, quando em processo de construção pelo sujeito, H. foi outro sujeito que escutei. Estava circulando pelos espaços do Estabelecimento, entrei na Sala de Hidratação e avistei H. sozinha, com as mãos na cabeça e com um soro injetado em sua veia. Perguntei: “*como está?*”, respondeu-me “*mais ou menos*”. Relatou estar com dor de cabeça, contou que da última vez que esteve na UPA foi por uma cólica renal. Chistosamente pontuei, “*ah, então agora é a cabeça que lhe traz aqui?*”. Ela sorriu e perguntou o que eu fazia, em que eu trabalhava. De imediato, ao ouvir me apresentando como psicólogo, revelou que há um tempo, meses atrás, queria falar com algum psicólogo. Disse-me: “*é muita coincidência você aqui*”.

Investiguei com uma técnica de enfermagem se existia alguma sala desocupada. Logo ela se prontificou a ajudar-me com a locomoção de H. rumo a um dos quartos que estava vazio. Foram duas entrevistas, sessões. Na primeira sessão, falou de um medo de morrer, de ter depressão e tentar suicídio como a sua filha e o seu irmão tentaram. Sobre o medo, contou que era uma coisa inexplicável, não sabia dizer o que era. Ficou quieta. Passado algum tempo disse: “*já falei tudo, não tenho mais o que conversar*”. Lembrei-a: “*você falou do medo de*

ficar como a filha e o irmão". Neste momento H. começou a chorar. Não queria falar mais nada. Silenciou-se. Achei que seria o momento para encerrar. Levantei-me, disse que iria dar uma volta e já retornava.

Na segunda sessão, contou que, quando seu pai ficou doente, ele, o pai, pediu a ela que fosse a curadora do seu irmão. Segundo H., o seu irmão estava louco, não era mais capaz de responder pelos seus próprios atos, estava se desfazendo da herança, doando para desconhecidos os bens herdados. H. disse que era muita coisa para a sua cabeça, revelou que os períodos das noites eram os mais tristes. Por vezes ela se silenciava e falava que não tinha mais nada para falar: *"é tudo isso. É só isso, não tenho mais nada pra falar"*. Em razão do seu silêncio, intercedo: *"você mencionou seu pai, talvez seja importante falar dele"*. Fez um movimento como quem estava engolindo algo, começou a chorar novamente. *"Sinto falta do meu pai"*, referindo-se à morte dele. H. continuou, *"antes eu tinha ânimo para as coisas, inventava viver. Hoje, hoje eu tenho medo de morrer, uma vontade de morrer que vem do nada"*.

Durante a segunda sessão chegou a dizer que a sua dor de cabeça havia parado. Retomou sua fala contando que não aguentava mais viver daquele jeito. Quando mencionou o marido, disse, *"ah, o meu marido, ah, ele é um coitado, não faz mal pra ninguém. Eu faço tudo, sou sozinha, me sinto sozinha"*. Continuou H, *"ah, parou a dor, será que é o remédio? Como a dor parou?"*. Cortei-a, encerrando a entrevista, aponte para ela pontos de sua fala que emergiram e mereciam ser melhor desdobrados em um trabalho subjetivo. H. quis contatos de psicólogos, algum nome com o qual ela pudesse continuar o tratamento psíquico. Endossou o pedido dizendo que reconhecia precisar de um atendimento diferente daquele que estava recebendo da equipe médica. Depois, ao sair da sala, reencontrei com a técnica de enfermagem, referindo-se à H. Ela me perguntou o que acontecia com as pessoas que, entravam para conversar comigo, e saíam melhores e mais animadas.

Reparamos que H. havia procurado o Estabelecimento Hospitalar por uma questão que identificava ser orgânica. O saber médico, por sua vez, foi concorde, acolheu a queixa e a estava medicando. Com a introdução da palavra, ao longo do seu discurso, H. foi percebendo outras coisas que a incomodavam, memórias que lhe traziam sensações de angústia, que originariamente não possuíam uma incidência biológica. Apostamos que ela ter tido a chance de falar de tudo isso que lhe vinha à cabeça foi fundamental para que colocasse em funcionamento uma Urgência sua por resolver impasses não necessariamente restritos e localizáveis à anatomia do corpo.

2.1. Urgência subjetiva, angústia e os seus momentos

A Urgência subjetiva resume-se na pressa que há por uma resposta rápida ao trauma causado pelo Acidente. “Nela, o sujeito é lançado ao desamparo e responde a ele de sua estrutura” (SILVA, 2003, p. 13). No nosso entender, a sensação desse estado inicial de desamparo, não será apenas o que revelará a precariedade da condição humana, como atesta Moura (2000a), é antes a angústia, enquanto o afeto que não engana. O sujeito está certo de que se deparou com a iminência da morte; o desamparo é o que acompanha e sucede esse afeto. Pois bem, se afirmamos que a Urgência subjetiva anuncia a angústia, não precisamos desprezar o fato de que ao experimentar e reconhecer a angústia o sujeito pode dar um passo à frente na elaboração do seu sintoma.

Segundo Kruehl (2003), o sujeito experimenta a angústia como aquilo que é difícil de tolerar. E diz respeito aos abalos provocados e que o desestabilizam do seu lugar confortável, no cotidiano da convivência social: a sensação desagradável de uma dor no corpo, a perda de um ente querido, um incômodo estomacal intenso. Em relação à angústia, Freud (1996d), em 1926 [1925], no ensaio *Inibições, sintomas e angústia*, disse: “podemos ver que há duas formas como a ansiedade [angústia] pode surgir: de uma maneira inadequada, quando tenha uma nova situação de perigo, ou de uma maneira conveniente, a fim de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra” (p. 133). Ainda com Freud, neste mesmo texto, a angústia é vista como uma reação, um sinal diante da perda do objeto.

Em Lacan (2005), descobrimos um avanço da leitura freudiana: a angústia não é sem objeto, “não é sinal de uma falta” (p. 64). Ela é a presença do que se apresenta cruel e intolerável, o encontro com o que é tido por irrepresentável. O sujeito se vê invadido por isso que é nomeado como Real. Elidido pela angústia, ele consegue no máximo externar a lamentação por não ter uma resolução pronta para o seu impasse.

Para ilustrar a discussão, trago outro fragmento de atendimento. Era uma mulher, uma mãe acompanhando o filho que estava muito debilitado, frágil, por ter contraído uma bactéria, da qual a equipe ainda não sabia a origem e não tinha um diagnóstico fechado. Contou-me sobre o falecimento do marido, e que depois disso, se viu sozinha e forçada a criar os filhos sem a ajuda de ninguém. Sem muitas dificuldades ela relatava o grande amor nutrido pelo filho doente. “*A dor que sinto é insuportável, não vou aguentar perder mais um. Por que isso está acontecendo comigo? Como eu faço? O que será de mim se ele morrer?*”. Em seu

discurso havia a morte do marido, ela ter criado sozinha os filhos, a inquietude com as constantes internações deste filho que ela acompanhava no leito hospitalar. Foram eventos extremamente angustiosos pelos quais ela passou; naquela época, ainda lidava com a dor de estar presenciando a iminência de perder mais um ente amado.

Mencionemos as maneiras concebíveis e as nuances de manifestação da angústia na Clínica da Urgência na UPA, “resumidamente, três aspectos da angústia: a) caráter de desprazer; b) atos de descarga; c) percepção desses atos de descarga. [os atos de descarga e a percepção desses atos de descarga]. São os dois últimos aspectos que estabelecem a especificidade da angústia em relação às demais sensações” (LEITE, 2011, p. 54). Deprendemos que diante do impacto do Acidente e o temor pela proximidade da morte, faltarão as palavras, o grito é sonorizado como um grito sem eco. O sujeito está mutilado, cindido pelo encontro com o Real. Noutra situação, na possibilidade de falar da dor sentida, há uma abertura para a tentativa de cifrar o gozo³² angustioso, o “*medo de não conseguir melhorar*” expresso no grito de socorro. E, em outro momento ainda, quando existir o reconhecimento de si em todo o caos vivenciado naquele instante, identificamos a transformação da urgência generalizada (na angústia) em Emergência de sujeito.

A angústia, digamos, é o que sobrevém do Acidente, não se nomeia com todas as letras e não há quem não a note. O que conseguem dizer os sujeitos ao sofrerem um enfarto pela terceira vez, um derrame ou um Acidente Vascular Encefálico? E os sujeitos, familiares, que aguardam pela melhora do estado de saúde agravado de seu parente ou amigo querido? É sobre o temor do que está por vir que querem falar. Nem precisamos ir ao extremo, citemos casos em que os sujeitos sentem dores de cabeça, incômodos estomacais e não conseguem descobrir o que os originou; contudo, essas pessoas podem eventualmente ficar internadas para serem melhor investigadas. O momento para concluir uma compreensão desse estado é intensamente angustioso, encontrar a causa, a “raiz” do “problema”. Na angústia, de imediato, o intervalo entre o instante de ver e o momento de concluir está frágil, desse modo, uma escuta que recepcione essa angústia “irá privilegiar o tempo de compreender” (SILVA, 2003, p. 13). A palavra é o artifício a colocar um pouco de freio no Real, uma luz onde reinava o apagamento da subjetividade.

³² O gozo na psicanálise é um conceito ligado à função de um prazer que se quer sempre *a-mais*, homônimo à transgressão. É a submissão ao fracasso transformado em sofrimento, na medida em que o sujeito se torna refém das repetidas tentativas de querer restituir a ferida [narcísica] com um sentido pleno. O “gozo se sustenta pela obediência do sujeito a uma ordem – quaisquer que sejam sua forma e seu conteúdo – que o conduz, abandonando o que acontece com seu desejo, a se destruir na submissão ao Outro (maiúsculo)” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 300).

Privilegiar a fala alvejando a expressão das certezas e inquietudes a respeito do mal-estar que se está passando, por mais que a angústia seja terrificante, é apostar no sujeito do sofrimento como o produtor de sentidos. O protagonista nos seus movimentos de significação e sutura do gozo angustioso, nas oportunidades de produzir saúde no adoecimento. A “práxis da urgência possibilita que o sujeito tenha um ancoramento significativo e se constitua a partir de certos modos de articulação em sua relação com o tempo” (SILVA, 2003, p. 14). A práxis da Clínica psicanalítica na Urgência, contemplando os fenômenos do psiquismo, é advertida de recursos outros que não os mecânicos e aparatos tecnológicos. As crises pelas quais passam os sujeitos, os traumas evidenciados pelo Discurso Médico na dimensão orgânica, precisam incluir também a realidade psíquica.

Em Americano e Alberti (2010), nas situações de Urgência o intuito é destacar as possibilidades de fazer emergir o sujeito diante da invasão violenta do Real que se impõe. A intrusão do Real é a realidade demonstrando-se finita, é a morte sendo confrontada, mostrando-se possível, na medida em que o sujeito está apagado e se encontra no leito, abatido pela “doença”. Neste sentido, é preciso que condições sejam criadas para que o sujeito emerja, e é evidente que a palavra (a fala) é o melhor caminho. As autoras tentam refletir sobre as questões evocadas pelos sujeitos atendidos no Hospital³³, quando conseguem expressar em palavras a angústia.

3. A CLÍNICA DA URGÊNCIA: DEFINIÇÕES

A imprevisibilidade dos acontecimentos, no que afeta os sujeitos, a prontidão da equipe em atendê-los, é parte do cotidiano do Estabelecimento de Saúde neste nível de Atenção. Não há tempo para prever o que está por vir; o tempo do fazer, calma e vagorosamente, está excluído. Referente às queixas, é o instante da equipe avaliar o caso e já dispor de um encaminhamento. “O que define uma urgência é a exigência de uma resposta rápida” (SIMÕES, 2011, p. 26). Essa conotação de Urgência à Clínica existe para se referir à pressa dos sujeitos em quererem o alívio para o seu sofrimento, considerando o modo como chegam, os motivos (os porquês) que os trouxeram, o que os obrigou a procurar por um socorro (CARVALHO, 2000).

³³ Utilizamos a palavra “Hospital” como termo genérico, para designar todo ou qualquer Equipamento de Saúde Hospitalar.

Para discutirmos os efeitos de sua práxis, é imprescindível que a Clínica da Urgência, referenciada pela psicanálise de Freud e Lacan, passe pelos componentes conceituais da Urgência subjetiva. É necessário superar conceitos forjados pelo Discurso Médico, subvertendo-os, e, desta forma, erguermos cuidadosamente os pilares da nossa concepção de Clínica da Urgência.

Atentemo-nos ao célebre axioma de Freud: *o destino é a anatomia* (1996c). Em hipótese alguma poderíamos ligar o seu significado a uma ideia de determinismo biológico. Sabemos que um dos possíveis propósitos dessa frase serve a outras intenções: de que existe uma diferença entre os sujeitos que não é só biológica. Na diferença dos sexos, por exemplo, há um caráter da realidade sexual próprio a cada um, único à sua singularidade (ZUCCHI; SANTOS, 2006). Não obstante, o determinismo psíquico não se opõe ao biológico, eles são relacionados. Portanto, propõe a psicanálise que, onde há a realidade sexual há a realidade do inconsciente (LACAN, 2008). A subjetividade, propriedade do que é particular à história do sujeito, é imanente ao funcionamento e movimento das respostas do organismo humano frente aos acontecimentos que o abalam.

O conhecimento previsível e presente nos livros não vêm antes da escuta do particular sofrimento. O saber universal da reprodução fiel dos manuais na observação, aplicação e procedimentos técnicos repetitivos precisa estar aberto ao predicado imprevisível dos acontecimentos. Para isso, a verdade da Ciência tem que ser demolida das bases que sustentam a certeza sobre a doença. A verdade não deve ser buscada fora para confirmar as conjecturas científicas. Então, por que não “*uma ciência que inclua a psicanálise?*” (LACAN, 2003b, p. 195).

O deslocamento manejado por nós pretende substituir o olhar, alienado nos códigos emitidos pela doença, do Discurso Médico, por uma escuta separada do lugar que toma o outro por objeto. Tratar “o real pelo simbólico” (2008, p. 14), como afirmou Jacques Lacan, é a empreitada nesta especificidade de trabalho. E isso nos obriga a quê? Enxergar o sofrimento de outra maneira. Freud (1996a) não disse que toda psicologia individual é ao mesmo tempo social? Pois bem, no nosso caso não é diferente, porém, com o acréscimo de que todo sofrimento físico pode produzir um sofrimento psíquico. Foram muitos os sujeitos atendidos que, ao trazerem uma queixa de dor física, em sua fala emergiam problemáticas vinculadas ao seu psiquismo, ou o contrário, muitas vezes eram esses impasses psíquicos, reconhecidos pelos sujeitos, como os provocadores primordiais da “doença”.

Na continuidade desse trajeto, definimos a dor como a reação à perda de uma suposta estabilidade física que havia, perda de ligação do Eu com os seus próximos, ligação esta que

foi desfeita, obrigando quem sofre a direcionar toda a sua atenção para si próprio, tendo que investir toda a energia no Eu como meio de resgatar a unidade corporal estilhaçada por uma ferida que é real. “A dor é assim a reação à perda de objeto, enquanto a ansiedade [angústia] é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto” (FREUD, 1996d, p. 165). Os apelos no Estabelecimento Hospitalar são enunciados como emissões sonoras, quase a esmo: “*Não aguento mais essa dor, o que será de mim?*”; “*Ai, é muita dor, é a quarta vez que fico internado aqui*”; “*Tenho muita dor no estômago. Não suporto tanto tempo mais, o que eu faço? Vou morrer!*”. Esses pedidos de ajuda, de soluções às sensações físicas, surgem em primeiro momento aos olhos do saber médico como se fossem facilmente passíveis de resolução objetiva. Entretanto, são escutados na Clínica orientada pela psicanálise, sustentada no dispositivo *Clínica da Urgência*, como manifestações do sujeito do inconsciente.

O aspecto biológico do sofrimento se destaca no Estabelecimento institucional Hospitalar. É necessário considerá-lo nos momentos paroxísticos das urgências dos sujeitos; no entanto, nos diferenciamos das Ciências Médicas no entendimento dos conceitos de trauma e crise, sobretudo, quando estamos na recepção-escuta desses sujeitos. Preferimos a ênfase aos seus aspectos subjetivos, reconhecendo que estes estão entrecruzados com os físicos. Para tanto, vamos nos beneficiar da análise crítica (prática) de Costa-Rosa destinada ao campo da Atenção à Saúde Mental, transpondo o seu conceito de *saude subjetividade* para o campo da Saúde Hospitalar: em “razão da consistência singular dessa saúde, não será possível dissociar sua produção da própria produção de subjetividade em que ela necessariamente se expressa” (2013, p. 23). Mais do que uma melhora no quadro nosográfico construído pelo saber médico, interessa-nos a produção de saúde também produzindo subjetividade.

Acreditamos que o trauma é um ferimento provocado por uma lesão no corpo, porém, capaz de precipitar impasses psíquicos, abalando a subjetividade. Contudo, entendemos que o contrário também ocorre, situações traumáticas relativas à fantasia inconsciente, experimentadas e não visíveis aos olhos externos, podem perturbar os sujeitos a ponto de não terem outra resposta que não as conversões, manifestações sintomáticas corporais, tidas como inexplicáveis pela medicina (MARCOS; D’ALESSANDRO, 2013). De acordo com Mohallem (2003, p. 27), o “[...] trauma psíquico está ligado ao estado de desamparo do sujeito pelo fato de o aparelho psíquico ter sido ultrapassado por um fluxo de estímulos que não se pode conter e controlar”. Com efeito, a realidade psíquica não está imune aos eventos traumáticos.

De acordo com Marcos e D'Alessandro (2013), o trauma é aquilo que escapa do programado, são os acontecimentos marcantes na vida de um sujeito, muitas vezes imprevisíveis, com os quais ele é obrigado a lidar, por exemplo: a descoberta de uma doença, uma perda, um acidente automobilístico, um agravamento repentino no quadro de saúde. O sujeito não consegue reagir e se vê mergulhado na angústia e no silêncio das palavras.

Tanto o trauma quanto a crise expressam-se, grosso modo, na figura de queixas e na desestabilização do sujeito, sendo descentrado do seu Eu. Usamos a palavra “desestabilização”, mas poderíamos utilizar “despersonalização” para denominar este estado de cisão com a realidade, a perda abrupta das referências que proporcionavam a conexão com os objetos e os seus semblantes: as relações com os familiares, cônjuge, amigos, o trabalho e os desejos. A crise, por sua vez, é a oportunidade de tomarmos conhecimento do quão complexo é o psiquismo humano e os impasses vividos em seus processos de subjetivação, uma “oportunidade de crítica e reposicionamento subjetivo e social” (COSTA-ROSA, 2013, p. 88). Desse modo, resgatar a dimensão crítica das crises é um esforço necessário para o psicólogo precavido pela psicanálise na Unidade Hospitalar.

A Clínica da Urgência, na Urgência, sob a Ética e a Política eleita por nós, dissocia-se radicalmente dos princípios deontológicos, dos imperativos de cura do saber médico. Ela não vê as crises como momentos puramente depreciativos ou perniciosos à saúde do sujeito. A procura é sempre em conquistar o caráter produtivo para aquilo que é tido por destrutivo; não obstante, o posicionamento da equipe não deveria ser menos do que “analisar os impasses dos sujeitos que nos procuram pedindo intercessão, fazendo-os remontar a suas crises de origem, e restituir às crises sua força crítica, isto é, restituir as dimensões estética e ético-política, que lhes são inerentes” (COSTA-ROSA, 2012, p. 16). Por isso precisamos confiar nas crises, como o princípio de resgate do que há de mais importante nos eventos que impactam a realidade dos sujeitos.

Discutimos as concepções de Clínica da Urgência e Urgência Subjetiva pelos pontos de vista de autores, psicanalistas, que atuam clinicamente com a psicanálise. Optamos por abordar alguns aspectos desses conceitos e refletimos pouco (ou deixamos de fora) sobre outras ideias não menos importantes. O trauma, a morte, o tempo, a angústia, o término e a direção de um tratamento psíquico (de uma escuta) no Estabelecimento Hospitalar são assuntos que não devem ser desconsiderados em reflexões ulteriores.

3.1. O dispositivo *Clínica da Urgência*

O dispositivo *Clínica da Urgência* tem a sua preocupação voltada para o que não se pode esperar. A busca por uma rápida resposta ao que foi tido por traumático: as ocorrências que provocam no corpo a experimentação de sensações dolorosas. Na Atenção Hospitalar, destacamos, desse encontro com o traumático, as tentativas de suicídio, os acidentes diversos, domésticos e de trânsito, os atos de violência, as disfunções no organismo, nos sistemas respiratório, cerebral e cardiovascular, os fenômenos psicossomáticos e as feridas que emergem no corpo sem causas organicamente constatáveis.

Calazans e Bastos (2008) oferecem, em tons mais formalizados, uma valiosa contribuição à *Clínica da Urgência*. Eles assinalam a transformação da Urgência subjetiva em três momentos: no primeiro, marcado pela Urgência generalizada, é a precipitação do sujeito à Instituição; não há transferência endereçada ao saber encarnado no psicólogo precavido pela psicanálise. No segundo momento, na recepção do sujeito, inicia-se um trabalho de transferência, o sujeito começa a supor um saber no Dispositivo Analítico. E, por último, é o momento de encaminhar o sujeito para uma direção de tratamento noutro lugar, com outro profissional referenciado na psicanálise.

Podemos, então, concluir que, no nível dos fenômenos, a urgência se torna subjetiva devido ao dispositivo de recepção do caso. Isso porque no início ela é uma demanda não situável ao nível do significante que possibilita a transferência com um analista e sim com a instituição, transferência não analítica ou *lato sensu*. Essa especificidade deve ficar mais clara para podermos pensar que o dispositivo da urgência seja da ordem do encontro com um analista (CALAZANS; BASTOS, 2008, p. 645).

Aqui precisamos fazer uma ressalva. Vamos interpretar, para a escuta ao sujeito do sofrimento na Saúde Hospitalar, os três momentos da Urgência subjetiva no dispositivo *Clínica da Urgência*, pensados por Calazans e Bastos para a Instituição de Saúde Mental. A discussão tecida pelos autores fornece um terreno frutífero para as nossas intenções. Destarte, a Clínica psicanalítica na Urgência surge como proveitosa na recepção dos sujeitos em extrema angústia. A Urgência elevada ao estatuto de subjetiva, pelo posicionamento de quem está no lugar de escuta, pretende, a partir da oferta de uma experiência analítica, apostar no sujeito conduzindo-se para a “Outra cena”, a do inconsciente, deslocada da cena que possui unicamente um “doente” e uma “doença” (BATISTA, 2011).

Podemos “nos referir à especificidade desta clínica atual como a clínica do Real³⁴, da Urgência” (MOHALLEM, 2003, p. 25). A Clínica do Real mostra-se um bom homônimo para uma Clínica do sujeito do inconsciente na Urgência. Nela está em questão ficarmos atentos ao que é impossível – de se dizer pela linguagem e em palavras – e ao que não pode ser dito, mas que aparece em atos, na pele. Acrescenta Mohallem (2003, p. 29), na “clínica da urgência, nesses momentos de crise, nessas situações adversas, o que acontece é da ordem do imprevisível não só para o paciente, mas também para o profissional”.

Os sujeitos esbarram na impossibilidade de conseguirem um significado pronto e único para os acontecimentos, para a dor de existir, nas suas indagações sobre o viver. O viver e o morrer são um mote que atravessa a peculiaridade desta Clínica.

A clínica psicanalítica na urgência denuncia a ilusão de completude e de eternidade, afirmando a finitude. O sujeito está diante de um mundo que lhe aponta muitas impossibilidades e, diante do desamparo e do real da castração, a insegurança e a angústia se multiplicam, revelando para ele sua dimensão dolorosa e sangrenta (SILVA, 2003, p. 14).

As interrogações sobre o viver são as perguntas que os sujeitos fazem à beira da morte, na descoberta de uma doença, ou a respeito do que será de suas vidas diante do fato de que não recuperarão a mesma saúde de outrora. Estes são alguns dos questionamentos descobertos na Clínica na Urgência: “*vou voltar a andar?*”, “*quando vou sair daqui?*”, “*essa dor vai passar?*”. Os sujeitos se deparam com a realidade que apresenta a limitação de suas vidas, colocando por terra a fantasia de que o corpo é imortal. “A ruptura na vida, a quebra da cadeia de significantes e o tempo diferente do linear caracterizam o que é chamado neste trabalho como clínica da urgência” (BARONI; KAHHALE, 2011, p. 54). Esse raciocínio nos permite considerar que não é somente a estrutura biológica humana que é abalada. Não é sem consequências para o psiquismo a experiência da dor física, por exemplo, os sujeitos não conseguem se mover, perceberem o rompimento das coisas que mais almejavam, os seus

³⁴ O *Real* ganha estatuto de conceito na psicanálise na medida em que Lacan vai tecendo sua releitura da obra freudiana. Em Freud o Real confunde-se com a realidade da consciência propriamente dita, impondo ao sujeito o encontro com uma frustração com a qual ele terá que haver-se ao descobrir a impossibilidade da satisfação toda. Já para Lacan, O Real, formando o *nó borromeano*, com o Imaginário e o Simbólico, na topologia lacaniana é justamente o que está aquém da realidade da consciência, escapando ao campo do simbólico. Também o chamamos de objeto *a* – causa de desejo e para sempre perdido. Assim, o Real é o (re)encontro com o impossível, o que não cessa de não se inscrever [dizer] todo na linguagem (LACAN, 1999; KAUFMANN, 1996).

ideais, as aspirações, as ambições, as conquistas. O restabelecimento da “enfermidade” é uma incógnita para quem o sofre.

Por meio da psicanálise, os autores que mencionamos se esforçam em conceituar a *Clínica da Urgência* no âmbito Hospitalar. Os elementos presentes na composição do conceito apontam as matizes existentes na práxis: a rapidez nas respostas à crise e às demandas, a imprevisibilidade dos eventos, o desvelamento do caráter de finitude e limite à vida, a ruptura com o tempo linear. Estes autores partem da escuta ao que está insuportável para ser dito em palavras (CRUZ, 2007; BARONI, 2011; SIMÕES, 2011). E é para onde assinala Simões, a partir

[...] do momento em que a psicanálise se detém a pesquisar sobre a clínica da urgência afirmando que há algo a ser escutado e a ser tratado nesse campo, afirma sobre a importância de não se descuidar das crises dos sujeitos. Ficam evidentes as dimensões do real, do simbólico e do imaginário, seus enlaçamentos e seus desencadeamentos. Aparece o elemento insuportável e o impossível de ser colocado em palavras, mas há que se apostar que, através da escuta, de intervenções, o sujeito abre uma possibilidade de se construir algo em torno desse real que se apresenta de forma avassaladora (2011, p. 31).

Calazans e Marçal (2011) conceituam a Clínica da Urgência como a escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico na Instituição de Saúde Mental. Percebemos, na proposta, mais contribuições para a operatividade de nosso trabalho na Unidade de Saúde Hospitalar. Eles falam da importância em traçarmos estratégias, abordagens capazes de incluir e manejar transferencialmente os atos dos sujeitos na Urgência. É interessante que, junto a isso, eles sugerem que pensemos em uma direção de tratamento que vá ao encontro dos estilos subjetivos dos sujeitos, do modo de apresentação das suas demandas. Encontramos nessa reflexão uma ressonância com a práxis que propomos.

Concordamos com a leitura dos psicanalistas a respeito da Clínica da Urgência; no entanto, vale sublinhar algumas nuances que não são exploradas por eles. Primeiro, a intenção de discutir a Clínica da Urgência em um Estabelecimento Hospitalar Público. Segundo, o exercício da práxis da Clínica da Urgência em um dispositivo Hospitalar intermediário, de média para alta complexidade, numa Unidade de Pronto Atendimento. E, por fim, a escuta dos sujeitos não dissociada de uma estratégia em Rede, levando em conta a construção dos casos em sintonia com os demais Estabelecimentos de Saúde do Território. Destacamos

desses detalhes uma escuta que não se encerra no atendimento especializado e localizado no Estabelecimento, num trabalho que visa a continuidade do tratamento psíquico dos sujeitos.

O caso de L. demonstra uma das nossas tentativas de operar com o dispositivo *Clínica da Urgência* na UPA, revelando um pouco das peculiaridades e circunstâncias encontradas, em específico, nesse local.

Uma senhora, aparentando ser de idade mais avançada, idosa, estava no corredor, sentada numa cadeira de rodas aguardando ser medicada. Sua filha apareceu e, em seguida, essa senhora desmaiou. Observando aquela cena, uma mulher que estava próxima de mim, L., perguntou se eu não poderia fazer algo por aquela senhora. Fui até a técnica de enfermagem responsável pelo setor e ela me disse: “ah não, deixa ela, tá dando ‘piti’, deixa que ela vai descansar na cadeira”. Fui em direção a essa senhora, aparentemente desacordada. Falei para ela ao pé do ouvido, considerando que havia muitas pessoas em volta querendo nos escutar: “depois que você for medicada quero falar com você, sou o psicólogo aqui e sei que pode ser importante conversarmos”. Essa senhora respondeu murmurando palavras, “ai, que bom”. A primeira vez que tive contato com L. foi nessa ocasião.

Continuando com o caso, ainda na UPA, enquanto estava conversando com alguns conhecidos, L. se aproximou e chamou-me de lado para perguntar da senhora que desmaiara minutos antes. L. revelou que se importava muito com as pessoas, disse que veio para uma consulta, que, quando viu a cena dessa senhora desmaiando, não sendo atendida prontamente pela equipe, lembrou muito como a sua mãe estava quando a viu pela última vez. “*Aquela senhora estava muito parecida com a minha mãe, a forma como minha mãe estava antes de morrer*”. Convidei L. para me acompanhar a uma sala para que tivéssemos mais sigilo, isolada da grande quantidade de pessoas circulando e por perto.

Já na sala, L. disse que preferia ajudar os outros, preocupava-se muito com o sofrimento dos outros. Sublinhei: “*dos outros?*”. Mencionou novamente como foi que viu sua mãe momentos antes que ela viesse a falecer. Falou que não se separa do marido por dó, depende dele. Aos sete anos foi morar numa Instituição (espécie de orfanato, que hoje seria uma “Casa Abrigo”), local onde viviam as crianças órfãs, em situação de rua, vítimas de violência doméstica ou negligência. Contou que ela e a mãe apanhavam muito do pai. Após a morte do pai começou a ser agredida também pelo padrasto. Contou que ele a agredia e abusava sexualmente de sua irmã que tinha deficiência física. Disse que passou muita fome na infância. Às vezes pensava muito na vida que tinha e que queria dar aos filhos. No momento que pedi para que falasse de sua mãe, L. caiu copiosamente em prantos. Falou que tinha muita saudade e do quanto sua mãe lhe fazia falta. Contou que a mãe era uma mulher guerreira,

amava muito os filhos. Em relação ao pai, falou que não queria falar dele e que somente Deus a escutava. L. perguntou-me: “*de que me vale falar com um psicólogo?*”. Pontuei firmemente: “*o seu sofrimento é legítimo, mas existem questões em aberto na sua história que precisam ser escutadas*”. Respondeu-me que nunca teve coragem de ser atendida por um psicólogo, mas disse que quis falar comigo quando me viu querendo saber da senhora na cadeira de rodas. Revelou que sempre deixa seu nome nos agendamentos da psicóloga do Posto de Saúde de seu bairro, mas nunca teve coragem de seguir em frente. Continuou, “*só Deus me escuta*”. Perguntei, desta vez encerrando a entrevista: “*Deus escuta! E você, se escuta?*”. Levantando-me da cadeira disse a ela que talvez fosse o momento para que procurasse a psicóloga de sua Unidade de Saúde, porém não deixei de falar a ela que estaria na UPA no dia seguinte em meu horário de trabalho habitual, caso voltasse. Na porta ela me disse: “*não entendi o que você falou. Você fala de um jeito difícil. O que você quis dizer?*”, perguntou-me se referindo ao fim da sessão.

Tempos depois fui a uma Unidade de Básica de Saúde em um dos bairros da cidade, para uma reunião com a psicóloga da Unidade, como parte das reuniões que eu estava fazendo com os psicólogos da Rede de Saúde. Enquanto eu aguardava na recepção, coincidentemente L. apareceu; era a Unidade de Saúde referência sua no Território³⁵. Ela cumprimentou-me, disse que veio resolver uns assuntos seus, marcar exame. Na volta, L. veio me cumprimentar uma vez mais, estendeu-me a mão e disse: “*marquei com a psicóloga, desta vez decidi que quero começar*”. Ficou em silêncio e olhando para mim. Respondi, “*você pode se beneficiar disso*”, e L., emendou, “*eu preciso e eu quero*”. Despediu-se com um sorriso e se foi.

Apesar do funcionamento da UPA em que estivemos³⁶, insatisfatório a nosso ver, do ponto de vista de um espaço que vislumbre, ainda que minimamente, um sujeito em meio ao seu tratamento orgânico, o caso L. ilustrou o que consideramos profícuo para o horizonte do psicólogo precavido pela psicanálise, visando uma práxis ancorada na *Clínica da Urgência*: a escuta ao sujeito do sofrimento; o manejo da transferência, num espaço diferente da sala preservada de influências externas em um consultório; a abertura do sujeito para o tratamento psíquico, o seu desejo de querer continuar trabalhando a sua questão na Unidade de Saúde do seu Território; o conhecimento da Rede, a inserção e a articulação desse psicólogo com os demais psicólogos, atores institucionais dos Estabelecimentos de Atenção à Saúde.

³⁵ Noção adquirida da Saúde Coletiva, o Território não é só o espaço geográfico e físico, é construído historicamente pelos atores sociais em seus vínculos afetivos, econômicos, relacionais e nos locais onde habitam. (SAQUET; SILVA, 2008).

³⁶ Isso está melhor desenvolvido no Ensaio 1.

O deslocamento do tradicional *setting* para a Instituição de Saúde, representada no Hospital, implica o surgimento de uma série de variáveis que, no consultório, na Clínica *stricto sensu*, não se colocam da mesma forma. Noutras palavras, precisaremos trocar o significante *setting* pelo significante “Dispositivo Analítico”. Somente desta forma, conservando a Ética do Desejo (da psicanálise) que dá base ao Dispositivo Analítico, conseguiremos manusear as novas modulações da Clínica, em um ambiente aberto constantemente a surpresas.

Encontramos quatro dissertações que se debruçaram sobre a ação da psicanálise na Clínica da Urgência: Baroni (2011) - *Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade*: uma reflexão sobre a clínica da urgência; Carvalho (2008) - *O HOSPITAL GERAL: Dos impasses às Demandas ao Saber Psicanalítico. Como Opera o Psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei*; Cruz (2007) - *A psicanálise aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*, e, Simões (2011) - *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. Uma das diferenças entre essas dissertações, e nosso trabalho, recai sobre o nível de Atenção à Saúde em que os Hospitais mencionados se encontravam. Excetuando uma das dissertações, foram reflexões oriundas de Hospitais Gerais universitários. É uma tarefa válida para o futuro, revisar estes autores com cuidado e afinco.

3.1.1. A escuta no contexto Hospitalar: transferência, demanda e experiência analítica

O âmbito da Saúde Hospitalar é um novo lócus de atuação para o psicólogo precavido pela psicanálise. Está claro que são significativas as mudanças encontradas no momento em que saímos do tradicional consultório, para citar algumas, a configuração arquitetônica, o espaço utilizado e as noções de tempo. A *Clínica da Urgência* inserida numa UPA e no Hospital Geral (como preferem as referências, às quais nos dedicamos), desafia os tratamentos à saúde restritos ao ambiente controlado. As variáveis descobertas pelo psicólogo precavido pela psicanálise na escuta ao sujeito do inconsciente são particulares àquele local (MACHADO; CHATELARD, 2013).

Introduzimos o tempo como um dos nossos ângulos de análise. Por ele, os trabalhadores da Saúde Hospitalar organizam os procedimentos técnicos e organizam-se em

equipe na direção do tratamento dos sujeitos do sofrimento. Existe o cronômetro nos procedimentos cirúrgicos, no intervalo entre uma medicação e outra, para se iniciar e finalizar um atendimento, sem contar que, na maioria dos casos, em um Estabelecimento público, há um tempo máximo e mínimo para permanência dos sujeitos nos leitos hospitalares.

Alocado na escuta que se dirige ao inconsciente, o psicólogo estará entre esses dois tempos: o do sujeito e o da Instituição, e, pegando emprestada uma expressão utilizada por Costa-Rosa (2013), precisará realizar uma espécie de *cálculo de escuta*, de modo a não atrapalhar as intervenções médico-clínicas. Logicamente, não abrindo mão de apostar no discurso do sujeito (\$), de provocar o surgimento da dimensão inconsciente no sofrimento [a princípio] físico. Fazemos um adendo em tom de ressalva: na Unidade de Saúde Hospitalar estendemos a escuta não só aos sujeitos do tratamento, levamos em conta também os seus acompanhantes, na particularidade de cada um, também inclusos na experiência do Acidente.

Nossa concepção de tempo advém de Freud (1996f) na sua conceituação de inconsciente, e de Lacan (1998e), a respeito do tempo lógico. O inconsciente é atemporal, dinâmico, tópico e econômico, tem um funcionamento próprio à sua constituição e não está ligado às regras cronológicas da consciência (FREUD, 1996f).

Essas definições dadas por Freud são subsumidas por Lacan na sua construção teórica de tempo referido ao inconsciente. Guiar-nos-emos por elas na práxis da *Clínica da Urgência*. Exemplificamos isto no texto em que Lacan (1998e) mencionou o problema lógico do enigma dos prisioneiros. Nele forçamo-nos a identificar três momentos do tempo do \$, não lineares e fortemente imbricados: o *instante de ver*, *tempo para compreender* e o *momento de concluir*. O *instante de ver* é o tempo de um flash, efêmero, o sujeito está paralisado e se espanta perante a imagem ou um acontecimento, é um sujeito impessoal. O *tempo de compreender* é o tempo de elaboração, em que o sujeito se reconhece por uma dimensão imaginária da relação com o outro, seu semelhante, que está próximo. No *momento de concluir*, o sujeito conclui o *tempo de compreender*, apropriando-se da enunciação dos seus ditos, o sujeito do enunciado se confunde com o sujeito do inconsciente, retroagindo nos tempos anteriores (SILVA, 2003).

No cotidiano Hospitalar, o tempo do sujeito e dos trabalhadores pode se confundir. Convivemos com a visível correria e rapidez da equipe para se tratar a doença. Conforme Machado e Chatelard (2013), estamos afastados das normas e técnicas convencionais, dos contratos que estabeleceríamos com os sujeitos se estivéssemos no *setting* entre quatro paredes. Elias disse, o atendimento é

[...] atravessado ainda por vários complicadores: enfermarias lotadas, falta de privacidade, interrupções, exames, altas, etc. permeados ainda por falta de vagas até cancelamento de exames após longa espera em jejum ou mesmo cirurgias; ou seja, questões outras que não se relacionam diretamente com seu estado clínico e que vão ser vivenciadas de maneira singular pelo paciente (2008, p. 90).

O divã não existe, não há salas individuais propícias. Em uma mesma sala existem outros sujeitos, sem qualquer divisória que os separe; ficam um ao lado do outro. A equipe médica e de enfermagem está o tempo todo entrando na sala para acompanhamento, muitas vezes, precisando interromper a escuta, para a avaliação rotineira dos casos. Escutar o sujeito em seu sofrimento, neste contexto, é poder driblar os imprevistos, as diversas interferências que aparecem em lapsos de segundos.

Os eventos imprevisíveis convocam nossa presença, requerem a inventividade para “adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1996g, p.181). Nos corredores, na recepção, no lado externo do prédio, nas salas de observação, de hidratação, de inalação, na sala de Emergência, o propósito é operar com a psicanálise onde quer que tenha um sujeito para falar do que dói. Para

[...] que esse trabalho seja possível, é preciso contar com a criatividade do analista; com a capacidade de produzir recursos simbólicos para a instauração dos dispositivos analíticos, visto que tais recursos são precários no hospital. Dito de outra forma, diante das surpresas provocadas pelas situações do cotidiano hospitalar, é imprescindível o saber fazer do analista no que concerne às condições para que a prática do trabalho analítico seja possível (MACHADO; CHATELARD, 2013, p. 148).

Reafirmamos, diferentemente de Machado e Chatelard e das demais referências, não partimos da posição de se dizer analista; porém, ao que pretendemos, como trabalhadores precavidos pela psicanálise, o *saber-fazer* (ou *fazer-saber*), baliza a peculiaridade de nossa práxis. A produção de recursos simbólicos é não deixar de tentar operar com o Dispositivo Analítico, mesmo em circunstâncias tidas por inóspitas. Se não existem recursos materiais, uma cadeira e uma sala “adequada” para o atendimento, os corredores, os quartos e uma sala (mesmo que utilizada para outros fins) nos servem.

Dentre os sujeitos que pudemos atender, existem casos para exemplificarmos a adaptação de nossa escuta [a técnica] às “novas” condições. Um desses sujeitos era um homem, tinha uma queixa de dor no coração, estava aguardando exames. Ele estava andando

pelo corredor de um lado para o outro, até que parei na sua frente e perguntei o que havia lhe trazido à UPA. Respondeu-me que era o peito, uma dor que não sabia de onde vinha. Quando me apresentei, dizendo que era o psicólogo, ele disse: “*meu problema não é de amor não, não preciso de psicólogo*”. A resposta desse homem por si só desencadeou outras questões, interrogadas e trabalhadas ali mesmo no corredor. As salas de atendimento estavam todas lotadas, o corredor era o único espaço para o nosso trabalho.

Segundo Torezan e Costa-Rosa (2003, p. 86), “em geral, as situações no hospital constituem uma práxis atípica, na qual o sujeito se depara com o inesperado e o analista com demandas pouco definidas ou mesmo inexistentes”. A transferência é um conceito que utilizamos e que se conecta bem com a ideia de demanda – nessa práxis adjetivada por atípica, na citação que elegemos. Sobre a demanda, como nos ensinou Lacan (1999), ela está nas origens da linguagem – é uma invocação feita pelo sujeito, instaurada na existência de uma presença representativa de uma ausência –, a demanda é demanda de amor, o amor ao saber.

A suposição de saber dos sujeitos na Instituição Hospitalar, via de regra, em um primeiro instante, é com o saber médico: eles não sabem da existência de um profissional para escutar as suas aflições. O sujeito vai ao Hospital para ser curado de sua “doença”, para ser medicado, receber um curativo em uma ferida no corpo, isto é, ele quer do saber médico um alívio. “Pode-se dizer que a transferência no contexto da Instituição Hospitalar seja, a princípio, um significante que aponta para a existência de um saber outro sobre o sofrimento do ser” (CARVALHO, 2008, p. 56). A demanda de tratamento psíquico requer a palavra, ela terá que ser formulada, e, para isso, é preciso que o trabalhador, psicólogo precavido pela psicanálise, manobre essa transferência (CARVALHO, 2008). Entretanto, precisamos estar avisados de que nem todos os sujeitos vão falar, enunciando uma demanda; o que não nos deverá impedir de ofertar a escuta.

Na UPA, os que se aventuraram a falar com o psicólogo, e não foram poucos, puderam endereçar um saber suposto naquele que os escutava. Curioso, como o fato de que para alguns, descobrirem que estavam falando com um psicólogo possibilitou que se mobilizassem da posição fixada na doença para uma posição subjetiva, de trazerem à tona outros significantes que os representavam. “Indagar sobre os efeitos de transferência no hospital com base na presença do analista, não em direção adaptativa ou pedagógica, é fundamental para sua formalização e transmissão. Só sabemos da transferência e do inconsciente por meio de seus efeitos” (MOURA, 2007, p. 136). O trabalho inicial da transferência, junto aos sujeitos do sofrimento, almeja que eles se deem conta de que para além da doença que os fez vir existem outros aspectos de suas vidas, associados a ela ou não, que merecem atenção. Nas

particularidades do hospital nos convém dizer que trabalhar a transferência é realizar um trabalho de teor analítico, algo do que poderia ser feito, e pode continuar a ser feito, por um sujeito em uma análise (MOURA, 2000; PISETTA, 2008).

Para Elias (2008), somente o desejo do sujeito de se implicar em seu discurso, permitindo que o inconsciente se manifeste como linguagem, garantirá a realização de um tratamento analítico no Hospital. Acresceríamos, reiterando, que anterior ao surgimento do desejo do sujeito no processo analítico, há a necessidade de formular uma demanda que possa ser endereçada a um outro, representado na figura do psicólogo precavido pela psicanálise. Ressaltamos que esse processo não é tão simples, o psicólogo não pode se identificar com esse outro, como alguém que possui o saber do sintoma do sujeito e o enxertará nele; porém, deve convidá-lo a endereçar a suposição de saber que possibilite o reconhecimento de um para-além da queixa.

É importante para o sujeito se dar conta, na presença da “doença”, de que existem outros porquês ausentes de suas inquietações: tão notáveis quanto o é o sofrimento fisiológico do corpo. “Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e a história do sujeito persiste para além do corpo biológico” (ELIAS, 2008, p. 98). Assim, a demanda de querer saber de si coincidirá com o desejo de se implicar no discurso.

Os psicanalistas que refletem sobre a psicanálise no Hospital trazem em seus textos, para os interessados no tema, os seguintes componentes: o posicionamento da escuta, a transferência, a demanda e o trabalho subjetivo (de teor analítico). Junto a esses aspectos, Alberti (2008) sinaliza que o Hospital não tem que ser pensado apenas como um lugar de impossibilidades. Apesar das exigências e peculiaridades que cria, tem de ser visto como um espaço necessário. Essa afirmação concorda com o que Freud sonhou no texto: *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* [(1919 [1918])], vislumbrando uma psicanálise em outros espaços, nas Instituições Públicas: “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (FREUD, 1996g, p. 181).

Um detalhe não menos importante do trabalho de escuta no Hospital é a convivência com o Discurso Médico. Segundo Clavreul (1983), o Discurso Médico é uma das variações do Discurso do Mestre, atuando no diagnóstico e prognóstico a partir do Discurso da Universidade, ele “tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada” (MORETTO, 2001, p. 69). Em relação a isso, Alberti (2008) propõe a articulação entre a escuta do sujeito do inconsciente e o saber da medicina (este não representante e

variável do Discurso do Mestre). Em determinadas ocasiões, cada saber, o do inconsciente e o da medicina, reagindo segundo suas próprias leis, imprimindo o respeito mútuo, podem ter pontos de união e intersecção. Frente ao Discurso Médico, nos importa lembrar que os sujeitos não são apenas objetos passíveis de intervenção clínica, ou mesmo corpos hospedeiros da doença, “mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise” (ALBERTI, 2008, p. 157-158).

Como ilustração de uma articulação feita com o saber da medicina, há um caso que pude atender. Era uma mulher, aparentando ter os seus 35 anos. Durante dias essa mulher vinha à UPA, por conta de desmaios e convulsões. Da última vez, quando tive o primeiro contato com ela, a queixa era de não conseguir andar, estava com o corpo mole. O médico que a atendeu não sabia o que fazer, chamou o assistente social que estava por perto; este, por sua vez, aproveitou e sugeriu que a mulher fosse encaminhada para mim. Consegui escutar essa mulher em um dia. No dia seguinte ela retornou mais uma vez. Um trabalho foi feito, tendo em vista as questões que ela trouxe. Depois disso, esse sujeito que insistentemente procurava no saber médico a resposta à angústia, após situar minimamente o núcleo de sua demanda, não voltou mais para ser atendido na UPA, prosseguindo com o seu trabalho subjetivo em outro Equipamento de Saúde no Território.

Procurei o médico que atendeu a mulher, para falar da experiência que tive com o sujeito. Pontuei sinteticamente, sem denunciar a intimidade do discurso dela, o que compunha a história do sujeito e nos permitia dizer que o seu pedido de ajuda não era só um “*piti*”, uma mentira ou um fingimento. Eram as rotas escolhidas por ela para poder expressar em palavras a sua verdade, escondida por detrás dos sintomas, de desmaiar, de convulsionar e de não andar. E, realmente, não seriam as medicações e as respostas, “*de que tudo ficará bem*”, que resolveriam o seu problema. Depois dessa conversa com o médico, ele começou a me direcionar todos os sujeitos que chegavam e “*não eram trabalho para a medicina*”, ou dos quais ele identificava a importância do acompanhamento do psicólogo no tratamento.

De acordo com Carvalho e Couto (2011), em uma Instituição Hospitalar, o psicanalista, em nosso caso, o psicólogo precavido pela psicanálise, precisa se posicionar diante das situações que exigem o apontamento de uma solução. “E isso não é apenas em relação às situações que envolvem pacientes e familiares, mas também diante de outros profissionais da instituição” (p. 118). Os psicanalistas tratam a escuta no contexto Hospitalar em torno de uma tríade, sujeito do sofrimento-família (acompanhantes)-equipe. Longe do locus histórico, de onde nasceu a práxis que lida com os fenômenos do inconsciente, cumpre

analisarmos criticamente os limites e alcances da Clínica, indispensáveis para o exercício da prática de escuta na Instituição Hospitalar (PALMA; JARDIM; OLIVEIRA, 2011).

A especificidade da práxis psicanalítica na UPA, e por extensão a outros Estabelecimentos hospitalares, nos direciona a uma primeira conclusão: devemos considerar as singularidades dos espaços em que estamos nos inserindo. Precisamos delimitar os limites de nossa atuação como trabalhadores, psicólogos (ELIAS, 2008; MOURA, 2000), devemos incluir, aí, a relevância que há em considerarmos os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), no diálogo com outros campos de saber, dentre os saberes das especialidades na equipe e entre os Estabelecimentos de Saúde no Território.

Granha (2000) disse que a prática no hospital nos conduz a questões sobre: a operação da psicanálise no hospital geral e, os efeitos de uma escuta analítica nos momentos de urgência, em que os sujeitos não estão vivenciando uma análise no seu sentido clássico. O que nos possibilita atestar a viabilidade dessas presunções? Em nossa opinião, é conseguirmos sustentar o rigor da escuta com a Ética do Desejo. Isto é, do sujeito *bem-dizer* o que está na enunciação dos seus ditos, por detrás das palavras mencionadas, poder se escutar e ser escutado independentemente do local em que esteja: no leito, nos corredores do Estabelecimento, na recepção de espera. Destaca Lacan (1998): eis “por que o analista é menos livre em sua estratégia do que em sua tática” (p. 595). As táticas podem mudar, contudo, a estratégia de ofertar o lugar do Dispositivo Analítico para que o sujeito se escute deve e neste caso percebemos que pode ser mantida.

Lidamos com situações críticas, são elas que, na Clínica localizada na Urgência, terão materialização em um corpo desterritorializado abruptamente. “No hospital, como disse anteriormente, o corpo dói, a angústia, advinda do encontro com o inesperado da doença, faz o sujeito tentar achar uma saída” (MOURA, 2003, p. 18). Falamos daquele que acaba de chegar ao Estabelecimento após sofrer um Acidente. O *dizer* está silenciado pela invasão avassaladora de uma “pancada”: uma queda de moto, uma briga de rua, uma tentativa frustrada de suicídio, uma filha lamentando o adoecimento de sua mãe. Apontamos o silenciamento do *dizer*, mas, a rigor, o que há é uma expressão *mal-dita* de sua dor, quando ainda não há um significante capaz de dar um basta ao gozo excessivo.

A intrusão do gozo, fulgurante, é o achatamento do sujeito, esmagado por sentir o corpo se destruindo em pedaços. Muitos se calam resignados, aguardando a morte, impossibilitados de agir na presença de suas desgraças, limitando-se ao uso das medicações e às faixas dos seus curativos. “Adoecer é um momento de crise, de perdas, onde se esbarra

com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana” (MOURA, 2003, p. 17). Todavia, o sujeito não estaria somente achatado, ele está momentaneamente abolido.

Os sujeitos caídos se manifestam de variadas formas, como objetos da intervenção médica. A maneira como se deparam com os impossíveis – de se aguentar a iminência da finitude, de retornar a um estado de completo bem-estar – configura a *demand*a no sofrimento. Os pedidos de eliminação dos incômodos físicos, de um exame que dê conta de atestar o diagnóstico, numa dimensão de alienação ao sintoma, é o sujeito construindo suas fantasias para contornar o caráter cessível da realidade. Isso aparece mais acentuadamente quando não há uma causa empírica constatável em exames clínicos, necessários para a designação de uma doença.

Na impossibilidade do saber médico reparar a sua dor, o “doente” se vê às voltas de uma encruzilhada. Talvez, nesta situação, a fala não esteja articulada ao *dizer*; de outro modo, poderia ser expressa. Contudo, “vocês não acham que, com o significante, tocamos em algo a propósito do qual poderíamos falar em emergência?” (LACAN, 1999, p. 355). Dialogando com Lacan, respondemos que sim, a captação de um significante-mestre não somente barraria esse gozo atroz e não localizado no corpo, como proporcionaria um sentido capaz de se abrir para outros sentidos. A Emergência de sujeito é este trabalho subjetivo que inclui o “começar” a falar, *dizer*, livremente. Sem a possibilidade de se enunciar pela voz, a angústia e a desesperança tomam espaço; dificilmente há uma abertura para cifragem de gozo pelo significante. Noutras palavras, dificilmente o sujeito poderia perceber uma enunciação também além do seu enunciado.

“Nada há de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala” (LACAN, 1998b, p. 242). Há na Urgência subjetiva uma pressa por um saber, não é somente um esparadrapo, um soro ou a sutura de um machucado que o sujeito do tratamento pede ao outro (semelhante). Ele quer um significante, um sentido, esvaziado dos sentidos que o fixam à condição de “doente”. Da palavra advém o significante capaz de dar um basta à intensa dor e abrir o seu discurso para outras formas de se enxergar, que não aquela objetalizadora. Acreditamos que o sujeito não quer apenas um saber de alguém, ele quer além desse, poder saber do seu próprio saber: “O que sou? Sou somente isso, uma doença, pela qual estou me representando?”.

Na perspectiva de trabalho que propomos, a partir da *Clínica da Urgência*, objetivando a Emergência de sujeito, Urgência e Emergência estão em continuidade moebiana: entrecruzam-se, têm o seu ponto de partida no sujeito do inconsciente. Isto é, escutaremos os sujeitos acolhendo a dor física que punge o seu corpo, porém, entenderemos

na queixa a existência de um sofrimento psíquico, a chance, para aquele que sofre, de experimentar os efeitos de sua própria fala.

3.2. Da Urgência aos Quatro Pressupostos de Ação

O nosso trabalho de reflexão sobre a práxis nos levou a formular os **Quatro Pressupostos de Ação** para orientar a escuta na Unidade de Saúde Hospitalar. Trata-se de uma tentativa de formalizar, modestamente, uma certa especificidade da *Clínica da Urgência* quando na Atenção aos sujeitos do sofrimento.

No texto *Do sujeito enfim em questão*, Lacan (1998c) é categórico, sem ser imperativo, a respeito da condição única para se apreender o sintoma e a verdade portada neste: “que haja psicanalistas” (p. 237). O sintoma não é olhado de cima como simplesmente um buraco para ser tampado (curado). É justamente deste buraco que escutaremos a sua dimensão de verdade, naquilo que ele possui de mais singular na angústia, sem lhe delegarmos um estatuto de mentira, fingimento ou sinal de doença.

Sabemos: na angústia não há sujeito; o que não exclui supormos uma pressa, urgência, daquele que sofre, por reconhecer-se como tal. “Agora, pelo menos, podemos contentar-nos com a ideia de que, enquanto perdurar um vestígio do que instauramos, haverá *psicanalistas* para responder a certas **urgências subjetivas**, ainda que qualificá-los com o artigo definido fosse dizer demais, ou, mais ainda, desejar demais” (LACAN, 1998c, p. 237, grifo nosso). Não pretendemos psicanalistas ofertando aos “doentes” a chance de viverem a experiência de sujeito: nos bastaria trabalhadores e psicólogos precavidos pela psicanálise, a existência de trabalhadores capazes de ocupar para os sujeitos uma posição que lhes permita a experiência de não serem objetos de seu impasse, de sua agrura.

Necessariamente, se atuamos sobre o alicerce da *Clínica da Urgência* somos impelidos a manobrar outros dispositivos e conceitos clínicos imprescindíveis à práxis psicanalítica: as Entrevistas Preliminares e os Quatro Pressupostos de Ação.

As Entrevistas Preliminares em psicanálise são um tratamento prévio a todo início de análise ou de um trabalho de teor analítico. É o momento em que são construídas as condições necessárias para que o sujeito possa começar o trabalho analítico. Segundo Quinet (2002) as Entrevistas Preliminares têm a sua semelhança e diferença em relação à análise. O tempo do diagnóstico é o que causa essa distinção, pois, para a condução do tratamento, o término das

Entrevistas Preliminares marca para o sujeito uma posição subjetiva diante do seu impasse e, para o analista, a elaboração de um diagnóstico. Enquanto isso, a associação livre é o elo que mantém a proximidade com uma análise.

Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, se deixa o paciente falar quase o tempo todo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo (FREUD, 1996h, p. 140).

Em *As 4 + 1 condições da análise*, Antonio Quinet (2002) afirma que a expressão “Entrevistas Preliminares” em Lacan corresponde ao “Tratamento de Ensaio” em Freud. É a existência de algumas sessões, entrevistas, para que uma questão seja formulada pelo sujeito e ele se retifique subjetivamente, reposicione-se diante do sintoma que o fez buscar um analista, ou um psicólogo precavido pela psicanálise.

Quinet (2002) organiza as Entrevistas Preliminares em torno de três funções: *a função sintomal*, *a função transferencial* e *a função diagnóstica*. *A função sintomal* refere-se ao modo como os sujeitos manifestam a sua demanda na forma de queixa, quando querem um analista que os escute. Evidentemente essa demanda, no primeiro instante, está associada a um sintoma em seu estado bruto: localizado num local específico, ligado ao psiquismo ou ao corpo. Especialmente na UPA, não podemos dizer que os sujeitos que lá estavam queriam um tratamento psíquico. Da nossa experiência, o trabalho subjetivo que se engatilhou com os sujeitos do sofrimento partiu da ação do psicólogo precavido pela psicanálise de apresentá-les a possibilidade de serem escutados. “Consegui, em suma, aquilo que se gostaria, no campo do comércio comum, de poder realizar com a mesma facilidade: com a oferta, criei a demanda” (LACAN, 1998a, p. 623).

A demanda se formula para o sujeito quando ele a direciona para o Dispositivo Analítico, percebendo que existiam verdades por detrás do seu sintoma, conectadas à sua história, com as quais ele precisa entrar em contato. Por efeito, ocorre neste movimento uma transformação do *sintoma-queixa-resposta* para um *sintoma-demanda-enigma*. O sintoma transformado em demanda de tratamento ganha estatuto de enigma. Há um movimento duplo, o analista, ou psicólogo precavido pela psicanálise, age no sentido de provocar uma *histerização* no discurso do sujeito, que, conseqüentemente questiona a sua atual posição em relação ao impasse (QUINET, 2002).

A *função transferencial* sinaliza a entrada em análise. O sujeito supõe um saber naquele que o está escutando. Não diferentemente, ele supõe que há um saber existente e vinculado ao seu sintoma, saber que ele pode portar, mas ainda não sabe como. A transferência diz respeito ao sujeito supondo um saber. Como disse Lacan (1998), o pivô da transferência é o sujeito suposto saber, é o amor a um querer *saber-de-si* que se está destacando nesse instante. No que toca à UPA, não falamos de transferência nos termos de entrada em análise, no entanto, situamos o estabelecimento da transferência nos termos de uma vinculação do sujeito ao Dispositivo Analítico. A retificação subjetiva que concebemos talvez vá neste sentido, o sujeito retifica sua queixa associando-a à doença, abrindo-a para sentidos múltiplos e outros – desta vez interligados ao seu psiquismo.

A *função diagnóstica* é um componente das Entrevistas Preliminares que serve à condução de uma análise, proporcionando ao operador clínico da psicanálise conduzir a sua escuta e a direção do tratamento numa hipótese de diagnóstico: se o sujeito tem um estilo subjetivo constituído por recalçamento, renegação ou forclusão. Obviamente que para cada estilo subjetivo se exigirá do operador um posicionamento na escuta, uma manobra transferencial particular.

Nas palavras de Ratti e Estevão (2011, p. 66), as

[...] entrevistas preliminares, dessa forma, são caracterizadas por atos do analista que favoreçam de modo que o sujeito retorne à sessão seguinte. Que o sujeito retorne e se vincule ao analista, invista na análise. O analista fala e escolhe palavras que se direcionam ao inconsciente do sujeito com o objetivo de que este consiga investir no atendimento, respeitando e incluindo o sintoma e os modos de gozo do sujeito em toda a sua diferença, incluindo a diferença que afeta o laço social com o psicanalista.

A ação do psicólogo precavido pela psicanálise em uma Unidade de Saúde Hospitalar certamente não esperará aprioristicamente que o sujeito retorne para mais uma sessão. Muitas vezes será somente por meio de um encontro que o sujeito colherá os efeitos de sua própria fala, que o instigarão a continuar este trabalho. Sobre a duração do tratamento, Freud (1996h) disse que essa seria uma pergunta quase irrespondível. Pensamos que o mesmo cabe às Entrevistas Preliminares, o seu fim será sempre o tempo que o sujeito levar para interrogar os ditos que velam os *dizeres* do seu inconsciente.

Indicamos os **Quatro Pressupostos de Ação** do sujeito em seu percurso de subjetivar a vivência da angústia, que é provocada pelo Acidente, na situação de Urgência. A produção e o seu funcionamento dependem rigorosamente da instalação das Entrevistas Preliminares.

Entendemos que cada pressuposto emerge conforme está sendo modulada a escuta do psicólogo precavido pela psicanálise, e, na medida em que os conceitos de transferência, sintoma, interpretação e diagnóstico vão sendo operacionalizados na práxis. Para fins de explicação, colocamo-los numa sequência, mas não obrigatoriamente eles irão acontecer ou precisaremos entendê-los assim. São eles: - A linguagem e sua possibilidade de fala, - Ressignificação do Acidente, - Do sintoma como resposta para o sintoma como enigma, - Localização e esboço de implicação [retificação] subjetiva.

Perguntamo-nos, quantos sujeitos que são atendidos na USH, em uma UPA³⁷, ficam em seus leitos e não abrem a boca senão para responder às perguntas diretivas (prescritivas) do médico? *A linguagem e sua possibilidade de fala* acontece no momento em que é dado o destaque à palavra. O inconsciente é estruturado como uma linguagem (LACAN, 2008), famoso axioma lacaniano, é isso que traz o sujeito (de volta) à malha dos discursos com a oportunidade de continuar investindo libidinalmente em seus laços, incluindo os outros ao seu redor e recuperando os seus ideais e aspirações. Dizer sobre o que dói não é qualquer coisa. A inscrição nos circuitos da linguagem reserva uma porta para se adentrar no mundo das expressões do desejo, para (e)laborar os impasses criados com a falência duma suposta harmonia vital. Confiamos na fala, o motor essencial do tratamento possível nas subjetivações das queixas, que, a princípio (re)clamam apenas de uma patologia física da vida cotidiana (RODRIGUES; DASSOLER; CHERER, 2012).

A *Ressignificação do Acidente* implica em perguntas evocadas, desdobradas, pelos supostos objetos do sofrimento. Como exemplo, as três perguntas fundamentais de origem filosófica, “*De onde venho?*”, “*Quem sou?*” e “*Para onde vou?*”, nos ajudam a sedimentar as interrogações imprescindíveis que queremos para dar conta dos enigmas da existência: nascer, viver e morrer. Importa-nos, então, uma resignificação do Acidente. Deste modo, as indagações são decisivas na elaboração do episódio traumático. Certamente, a quarta pergunta é induzida pelas outras e impulsionadora numa concebível direção de tratamento pela palavra: “*O que devo fazer?*”. Essas perguntas são exemplos demonstrativos. Acreditamos que elas ilustram os sujeitos se interrogando. “Nesse sentido, a urgência pode ser tomada como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, fazendo com que lide com elas de forma inédita e diferente da anterior, ou seja, a proximidade com a morte incita a resignificar a vida” (BARONI; KAHHALE, 2011, p. 68). As inquietações não

³⁷ Local onde produzimos nossa práxis.

são incomuns, pelo contrário, se escutadas, propõem uma convocação a um **saber fazer** com o sintoma.

Para irmos *Do sintoma como resposta para o sintoma como enigma* necessariamente precisamos colocar o sintoma em análise (QUINET, 2005). E como fazemos isso? Ao entendermos as angústias manifestadas, em falas lamuriosas, como uma derivação do sintoma, como possuímos uma compreensão diferente deste fenômeno, não ficamos unicamente com as queixas de sintomas físicos. O intuito é o seu questionamento, transformando-os em material psíquico. Aspiramos à “aposta no compromisso do sujeito com o seu padecimento, isto é, a aposta de que a palavra do paciente produza enigmas que suscitem demanda para a continuidade do tratamento” (CALAZANS; BASTOS, 2008, p. 641). O status de enigma para o sintoma na Saúde Hospitalar confere a posição de abertura do sujeito para trabalhar subjetivamente suas questões.

Costumeiramente achamos que o hospital é o local para se tratar dos problemas físicos. Os sujeitos começam a falar do que lhes trouxe até ali, percebem outros detalhes que até então não tinham notado, lembram-se e se deparam com uma vida anterior ao Acidente. Na história particular de cada um, estes sujeitos vão cedendo espaço para externarem como foram suas perdas, apontando outros terrenos acidentados pelos quais passaram. Desta vez, sinalizam as feridas psíquicas, narcísicas, as rupturas na imagem de si e em relação à imagem que possuem de seus entes próximos.

A *Localização e esboço de implicação subjetiva* surgem quando os sujeitos percebem de sua própria fala estes pormenores, que de menores eles já sabem: só possuem o nome. “Se o paciente escutado em uma situação de urgência conseguir localizar elementos que possam ser relacionados com o aparecimento da urgência, isto em si já pode ser considerado como um princípio para a direção da cura” (SIMÕES, 2011, p. 71). Deste modo, umas das tarefas nossas “é questionar a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos; e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação” (MILLER, 1997, p. 236). Ceder a voz ao sujeito é deixá-lo escutar-se em meio a toda a caotização de gritos no contexto Hospitalar, sem confundir-se com um objeto entregue no leito e à espera de uma *cura-ativa*. Deixá-lo atuar em palavras, em suas mensagens ainda não escutadas, possibilita a emersão de endereçamentos não restritos a pedidos de alívio.

Os sujeitos vão falar: com os olhos, com a voz, o semblante e com o corpo, mas vão falar. E não podemos olhar para isso como quem olha para bobagens. A propósito, a bobagem deve interessar a quem escuta e lida com os sujeitos na Unidade de Saúde Hospitalar. As minúcias nos discursos são preciosas, dizem de um *dizer* que está subjacente ao que está dito.

“Apagar o desejo do mapa, quando ele já está recoberto na paisagem do paciente, não é o melhor seguimento a dar à lição de Freud. [...] Nem o meio de acabar com [a] profundidade, pois é na superfície que ela é visível como herpes em dia de festa a florescer no rosto” (LACAN, 1998a, p.608). Dizia Manoel de Barros que no ínfimo encontramos a exuberância. Concordamos com ele, pontuando que é justamente no mais simples e superficial que está a morada da profundidade, dos “complexos”. Há no sofrimento uma grande gama de representações para o sujeito lidar com as suas inquietudes e estar no horizonte do desejo.

Definimos o desejo como um efeito de encontros, entre o gozo e o significante [a palavra], entre um pedido de resposta a uma demanda não formulada e uma demanda de tratamento pela fala. Não de outra forma, a inscrição do desejo na linguagem permite a separação, representação de uma pura perda, de uma relação alienada ao gozo. A perda do objeto, ou seja, de sair-se da posição de objetalizado, transposta para a USH, é a causa para o sujeito prosseguir criando novas trilhas rumo ao desejo. De *Sujeito Suposto Objeto* passamos a uma *Suposição de Saber de Sujeito*, confiamos que supor sempre um sujeito é um dos poucos imperativos, elevado a rigor, na ética que baliza nossa práxis. Cabe a nós a descoberta de uma “doença” que seja *auto-poiesis* (na construção de si) para o sujeito e não uma “coisa” para o Discurso Médico (CLAVREUL, 1983).

Citamos operadores técnicos de compreensão a respeito do lugar do sujeito na Urgência, tendo como a sua continuidade a *Emergência de sujeito*. Esses elementos de análise são os que julgamos cruciais ao trabalhador interessado numa formação a partir da psicanálise. A *Emergência de sujeito* como contínua à *Urgência do sujeito* tem nos fenômenos do sintoma os sinais da subjetividade, da realidade compartilhada (o sujeito no laço social) sobredeterminada pela realidade psíquica (*Realität*), emitindo um recado a quem os possa captar. O manejo da escuta ao sujeito do inconsciente é o sujeito poder se escutar e se apropriar dos efeitos de sua fala, reposicionando-se subjetivamente em relação às suas mazelas e às suas escolhas.

A “soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito” (LACAN, 2008, p. 126) é uma das conceituações de Lacan em relação ao inconsciente, no que a *Emergência de sujeito* pode se constituir pelos efeitos da inscrição do significante através da fala. A apropriação dos significantes pelo sujeito, das cenas relacionadas aos fatos acontecidos na sua história, emergentes da cadeia significante, propõe uma (re)significação da queixa em vias de se transformar em demanda de tratamento psíquico. Logo, uma das condições para o sujeito entrar nos discursos como produção de laço social, ser o ator principal de sua própria saúde, é

trazê-lo de volta à (Outra) cena, aos diversos eventos que o impactaram e o constituíram como tal.

Seremos taxados de presunçosos ao sustentar a hipótese, comprovada pela experiência, de que é perfeitamente exequível a Ética da psicanálise noutros espaços que não em restrito ao seu tradicional *setting*? Seremos criticados ao quisermos defender a existência de outra morte na Urgência médica Hospitalar? “A referência à morte simbólica, no comum velada pelo temor da perda da vida biológica” (SOUZA, 1991, p. 91), é tema de nosso interesse quando o que nos importa, em especial, é uma vida que se realize pela *im-pulsão* de quem a vive.

Tanto o viver quanto o morrer são de direito e posse incondicional do sujeito. Lacan (1997) lembrou-se muito bem de Antígona quando ela desafiou as leis do Estado pagando isso com sua própria morte e para não ceder de seu desejo (SÓFOCLES, 2003). Ao contrário do que muitos quizeriam imaginar, a pretensão de Lacan comentando essa tragédia de Sófocles não é ilustrar o ato resignado de um ser para com a morte, mas o ato obstinado do *ser-para-a-morte*, o ser que assume a sua tragédia para ascender como protagonista de suas escolhas.

Em “cada um de nós há a via traçada para um herói, e é justamente como homem comum que ele a efetiva” (LACAN, 1997, p. 383). O herói trágico, que se faz pelo “homem comum”, aceita e reconhece os limites da realidade, da maneira como ela se desvela: cessível. Suportar a finitude é a condição substancial na subjetivação do sofrimento. As tragédias nos mostram o quão frágil é a vida humana, e, ao mesmo tempo, o quão resoluta ela deve ser na superação das dificuldades. O sujeito se vê impelido a se reconstituir do caos. Traçar sozinho o seu destino e levantar-se das quedas, eis a função *quase-impossível* do homem comum.

Embora a moral fundamente seu conjunto de princípios e valores no famoso axioma religioso, “amar o próximo como a ti mesmo”, não nos parece que a deontologia médica, *in vivo*, corrobora com esses preceitos, ao tratar a priori o outro (“doente”) como incapaz. Na Ética do Desejo tudo o que não faremos é partilhar disso: tratar o outro como incapaz e querer o bem ao outro como gostaríamos que fosse com nós mesmos. “Recuo de amar meu próximo como a mim mesmo na medida em que nesse horizonte há algo que participa de não sei qual crueldade intolerável. Nessa direção, amar meu próximo pode ser a via mais cruel” (LACAN, 1997, p. 237). Freud (1996b) sinalizou um interessante detalhe no sentido da frase “amar ao próximo”, demonstrando que, se ao próximo estão devotados toda a nossa atenção e amor, o que sobrarão aos que de nós não são próximos? Definitivamente nos interessará mais relacionar a fraqueza humana com a potencial Emergência de sujeito.

A proximidade da morte não tem que ser encarada unicamente como o estado de risco no qual o sujeito do sofrimento, impossibilitado de agir ao seu modo, deva estar passivo sob

os cuidados médicos. Nesta medida, se assim o for, teremos no máximo um objeto quebrado aguardando um conserto, um remendo. Remendando e suturando; nessas condições, conseguiremos vislumbrar um sujeito? Em absoluto, dizemos: não!

De outra forma, conjugando a angústia com a fala, inequivocamente, existirá o dito do sujeito sobre o que o está afligindo. Para isso, é prudente que haja uma escuta intercessora, destacando as perguntas relacionadas ao Acidente, e capaz de ocupar uma posição que permita ao sujeito, por meio dos ditos, se escutar em seu *dizer*. Com as perguntas, surgirão os equívocos de linguagem: os lapsos e as manifestações do inconsciente.

Na Emergência de sujeito, aquele que sofre está trabalhando para dar sentido às inquietações que o atordoam. Consequentemente, no tratamento do Real pelo simbólico, uma inflexão é realizada, não mais é uma morte que a vida leva na tentativa de sobrevivência, sem aspirações e esperanças de sair da categoria de adoecimento, e sim uma morte transformando-se em ponte na inevitável luta pelo viver (LACAN, 1998d).

4. CONCLUIR...

A Urgência médica coincide sobremaneira com a Urgência subjetiva (BARONI, 2011). Diante da Atenção médica não cabe vendarmos os olhos para a hegemonia de sua técnica no âmbito do atendimento hospitalar. O olhar reclinado sobre a doença incide nos intentos de curá-la a todo o custo. Nesse modo de operar, previamente o que se tem é um corpo combalido aguardando o seu restabelecimento físico. Então, no que coincide a Urgência subjetiva com a médica? Coincide na existência e pressa do sujeito por se descolar de suas identificações sintomáticas com a doença.

Para nos precaver de qualquer opinião contrária às críticas tecidas por nós em relação ao discurso e ao saber médico, esclarecemos que nossa práxis não pretende menosprezar as práticas de salvamento de vidas, sob a ótica biológica; pelo contrário, achamo-las, do lugar que elas se propõem, pertinentíssimas. No entanto, queremos apenas introduzir um plano Outro de compreensão do sofrimento e da doença no seio hospitalar, com as matizes do psiquismo e da subjetividade, sem nos privarmos de sublinhar os efeitos opressores e devastadores da Clínica incrustada no Discurso Médico. Ocuparemos as brechas deixadas pelo Discurso Médico, esperando que, com a Clínica resguardada na concepção de sujeito, do desejo, tenhamos um estilo de subjetividade atuante para *ciframento* de gozo.

A subversão do Discurso Médico está tanto para a Urgência médica quanto a Urgência subjetiva está para o sujeito do desejo na *Clínica da Urgência*. Ao ocupar uma posição analítica na Urgência subjetiva, outra Clínica aparece como perspectiva de práxis.

Há pontos inerentes à pronta resposta do trabalhador que são válidos para salvar uma vida, utilizados com a ajuda de aparelhos técnicos e tecnológicos. Contudo, acrescentemos que, quando os sujeitos se deslocam do seu lugar de demandantes e pedintes (deslocam-se porque houve uma intercessão junto à impossibilidade do *dizer*), enxergam-se noutros planos de existência que não apenas os fixados no sentido tautológico marcado pela doença. Quando começam a se encontrar em meio a todo o caos urgido pelo Acidente, as produções de desejo emergem (PALMA; JARDIM; OLIVEIRA, 2011), por isso “não podemos desprezar a palavra. É um instrumento poderoso” (FREUD, 2014, p. 131).

Em síntese analisemos três tempos que julgamos pertinentes para visualizarmos um esboço de trabalho subjetivo por parte do sujeito na experiência do sofrimento: 1) O sujeito é objeto do gozo do Outro e está tomado pela angústia na figura de *Das Ding* (A Coisa) (HARARI, 1997), o corpo e a imagem corporal estão dilacerados pelo trauma; 2) O surgimento da palavra vem como a primeira tentativa de inscrever e historicizar o ocorrido na cadeia significante, dar sentidos à angústia, para reconstituição do sujeito na esfera de uma demanda, de um querer; e 3) Na instalação da demanda já é o sujeito supondo o saber, ainda que escamoteado nessa ocasião, em si e no outro (o psicólogo precavido pela psicanálise) – este momento afina-se com a instalação da transferência. O sujeito começa a flertar com o desejo numa posição de questionamento aos significantes que vêm dos outros (seus semelhantes). No início é um sujeito sem fala; depois, esboçando falar, e, por último, já falando dos impasses e os correlacionando com o que lhe impulsionou a buscar um atendimento hospitalar. Se concluídos esses tempos, poderemos afirmar que um grande passo no trabalho subjetivo terá sido dado.

O intuito da especificidade de psicólogo e trabalhador que propomos é estar atento às circunstâncias de crise encontradas na Instituição, na Unidade de Saúde Hospitalar. Este posicionamento serve para a proposição de uma escuta – não combativa às intenções da equipe de trabalhadores no Estabelecimento – mas providencial à oferta de uma ação entre vários, contemplando o sujeito do inconsciente e os possíveis direcionamentos de seu tratamento (LACAN, 1998a).

A possibilidade de ofertar um espaço de fala para os sujeitos visa o Discurso do Analista como horizonte, e, portanto, orienta-se por ele. Ainda que as passagens discursivas

não sejam alcançadas, este posicionamento permite que o sujeito, ao menos de início, encontre alguns significantes importantes entre os significantes que o inscrevem.

Jacques Lacan renunciou à ética do *a serviço dos bens*, fomentada no imaginário, pois, percebeu que os modos de gozo do homem na via dos bens de consumo, na realização de si pela identificação com o outro, fazem parte dos ideários capitalistas. Não precisamos nos posicionar à maneira da ética do *a serviço dos bens*, frente às demandas daqueles que nos procuram (LACAN, 1997). Demonstrar as lacunas e a insuficiência que há na racionalidade científica, quanto à Atenção ao sofrimento [psíquico] humano, é o compromisso adotado por nós, psicólogos e trabalhadores referenciados na psicanálise.

Acreditamos ser admissível a escuta em um *locus* de atuação que historicamente não é devotado aos fenômenos de ordem psíquica. Assim sendo, o mesmo método de manusear a técnica e a teoria no *setting stricto sensu* é factível de ser manuseado pelo psicólogo na USH. A sua função não deverá ser ocupada para rejeitar o modo como os sujeitos inicialmente se queixam e pedem para aliviar as suas dores.

O fluxo livre da fala, assim como a condução do discurso para uma mobilização do sujeito frente à sua angústia, são importantes. Nosso intuito não trata de entrar em confronto com os tratamentos médico-hospitalares; porém, junto com os demais trabalhadores e articulado com os outros Estabelecimentos de Saúde, servirmo-nos desses tratamentos para transformá-los em Outra coisa: uma saúde capaz de incluir também o sujeito entendido como efeito de discurso na linguagem. E não será a fala um instrumento digno de propiciar os fundamentos para uma *Clínica da Urgência subjetiva*?

Construímos a definição do dispositivo *Clínica da Urgência* para pensar a sua expressão nos Estabelecimentos de Saúde que são públicos e possuem a sua Gestão Pública. De forma que, nesta propositura, é devido que os psicólogos e trabalhadores, orientados pelos referenciais clínicos da psicanálise, não se limitem à sua Unidade Hospitalar de origem, levem em conta o necessário trabalho em Rede entre os Estabelecimentos e as equipes do Território em que estão situados. Lembramos que é perfeitamente possível estender a operação do dispositivo *Clínica da Urgência*, preservando as singularidades de cada espaço, para outros campos da Atenção nas Políticas Públicas: Assistência Social; Educação; Cultura, e outros³⁸.

³⁸ Há um conjunto de pesquisadores trabalhando com estas questões e que podem ser consultados, como por exemplo: Benelli (2014); Périco (2014) e Souza (2015).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICANO, B.; ALBERTI, S. A psicanálise e a clínica nas urgências. *IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*, 2010, Curitiba. Mesa-Redonda. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2010. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr54-bruna-americano-e-sonia-alberti.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BARRETO, F. P. A Urgência subjetiva na Saúde Mental (Uma introdução). *XIV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano*, 2004, Rio de Janeiro. Trabalho apresentado na plenária sobre O DISPOSITIVO: INVENÇÕES E INTERVENÇÕES, no dia 23 de abril de 2004. In: OPÇÃO LACANIANA — Revista Brasileira Internacional de Psicanálise — nº 40. São Paulo: Edições Eólia, 47-51, agosto de 2004. Disponível em: http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Francisco_Paes_Barreto_A_urgencia_subjetiva_na_saude_mental1.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

BARONI, C. S. F. *Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência*. 2011. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. São Paulo, 2011.

BARONI, C. S. F.; KAHHALE, E. M. P. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, v. 9, n. 2, p. 53-74, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

BATISTA, G. “Fora do protocolo”: intervenção psicanalítica em situação de urgência. In: BATISTA, G.; MOURA, M. D.; CARVALHO, S. B. (Orgs.). *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*, v. 5. Rio de Janeiro: Wark, 2011. P. 133-142.

_____. Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002. *Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BENELLI, S. J. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. *Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, Campinas, n. 2, v. 31, 2014.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

_____; MARÇAL, J. Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *Revista aSEPHallus*, v. 6, n. 12, 2011. Disponível em:

http://www.isepol.com/asephallus/numero_12/artigo_04.html. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

CARVALHO, S. B. *O HOSPITAL GERAL: Dos impasses às Demandas ao Saber Psicanalítico. Como Opera o Psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei*. 2008. 102 fls. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2008.

CARVALHO, S. C. Na angústia do desmame – o surgimento do sujeito. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. P. 73-82.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO, M. F. *Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino*. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, 2009.

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONISIO; BENELLI (Org.). *Políticas públicas e clínica crítica / [COSTA-ROSA ... et al.]*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. P. 15-31.

_____. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013.

CRUZ, A. D. G. *A psicanálise aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*. 2007. 118f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2007.

CRUZ, C. F. S. A inserção do discurso psicanalítico num pronto-socorro. In: NASCIMENTO, E. M. V.; GONZÁLES, R. C. F. (Orgs.). *A clínica psicanalítica: reflexões teóricas e incidências institucionais na contemporaneidade*. Salvador: EDUFBA, 2010. P. 71-82.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. P. 79-156.

_____. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição Standard Brasileira*. V. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. P. 67-150.

_____. A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. P. 191-202.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. P. 81-174.

_____. Prefácio a Juventude desorientada, de Aichhorn. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. P. 305-310.

_____. O inconsciente. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. P. 165-224.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. P. 171-184.

_____. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. P. 137-160.

_____. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial [1926]. In: FREUD, S. *Obras Completas*. V. 17. São Paulo: Cia das Letras, 2014. P. 124-230.

GRANHA, M. T. Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital geral. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. P. 83-90.

HARARI, R. *O seminário “a angústia” de Lacan: uma introdução*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KRUEL, S. S. O tempo do manejo da angústia. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. P. 99-106.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. *O seminário, livro 7: a ética na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. P. 591-652.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. P. 238-324.

_____. Do sujeito enfim em questão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. P. 229-237.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998d. P. 807-842.

_____. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998e. P. 197-213.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

- _____. Radiofonia. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. P. 400-447.
- _____. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. P. 195-197.
- _____. *Seminário IX, A identificação*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003c.
- _____. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- _____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- LEITE, S. *Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- MARCOS, C.; D' ALESSANDRO, C. Figuras psíquicas do trauma: uma leitura lacaniana. *Revista aSEPHallus*, v. 8, n. 15, nov. 2012 a abr. 2013. Disponível em: www.isepol.com/asephallus. Acesso em: 23/09/2015.
- MILLER, J-A. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- MOHALLEM, L. N. Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. P. 23-34.
- MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MOURA, G. C. M. Urgência subjetiva e tempo – O que é isto? In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. P. 17-22.
- MOURA, M. D. Psicanálise e Urgência subjetiva. In: _____. (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. P. 3-16.
- MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B. Psicanálise e hospital: se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele?. *Epistemo-somática*, v. 4, n. 2, p. 127-138, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epistemo/v4n2/v4n2a13.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.
- PALMA, C. M. S.; JARDIM, L. L.; OLIVEIRA, I. M. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora*, v. 14, n. 1, p. 113-127, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 23 de agosto de 2015.
- PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2014.
- QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

RATTI, F. C.; ESTEVÃO, I. R. Das entrevistas preliminares ao engaste da transferência. *A peste*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 61-68, 2011.

RODRIGUES, J. A.; DASSOLER, V. A.; CHERER, E. Q. A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional Urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. *Mental*, v. 10, n. 18, p. 69-88, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272012000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SILVA, D. D. A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. P. 9-16.

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

SÓFOCLES. *Édipo Rei/Antígona*. Coleção obra prima de cada autor. São Paulo: Martin Claret, 2003.

SOUZA, A. *Os discursos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2008.

SOUZA, O. Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática. In: ARAGÃO, L. T. ... [et al.]. *Clínica do social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991. P. 77-92.

SOUZA, W. A. *A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: um campo de intercessão*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2015.

ZUCCHI, M. A.; SANTOS, T. C. O fantasma e o real: sobre a desigualdade entre os sexos. *Psic. Clin.*, v. 18, n. 2, p. 109-123, 2006.

ENSAIO 4

INTERCESSÃO-PESQUISA, PSICANÁLISE E AMPLIAÇÃO DA INTENSÃO: A ESCUTA EM URGÊNCIA

RESUMO

Este ensaio tem o intuito de tratar da práxis do psicólogo, trabalhador-intercessor, na Urgência e Emergência de uma Unidade de Pronto Atendimento. Discorremos sobre o seu posicionamento nesse campo de ação em especial e como se deram as tentativas de ampliar a escuta, a um lugar outro, diversamente do tradicional *setting* analítico. O Dispositivo Intercessor é a abordagem multirreferencial na qual nos amparamos para a inserção e escuta na Unidade de Saúde Hospitalar. Uma ferramenta teórico-técnica e ético-política composta por quatro referenciais: a Psicanálise de Freud-Lacan, o Materialismo Histórico de Marx, a Análise Institucional de Lourau e Lapassade e a Filosofia da Diferença. Para esta dissertação, e em especial neste ensaio, a psicanálise foi o principal instrumento de trabalho. Intencionamos compartilhar a experiência da ação-reflexão do trabalhador-intercessor nesse campo específico da Atenção Hospitalar. Por meio da exposição de fragmentos de casos, de alguns atendimentos de sujeitos, a perspectiva foi refletir sobre estes, nesse âmbito da *intensão* ampliada da psicanálise.

Palavras-chave: Dispositivo Intercessor; Escuta; Psicanálise de Freud-Lacan; Unidade de Pronto Atendimento.

“O que é uma práxis? Parece-me duvidoso que este termo possa ser considerado como impróprio no que concerne à psicanálise. É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico”
(LACAN, 2008, p. 14).

1. INTRODUÇÃO

Apontamos por meio desta exposição a pertinência de um especial modo de posicionamento do psicólogo na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Ele responde ao Dispositivo Intercessor, nas vestes do trabalhador-intercessor precavido sobremaneira pela psicanálise freud-lacaniana. Esclarecemos, e realmente esperamos que assim o seja, que a nossa vivência é advinda de uma peculiar UPA, e, evidentemente, não representa na sua totalidade todas as outras em funcionamento no país. Partindo da percepção psicanalítica,

desejamos restituir o verdadeiro sentido de práxis à Urgência e Emergência desse Estabelecimento Hospitalar, na escuta aos sujeitos do sofrimento.

Tencionamos, com a nossa Clínica, em um local de práticas voltadas ao Discurso Médico, tratar o sofrimento físico no viés das possibilidades do sujeito falar disso, em sua demanda, na singularidade de seus impasses. O tratamento do Real pelo Simbólico é correspondente à introdução da palavra, do significante, como meio de barrar esse gozo avassalador e atroz vivido na angústia. Na Urgência, falta ao sujeito os sentidos ao acontecimento, os seus ditos estão ausentes perante as feridas que atingem o corpo “acidentando”. Acreditamos ser plausível, junto à escuta aos ditos do sujeito, transmitir essa perspectiva de análise aos trabalhadores da UPA, instrumentalizando posições intercessoras, parecidas à nossa. Deste modo, cindimos com a separação imposta pelo trabalho no Modo Capitalista de Produção, onde os “especialismos” imperam, e investimos na cooperação e construção compartilhada da Atenção aos sujeitos.

Almejamos com este ensaio trabalhar as questões suscitadas pelo psicólogo, trabalhador-intercessor, nos preceitos do que nomeamos de ampliação da “intensão comum” da psicanálise. Nosso exercício teórico-reflexivo provém da atuação numa particular Unidade de Pronto Atendimento situada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. O trajeto de produção desse texto se deu por meio da conceituação do Dispositivo Intercessor, referencial de análise e abordagem multirreferencial na qual nos inspiramos. Tecemos algumas considerações sobre o nosso entendimento da ampliação da psicanálise em intensão, incorporando junto a isso os fragmentos problematizadores da práxis.

Escolhemos iniciais de nomes que são fictícias, para nos referir aos sujeitos que atendemos. Durante a escrita, preferimos utilizar os pronomes pessoais na primeira e terceira pessoas do singular e primeira pessoa do plural. Na primeira e terceira pessoas do singular, estamos tratando dos fragmentos da realidade e dos atendimentos, onde houve a participação como psicólogo. Na primeira pessoa do plural, são encontradas as tentativas de elaboração teórica em conexão com o seus diferentes intercessores.

2. DISPOSITIVO INTERCESSOR E A INTERCESSÃO-PESQUISA

Denominamos o Dispositivo Intercessor (DI) como o modo de operar na práxis. Encontra-se em ininterrupta e contínua construção por aqueles que compõem o Laboratório

Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da Saúde³⁹ (LATIPPSS) - coordenado pelo Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa. O DI não deriva da mesma matriz da qual advém a maioria dos métodos, no âmbito das pesquisas acadêmicas na Universidade: o Positivismo. Mencionamo-lo como o referencial teórico capaz de nos instrumentalizar para lidarmos com os fenômenos das instituições, que emergem do inconsciente e da sociedade. Nesta medida incluímos em sua dimensão, que é teórica-prática, uma técnica, uma ética e uma política.

Antes de falarmos seguramente do DI e de seus momentos, trataremos dos dois significantes que compõem o conceito dessa ferramenta [máquina] de trabalho, junto aos impasses e às injunções da realidade que se impõem ao espaço institucional. O que vem a ser um Dispositivo e por que Intercessor?

Segundo Andrade (2013), o conceito de Dispositivo, partindo de Deleuze e Foucault, não se inclina somente para uma direção, possui múltiplos vetores; o seu percurso é traçado de modo a desestabilizar, desequilibrar as forças em equilíbrio num dado espaço. Para Pereira (2011, p. 14, grifo do autor), a “ideia de *dispositivo* comporta as pulsações instituintes e instituídas⁴⁰. É um conceito no qual está intrínseco o movimento. Portanto, é um mecanismo que move as forças constitutivas da instituição”. Dentre os seus muitos propósitos, destaca-se um: mover-se e movimentar-se. Nessa medida, não soa pouco vislumbrá-lo como uma máquina, na qual as engrenagens disparam a mobilização de algo inerte, com pouca ação ou bloqueado. A força de sua posição é produzir agenciamentos rumo à criação de multiplicidades, de diferenças – nascidas do “mesmo” e da repetição. Abrir mão do conhecimento tecnicista (colonizador) para transformá-lo num saber emancipatório, eis o alvo.

A conexão do “Intercessor” com o Dispositivo não é nem um pouco ocasional. Porém, utilizamos a sua definição conforme as nossas exigências para a práxis, transformando-o num referencial clínico e, em alguns momentos, encarnado no/pelo trabalhador. O intercessor está no “entre”, é uma série, encontra-se por entre as ondas, sem ele não há a obra – a obra reconhecida por quem a produz (DELEUZE, 1992). Mas a mudança não vem sem nos apercebermos de que para ser intercessor é preciso trabalhar entre vários; “eu preciso de meus

³⁹ Este laboratório está inscrito no diretório de grupos do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) à Linha de pesquisa Subjetividade e Saúde Coletiva do curso de Pós-Graduação Psicologia e Sociedade, (UNESP - campus de Assis).

⁴⁰ O *instituído* e o *instituinte* são conceitos extraídos da Análise Institucional, coexistem e convivem por meio de uma relação antagônica. O *instituído* é a repetição, ilustra as normativas, as regras da Instituição. O *instituinte* é a criação, a diferença, o que se instaura como novo, é a fissura que se abre diante da falha do *instituído* (LOURAU, 2004).

intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. E mais ainda quando é visível” (DELEUZE, 1992, p. 156). Diríamos que para o funcionamento de um Dispositivo é necessário que a ele se alie o Intercessor, de modo que sem os intercessores não há Dispositivo.

“Os intercessores, com seus movimentos das diferenças, não devem buscar uma verdade preexistente e absoluta” (PEREIRA, p. 16, 2011). Há pelo menos um status que é digno dos intercessores: o de provocadores da mestria, produtores da diferença. Os intercessores existem, ainda que inadvertidamente, estão por todos os lugares, proliferam das inconstâncias, indeterminações, são evocados quando um campo de tensão é criado. A expectativa é que este conceito seja apropriado para uma função que seja passível de ser ocupada, instrumentalizada deliberadamente (COSTA-ROSA, 2008; 2013; 2015).

De acordo com Costa-Rosa (2008), o intuito do Dispositivo Intercessor é produzir o saber na ação para a ação, superar em ato o binarismo posto pela divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção (MCP), criando as condições para a produção de um saber a ser produzido a partir do saber existente na Instituição. De acordo com Mao Tsé-Tung (2004), o conhecimento nasce da prática e uma vez adquirido deve retornar para onde veio, a fim de ganhar um novo sentido. Estamos nesta perspectiva de operar na práxis, confiando na factível possibilidade de combinar ação e reflexão *in acto*, sem correremos o risco de deturparmos o verdadeiro sentido de práxis. Agrada-nos o que disse Chauí (1980, p. 20): “A história é práxis (no grego, *práxis* significa um modo de agir no qual o agente, sua ação e o produto de sua ação são termos intrinsecamente ligados e dependentes uns dos outros, não sendo possível separá-los)”. No DI, o significado de práxis, na raiz do seu conceito, é assegurado com todo seu rigor, problematizando o princípio sujeito-objeto em suas formas *tecnocientíficas*, das quais sobremaneira as pesquisas universitárias se servem.

Os principais fundamentos do DI se baseiam na crítica aos processos de produção do trabalho e de saúde que estão cronificados no campo da Saúde Coletiva⁴¹, sem se abster também de criticar os ortodoxos Modos de Produção⁴² da Universidade. Ele pretende avançar

⁴¹ Sugerimos uma concepção de Saúde Coletiva que difere da de Saúde Pública. Na Saúde Pública, a compreensão de saúde está ligada à inexistência da doença. O seu pressuposto básico é a eliminação da doença a todo o “custo”, construindo as suas estratégias voltadas somente à Atenção, à resolução das manifestações de sintoma e queixa da população. A Saúde Coletiva entende saúde como a resultante dos processos sociais de vida, vinculada à Alimentação, Saneamento Básico, Habitação, Transporte, Esportes, Lazer, Cultura, e outros. (CAMPOS, 2000).

⁴² Designamos como os meios de produção utilizados pelos trabalhadores em seus processos de trabalho que formam um conjunto de instrumentais teórico-técnicos, para lidar com uma realidade social em um campo específico do qual ela se originou (FIORAVANTE, 1978).

nesses questionamentos, propondo uma ferramenta de natureza multirreferencial e transdisciplinar, diversa das metodologias das Ciências Naturais.

O uso que fizemos do Dispositivo Intercessor se restringiu à Instituição⁴³ Saúde Hospitalar, na UPA. Segundo Martini (2010), pensando o contexto da Saúde Mental, um dos grandes desafios do DI “é poder reorganizar as forças instituintes, as pulsações presentes neste campo, a fim de que elas possam continuar pulsando, continuar pondo a instituição em movimento” (p. 45). Reconhecemos que propiciar a irrupção das pulsações é dar espaço para que os sujeitos do sofrimento⁴⁴ e os atores institucionais, trabalhadores, possam, respectivamente, se repositonar diante da angústia e do trabalho não criativo, alienado.

A psicanálise, juntamente com o Materialismo Histórico marxiano, é o referencial teórico-técnico e ético-político que guiou nossa práxis, é aquele que nos fornece uma compreensão de sujeito e objeto que ultrapassa o plano epistemológico da produção de conhecimento hegemônica na Universidade. Em psicanálise, tratamento e pesquisa se conjugam indissociavelmente. O princípio dualista sujeito-objeto é superado neste plano de análise; o sujeito não é visto irrestritamente por aquilo que ele apresenta e o objeto não é externo ao sujeito. Eles são reconhecidos numa relação, em que o sujeito tomado como objeto pelo discurso da Ciência é devolvido ao seu lugar de ator na produção de sentidos, sempre múltiplos em sua história, frente aos acontecimentos que o interpelam (FIOCHI, 2015; MARTINI, 2010; PÉRICO, 2014).

O Dispositivo Intercessor exige uma imersão, um mergulho no Estabelecimento institucional, requer o compromisso de estarmos avisados das contradições discursivas e práticas que são inerentes ao campo.

No Dispositivo Intercessor ocorre a facilitação do processo que busca dar visibilidade às forças contraditórias presentes na instituição e a transformação através da superação da realidade, sendo que a intercessão se contrapõe à intervenção e à tutela, por ser o intercessor um coadjuvante dos processos de que participa (GARCIA, 2013, p. 24).

⁴³ Conjunto articulado de discursos e práticas. Entendemos a Instituição como um intermediário necessário das pulsações da Demanda Social, a forma como os sujeitos manifestam os seus impasses nas suas queixas, também produzidos pela sua condição de atores sociais e produto da luta de classes (COSTA-ROSA, 2013).

⁴⁴ Utilizamos as locuções “sujeito do sofrimento” e “sujeito do tratamento” em lugar do uso dos termos “paciente”, “usuário” ou “cliente”, para não confundirmos o sujeito com o usuário que é consumidor das mercadorias no consumismo. Os “sujeitos do sofrimento” são os que não tiveram a sua queixa avaliada, os “sujeitos do tratamento” são aqueles que estão em tratamento na Unidade. Estas locuções são oriundas de Costa-Rosa (2013), nas suas concepções de sujeito, de sofrimento e de subjetividade na Saúde Mental.

A intenção é facilitar a ocorrência de um processo que já é em si agenciamento de processos de mudanças, provocar a produção de um saber advindo daquele que é imanente à práxis. A Instituição e os trabalhadores possuem o seu saber. A proposta é que, ao invés de produzirem um conhecimento de teor repetitivo em relação ao que fazem, possam produzir um estatuto de saber aberto ao novo, às diferentes formas de existir na *existência-sofrimento* (COSTA-ROSA, 2013; 2015).

Desta feita, a intercessão-pesquisa é o que caracteriza o Dispositivo Intercessor em seus dois tempos; digamos que é a sua própria materialização, a efetivação de “um método que não faz metodologia” (SOUZA, 2015, p. 94). E coloquemos aspas neste “método”, pois, na *intercessão-pesquisa*, o intercessor-pesquisador não objetiva tomar o outro por dados de pesquisa. O propósito *sine qua non* é a transformação singularizada da realidade subjetiva e social. A intercessão-pesquisa não tem a função de descrever resultados; o seu funcionamento é pelo avesso. Está no horizonte a superação da divisão fundamental do trabalho, da separação entre os que pensam e os que fazem, os que mandam e os que obedecem. A intercessão-pesquisa não se assevera por sobrepor o fazer pelo pensar. Vejamos os seus dois momentos: o Dispositivo Intercessor e o Dispositivo Intercessor como Meio de Produção do Conhecimento (DImpc).

2.1. Trabalhador-intercessor: a práxis propriamente dita

Em seu primeiro momento, como *práxis* propriamente dita, não se faz pesquisa. O trabalhador-intercessor ocupa a *posição de um agente* que compõe o coletivo social, trabalhando no Estabelecimento institucional. A intercessão pode acontecer tanto com um dos sujeitos da *práxis* quanto com um grupo. Neste momento produz-se um saber, mas esse possui uma importante particularidade: é produzido pelos sujeitos que compõem o coletivo, estando incluso aí o próprio trabalhador-intercessor. Partimos do entendimento de que, se há saber na *práxis*, não precisamos ir até ela para ensinar os sujeitos como deveriam fazer (GALIEGO, 2013).

A intercessão da qual falamos será nomeada como tal, precisamente, *a posteriori*. Não se diz: “vou até a Instituição fazer uma intercessão”. Isso não é algo que ocorre por boa vontade. Para que uma intercessão ocorra é necessário que condições sejam criadas, de forma que as revoluções discursivas e mudanças nas atitudes possam acontecer. Ainda assim, não é

algo apreendido no instantâneo, numa sequência cronológica e linear dos fatos. Valemo-nos da psicanálise para circunscrever a intercessão numa dimensão de tempo lógico, contrário aos ponteiros do relógio, um tempo que produz os seus movimentos ao passo que os sujeitos conseguem ir avançando em suas questões, naquilo que lhes inquieta e os impedia de viver.

O trabalhador-intercessor pretende instrumentar a intercessão na práxis, e o psicólogo precavido pela psicanálise de Freud-Lacan pode ser uma de suas vestes; aliás, diríamos: é a que lhe é mais apropriada. Talvez a grande responsabilidade esteja aí, em ser um trabalhador diferenciado de todos os outros. Nas definições de Costa-Rosa (2015), o que faz do trabalhador-intercessor um trabalhador diferente é o lugar de onde ele parte. É ele quem suportará as diversas demandas e suposições de saber: as da Instituição e as dos sujeitos atendidos. São os trabalhadores orientados por campos transdisciplinares que, por hipótese, são correlatos em suas compreensões de sujeito e objeto, procuram superar dialeticamente o abismo no qual os positivistas caíram. São estes os campos aos quais nos referimos: a psicanálise de Freud-Lacan, elementos da Análise Institucional, do Materialismo Histórico e da Filosofia da Diferença em Deleuze – com o seu conceito de “Intercessores” (COSTA-ROSA, 2008; 2015).

Ao trabalhador-intercessor é necessário ter tido a vivência de algo dos efeitos da sua análise, pois sabemos que as suas possibilidades de escuta alcançam até onde foi possível ser alcançado em seu próprio processo de ser escutado. “Logo, mais importante do que ser analista para ser [trabalhador] intercessor é ser analisando” (FIOCHI, 2015, p. 31). Essa exigência incide diretamente nas transferências maciças com as quais o trabalhador-intercessor irá se deparar, as quais terá que manejar na Instituição. Separar-se da confusão letal ocasionada pela visão dos especialismos das disciplinas, de onde originariamente também é formado (mas de onde é ininterruptamente chamado a se deslocar), mais do que uma questão de técnica e teoria é uma questão de trabalho subjetivo do trabalhador-intercessor, ou seja, de não cair em seu narcisismo e deixar-se ser engolido pela onipotência de querer saber pelo outro (COSTA-ROSA, 2015; GALIEGO, 2013).

Para Costa-Rosa (2015), a passagem do trabalhador disciplinar ao trabalhador transdisciplinar combina com um específico posicionamento. O trabalhador-intercessor age sob uma ação-reflexão, visando construir um conhecimento *transdisciplinar* assentado numa estratégia: conduzir a sua prática com a finalidade de que as pulsações dos sujeitos e da Instituição ganhem contornos criativos, *desejantes*, transformadores, não reiterados em seu destino. Nessa medida, o trabalhador-intercessor opera com as Formações

Inconscientes/Subjetivas⁴⁵ e as Formações Sociais⁴⁶, entendendo que estas são formulações homólogas e estão correlacionadas.

Conforme Costa-Rosa (2015), estar atravessado pelos efeitos da sua (psic)análise, possibilita ao trabalhador-intercessor *saber ajudar o outro a saber(se)*, a escutar os sujeitos em suas queixas na condição do inconsciente e da realidade psíquica, como constitutiva do seu funcionamento. Por extensão, reconhecemos a presença de uma “Outra cena” e um “real” (o irreduzível da experiência) nas Formações Sociais, em nosso caso, na Instituição Saúde Hospitalar, representada na UPA. Notamos o “irreduzível da experiência” no coletivo de trabalhadores, insatisfeitos com o que faziam, adoecendo pelas tarefas repetitivas, e, nas constantes vindas dos sujeitos a retornos de consulta com os médicos, clamando pelas mesmas dores, nisso que aparecia como insuportável. A “Outra cena”, para nós, demonstrava-se nos ideais que os sujeitos, atores institucionais, construía em relação ao trabalho; insistiam nessa quimera por acreditarem numa única e mesma conduta ante à Atenção dirigida aos sujeitos do sofrimento. Pautavam-se nos procedimentos clínicos que miravam a doença em sua forma fundamentalmente organicista.

O posicionamento técnico-teórico do trabalhador-intercessor advém da psicanálise, ele ancora-se nas concepções de sujeito e de transferência. O horizonte sustentado pelo trabalhador-intercessor nessa modalidade de postura na práxis é a possibilidade dele atuar como coadjuvante num processo de colocação do sujeito no lugar do trabalho, produtor de significantes-mestres (de potencial simbólico, ordenador e polissêmico na produção de sentidos): modalidade discursiva conseqüente com as manobras transferenciais utilizadas pelo trabalhador-intercessor para se alcançar esse fim. Esclarecemos que o manejo da transferência com os sujeitos não acontece sem a construção de um campo transferencial com a equipe. Nossa hipótese, advinda da experiência, é de que é preciso uma suposição de saber depositada pelos trabalhadores naquele que ocupa a posição de trabalhador-intercessor. Ser admitido como um componente da equipe, como alguém que tem um saber “sobre” os fenômenos do inconsciente, manifestados pelos sujeitos, é a etapa indispensável para que o trabalhador-intercessor tenha o seu lugar de operador da práxis.

⁴⁵ As Formações do Inconsciente estão manifestas nos sintomas, nos lapsos, nos chistes e nos sonhos. Sobre este tema, na psicanálise, Jacques Lacan apresentou o seu seminário, de 1957-1958, *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (LACAN, 1999).

⁴⁶ As Formações Sociais representam as relações, constituídas e determinadas historicamente, dos homens com a natureza e dos homens com os homens. As Formações Sociais expressam os Modos de Produção da vida material, em seus termos sociais, econômicos, culturais, afetivos e políticos.

Postulamos dois tempos ocupados pelo trabalhador-intercessor: *Um-a-mais* e o *Mais-um*. O *Um-a-mais* se caracteriza pelo momento em que o trabalhador-intercessor é um trabalhador como qualquer outro, parte da equipe de profissionais da Instituição, está imbuído na causa da classe de trabalhadores que o representa, responde a uma gestão, não se coloca como melhor ou pior do que os outros; enfim, reconhece os objetivos da Instituição sem desprezá-los fugidamente. Neste tempo, o contato com a equipe é essencial para a relação de confiança em vias de ser estabelecida. A transferência (noção adquirida da psicanálise) será crucial à operacionalização da função intercessora.

Somente com a passagem do *Um-a-mais* para o *Mais-um* será possível interrogar a Instituição e os trabalhadores. O *Mais-um* é um conceito transposto da “Estrutura do Cartel” – via de transmissão e formação em Psicanálise, preconizada por Lacan – para o trabalhador-intercessor. O Cartel é um dispositivo de trabalho composto por um grupo, no qual cada psicanalista (ou analista em formação) terá como objetivo avançar em suas reflexões clínicas em psicanálise: os temas a serem trabalhados irão emergir das interrogações dos psicanalistas em sua experiência. O Cartel geralmente é formado por no máximo cinco pessoas, sendo uma delas, escolhida por todos pela disposição transferencial ocupada.

O *Mais-um* é o responsável por agenciar o funcionamento do grupo numa forma de operar em que todos os membros se implicam nas suas produções de escrita e formação a partir da psicanálise, evitando as colagens imaginárias no grupo. O principal papel do *Mais-um* é não se identificar com a suposição de saber depositada pelos cartelizantes, representação de líder colocada imaginariamente em sua função, mas aproveitar-se dessa fantasia imaginária para deslocar os sujeitos para o lugar de trabalho, como atores nos seus processos de (e)laboração (LACAN, 2003b; JIMENEZ, 1994; PAMPONET, 2013).

No DI o *Mais-um* se revela com uma função similar àquela do Cartel, com o diferencial de estarmos voltando nossa escuta aos trabalhadores no instante de suas atuações, nas Instituições Públicas de atendimento à população. Vejamos que esta escuta nunca é passiva, neutra, ela se localiza num tempo preciso, no momento em que o trabalhador-intercessor, obviamente sempre a partir de um cálculo transferencial, pode formular uma questão aos demais trabalhadores, ainda não formulada por eles. O trabalhador-intercessor como *Mais-um* deve provocá-los do lugar de sujeitos dependentes do saber de mestre para o lugar de sujeitos produtores de seu próprio saber, individualmente e em coletivo.

Tendo em vista as suas definições, é possível dizer que a posição ocupada pelo trabalhador-intercessor é permanente? Definitivamente, da mesma forma que acontece com o analista, o lugar de agente da práxis ocupado por ele é um posicionamento evanescente, seus

efeitos poderão ser apreendidos no *só-depois*, em um tempo *a posteriori*, depois que as revoluções discursivas e de posição subjetiva aconteceram, num conjunto de acontecimentos produzidos no campo em que a intercessão se fez. Lembrando que, às vezes essas revoluções podem conduzir a um retorno para o mesmo lugar; a mudança pode ser sim o retorno ao “mesmo”. Por isso para o DI importa ocupar os espaços ainda não ocupados, ocupar posições em deslocamento, nesse caso, enquanto se desloca, lugares outros são construídos (COSTA-ROSA, 2015; FIOCHI, 2015).

2.2. Intercessor-pesquisador e o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento

Concordamos com Deleuze e Guattari (1995) quando falam do livro-rizoma, pois, com o Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento expomos uma mudança de estilo de escrita (pesquisa) na Universidade. Um texto rizoma que supere os registros e análises de dados.

O ideal de um livro seria expor toda coisa sobre um tal plano de exterioridade, sobre uma única página, sobre uma mesma paragem: acontecimentos vividos, determinações históricas, conceitos pensados, indivíduos, grupos e formações sociais. [...] É a mesma coisa quanto ao livro e ao mundo: o livro não é a imagem do mundo segundo uma crença enraizada. Ele faz rizoma com o mundo, há evolução paralela do livro e do mundo, o livro assegura a desterritorialização do mundo, mas o mundo opera uma reterritorialização do livro, que se desterritorializa por sua vez em si mesmo no mundo (se ele é disto capaz e se ele pode) (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 17-20).

Deleuze e Guattari (1995) desejavam o livro que não fosse livro, que não fizesse metodologias. O DI, enquanto meio de produção de conhecimento, traz como proposta intrínseca não ser propriamente uma metodologia de pesquisa, mas uma possibilidade de se posicionar diante da realidade que é sempre muito complexa e encontra-se em constante devir. A criação de brechas, e, a ocupação das brechas existentes no campo fazem parte da sua operacionalização, na intenção de se criar algo do “novo” a partir do mesmo. Destacamos o DI como uma prática Outra de se fazer pesquisa na Universidade, nascida fundamentalmente de uma práxis. Seus desdobramentos [efeitos] podem demarcar a produção de subjetividades

singularizadas (e não repetitivas), aliadas à instrumentalização de posições intercessoras, ou seja, viabilizar que outros trabalhadores do campo também possam ocupar a função de trabalhador-intercessor.

No DImpc o que se busca resgatar é o movimento da *práxis*, só que não mais no campo primeiro de intercessão. Neste momento também se realiza intercessão, mas desta vez pretensamente no campo da Universidade. Esta produção de conhecimento em forma de texto é dirigida conjuntamente à Universidade – por estarmos também naquele espaço, mas não obrigatoriamente apenas a ela. O material produzido dirige-se preferencialmente aos trabalhadores do campo, ou simplesmente intercessores de um coletivo, sem a pretensão de ensiná-los como devem trabalhar/fazer, mas tendo como finalidade instrumentalizar/formar outros trabalhadores-intercessores para atuar nos mais variados campos (GALIEGO, 2013).

De acordo com Pereira (2011, p. 30), “[...] Um aspecto importante, que está em processamento na construção do DImpc diz respeito a certas dimensões epistemológicas: não é fácil compreender, de imediato, que um saber-segundo não seja necessariamente um saber secundário”. O *saber-segundo* tem entrada após a *práxis* propriamente dita, por não pretender subtrair essa experiência do seu lugar; porém, não é impeditivo para o trabalhador-intercessor, ao longo do seu percurso, querer pensar teórica e tecnicamente sobre as questões do trabalho. O saber textual produzido se incumbe de ser o meio pelo qual as interrogações do trabalhador-intercessor são trabalhadas, a fim de que, eventualmente, possam ser as interrogações de outros trabalhadores que atuam na área.

No segundo tempo do Dispositivo Intercessor, o objetivo não é criar um conhecimento colonizador, que dê conta da realidade e tome os sujeitos por objeto de experimento e de conhecimento. Nesse propósito, o sujeito e o objeto estão emaranhados.

Além disso, o saber produzido através do DImpc deve ser capaz de apontar os sucessos tanto quanto os insucessos da intercessão. Como já dissemos anteriormente, o intercessor não se trata de um modelo positivista de pesquisa, mas sim de uma tentativa de produzir interferências num campo. Sendo assim, os insucessos devem ser analisados a fim de que se possa pensar quais outros caminhos poderiam ser seguidos naquela situação. É importante saber por que não deu certo e, quem sabe a partir disso, indicar algo que possa orientar melhor uma próxima intercessão (MARTINI, 2010, p. 51-52).

Estão em questão o caso em sua singularidade, os detalhes dos acontecimentos que nos oferecem uma análise crítica, o que possibilita contribuirmos com os avanços da Clínica e da escuta na Instituição.

O *Diário de Campo de Intercessão* é o mecanismo utilizado pelo trabalhador-intercessor para anotar os eventos que o inquietaram, suas dúvidas, os pormenores do Estabelecimento institucional. É uma espécie de guia para a ação, onde suas estratégias e táticas são traçadas. Segundo Souza (2015), na etapa da produção de conhecimento, ele pode ser retomado como material base, de referência para a escrita do exercício reflexivo. Concordamos com o autor, quando refere que o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento são os fundamentos da práxis finalizada; isto é, das intercessões, os percursos da experiência inscritos pelo intercessor-pesquisador na produção acadêmica têm a finalidade de transmitir um saber de sentido epistemológico outro, diverso dos canônicos métodos científicos corriqueiramente publicados pela Universidade.

Quanto ao intercessor-pesquisador, é oportuno conceituá-lo. Este, “agora centrando sua ação na produção de um conhecimento sobre os processos de produção do saber na práxis em geral, coloca-se como agente questionador do saber instituído, pretendendo fazer movimentar-se a rede de conceitos e significantes instituídos” (PEREIRA, 2011, p. 28). É um pesquisador de outra envergadura, que, a rigor, não mereceria o nome de pesquisador. Seguindo as reflexões de casos em psicanálise, dos falhos e daqueles exitosos, se levarmos em conta as retificações subjetivas diante do sintoma (outrora destrutivo ao sujeito), é um trabalhador interrogado pelos limites de sua escuta, que tem no saber da Universidade um recurso para (re)pensar a sua formação (GALIEGO, 2013).

Como sabem, nunca nos vangloriamos da inteireza e do acabamento definitivo de nosso conhecimento e de nossa capacidade. Estamos tão prontos agora, como o estávamos antes, a admitir as imperfeições da nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar (FREUD, 1996a, p. 173).

Ninguém melhor do que Freud pensou a Clínica psicanalítica, e a produção de conhecimento derivada dela, como a oportunidade de transformação e transmissão do “método” de escutar os sujeitos em seu sofrimento. Por entendermos que o conhecer não supera o fazer, não olhamos o saber dos livros como quem olha um manual de técnicas;

entretanto, por intermédio da prática clínica, de intercessão, queremos acrescentar algo à teoria, assim como às práxis futuras.

Portanto, a saída do trabalhador-intercessor marca a entrada do intercessor-pesquisador. Os dois são um, fazem parte da mesma trilha, com o diferencial de que o último entrará em ação após o término da sua práxis, não mais no contexto das instituições prestadoras comuns, mas na Universidade também como Instituição. Assim como na psicanálise, a clínica e a teoria são indissociáveis (RINALDI; ALBERTI, 2009). A postura do intercessor-pesquisador não é diferente da de um analista em formação: provocar o saber instituído de modo a criar a partir dele um saber na alçada do que é singular. A produção de um texto acadêmico que não seja tão acadêmico, cópia da natureza (DELEUZE; GUATTARI, 1995; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), contempla as intenções do DÍmpc.

As impressões do intercessor-pesquisador possuem ressonâncias com as questões emergidas do trabalhador-intercessor: os possíveis efeitos das intercessões, a problematização dos episódios vivenciados no plano da realidade compartilhada, de se é possível dizer se houve ou não intercessões junto aos sujeitos e à Instituição; além do posicionamento do trabalhador-intercessor do ponto de vista da Ética do Sujeito do inconsciente.

3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES: SOBRE UMA AMPLIAÇÃO DA “INTENSÃO COMUM” DA PSICANÁLISE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

De maneira breve vamos definir a *psicanálise em intensão* para, assim, tecermos algumas considerações sobre a proposta de ampliação deste conceito transpondo-o para o âmbito da Saúde situada na Atenção Hospitalar. Dentro desse nosso esforço, na experiência do trabalhador-intercessor (neste caso como um psicólogo precavido pela psicanálise), ilustramos com os fragmentos da práxis as tentativas de operar com o que nomeamos de “alargamento das possibilidades do campo da ‘intensão comum’ da psicanálise⁴⁷”.

Em seu texto, *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, Lacan definiu a *psicanálise em extensão* e a *psicanálise em intensão*:

⁴⁷ Essa noção de ampliação da *psicanálise em intensão* advém de Costa-Rosa (2015). Ela está explorada em um texto ainda não publicado, intitulado: *Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do Campo Freud-Lacan?*

Para introduzi-los nisso, eu me apoiarei nos dois momentos da junção do que chamarei, neste arrazoado, respectivamente, de psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela (LACAN, 2003b, p. 251).

Noutras palavras, lemos a *psicanálise em extensão* como o *locus* de transmissão do saber psicanalítico estabelecido nas Escolas de formação, na Estrutura dos Cartéis, nos espaços construídos para a formação do analista. Entendemos também como o *a posteriori* da escuta clínica, quando aquele que se instrumentaliza pela Ética do Sujeito está refletindo sobre a sua prática. Em 1966, quando perguntado por um de seus alunos se era suficiente explicar a psicanálise em um quadro, por meio do esquema de seu grafo, Lacan respondeu que se um entre duzentos conseguisse lhe escutar, a psicanálise teria o seu futuro assegurado (LACAN, 2001). Baseado na *psicanálise em extensão*, extraímos quatro presunções: 1) a experiência da psicanálise é singular; 2) é preciso que fundamentalmente haja o desejo por quem a quer experimentar; 3) não devemos tomar o seus ensinamentos por um imperativo universal na onda do “*se é para um tem que ser para todos*”; e 4) no que toca a sua sequência, seus avanços só serão conquistados na medida em que houver espaços para discuti-la, problematizando os efeitos de sua práxis.

A *psicanálise em intensão* é o funcionamento da Clínica propriamente dita. Lacan a anunciou como a didática, o local de preparação para formar psicanalistas. Enxergando por este ângulo, é o sujeito numa análise e, posteriormente, este mesmo sujeito, se caso for do seu desejo, ocupando o lugar de analista. Esses movimentos não precisam ter um encadeamento linear, mas a análise pessoal e a prática analítica devem estar entrelaçadas. Segundo Soares (2009) e Lustosa (2003), tanto a *extensão* quanto a *intensão*, são nucleares para o exercício da psicanálise, exigem os seus operadores teórico-técnicos na escuta ao sujeito do inconsciente.

Partimos de Luciano Elia, e em especial de Abílio da Costa Rosa, para acrescentar o significativo “ampliação” à *psicanálise em intensão*. Tratando-se do trabalho do psicanalista na Instituição de Saúde Mental, Elia (2010) falará em ampliação do dispositivo psicanalítico em intensão. A configuração espaço-tempo do dispositivo psicanalítico é modificada, porém, a sua estrutura é mantida; o “método” teórico-clínico e a ética que visa o sujeito numa fala sob transferência são os mesmos. A modificação introduzida na sua configuração de espaço e de tempo se refere à arquitetura do local, ao mobiliário, à ausência do divã, muitas vezes a falta de uma sala exclusiva para as escutas dos sujeitos. Não podemos deixar de mencionar ainda

as interrupções dos atendimentos vindas de fora, por parte da equipe, a inexistência de um horário estipulado para início e término de uma sessão ou entrevista e, em algumas situações, uma escuta que se faz no instante em que há trabalhadores por perto. A estrutura do dispositivo permanece na posição sustentada por um analista, agenciando o sujeito a ocupar o lugar do trabalho.

Costa-Rosa (2015) prefere falar de *alargamento das possibilidades do campo da “intensão comum” da psicanálise*. Nessa proposição as novas configurações de espaço-tempo também são contempladas, bem como a manutenção do método psicanalítico e a ética do sujeito em seu *bem-dizer*. A novidade que se instaura é a ação do trabalhador-intercessor, que antes está preocupado com a Instituição, já que o lócus de exercício da psicanálise não se dá só, nem, sobretudo, no local físico, mas sim no tipo de dispositivo institucional. O fundamental não será a psicanálise na Instituição, mas uma Instituição onde a psicanálise de Freud-Lacan possa caber.

Alargar as possibilidades da “intensão comum” é ter a atenção voltada a nuances que fazem a diferença na escuta operada pelo trabalhador-intercessor. Herdada do institucionalismo francês e da Psicoterapia Institucional, parte de uma concepção segundo a qual o Estabelecimento institucional transforma-se em intermediário necessário no tratamento dos sujeitos em sofrimento, concebe-se importância na suposição de saber por parte dos trabalhadores naquele que escuta os sujeitos. O manejo da transferência estende-se à equipe.

Deve-se encarar a ampliação da *psicanálise em intensão* como a abertura a diálogos com referenciais de estatuto ético homólogos, objetivando superar as disciplinas e o princípio dualista sujeito-objeto (doença-cura) que as caracterizam. O Materialismo Histórico marxiano nos oferece uma compreensão de Instituição, indicando-a como o produto das Formações Sociais, logo, um palco de lutas políticas. O Estabelecimento institucional de Saúde é o local onde vigem a luta de classes⁴⁸ e os interesses do polo social dominante (Modo Capitalista de Produção) em subjugar os interesses do polo social subordinado (*sujeitos do sofrimento*). Entendemos que uma produção de saúde enquanto produção de saúde psíquica, *saudessubjetividade*⁴⁹, está atrelada a estes jogos de forças (COSTA-ROSA, 1987; LUZ, 1979).

Destarte, a respeito da ampliação da *psicanálise em intensão*, interessamo-nos pelo que disse Costa-Rosa (2015), que se expressa no fato de trabalharmos para adequar o

⁴⁸ Uma luta ideológica, travada por interesses e valores que são sustentados por polos de éticas diferentes.

⁴⁹ A produção indissociável de saúde da produção de subjetividade (COSTA-ROSA, 2013).

dispositivo institucional de maneira que a psicanálise possa caber nele, propiciando que a Instituição se torne um espaço franco na escuta aos sujeitos que estão em tratamento. Nessa concepção do conceito estão inclusos o trabalho cooperado, o compartilhamento de saberes com a equipe e o intuito em instrumentalizar posições intercessoras nos trabalhadores.

3.1. A Entrada e o “movimento”

Tentamos atuar com o dispositivo *Clínica da Urgência* na UPA de *Areais*⁵⁰, Estabelecimento Hospitalar considerado pela política de complexidade intermediária na Atenção à Saúde (BRASIL, 2013). Contudo, nos deparamos com o fato deste Estabelecimento ser gerenciado por um Consórcio Intermunicipal regido pelos ideais do MCP, aos moldes dos processos de Terceirização em Saúde⁵¹. A Clínica da Urgência⁵² e a Clínica psicanalítica na Urgência, originalmente, são elaboradas por meio da prática de psicanalistas no contexto da Atenção em Saúde, segundo os parâmetros do SUS. É relevante frisar que subjacente ao conceito estão as ideias de coletivo de trabalho, de equipe e de Rede. Referimo-nos à Clínica da Urgência como a oferta de escuta aos sujeitos que exigem uma resposta diante do encontro que tiveram com o Real, o impossível de se dizer em palavras, experimentado muitas vezes como angústia (CALAZANS; BASTOS, 2008; CALAZANS; MARÇAL, 2011; MOURA, 2000).

Rigorosamente, tal como o concebemos, talvez fosse demais afirmar que o dispositivo *Clínica da Urgência* tenha operado na UPA de *Areias*. A coordenação do local não se pautava pelo SUS em seus processos de trabalho, a sua visada eram outros princípios. Todavia, em torno da Clínica psicanalítica na Urgência Hospitalar e do posicionamento do trabalhador-intercessor (psicólogo precavido pela psicanálise), utilizamos dos seus preceitos básicos. Nesta modalidade de materialização do DI, o trabalhador-intercessor não estava vinculado por intermédio de vínculo empregatício ao Estabelecimento Hospitalar.

Minha entrada na UPA foi na condição de psicólogo-estagiário, um psicólogo que estaria aprimorando a sua profissão no Estabelecimento da Atenção Hospitalar. A autorização foi dada pela Secretaria de Saúde do município. E, realmente o meu interesse foi esse,

⁵⁰ Nome fictício eleito por nós, para falar do município em que trabalhamos.

⁵¹ Esse assunto está mais detalhado nos Ensaios 1 e 2.

⁵² Essa discussão encontra-se mais explorada no Ensaio 3.

aprofundar-me na escuta (orientada pela psicanálise) nesse contexto em específico, e, ao mesmo tempo, posicionar-me como trabalhador-intercessor para em algum momento, quiçá, não deixar de colocar uma questão à equipe que estivesse em sintonia com a posição do trabalhador-intercessor. Dentro do que foi acordado com o secretário de Saúde, por seis meses atuei em conjunto com duas equipes, revezando entre os períodos matutino e vespertino. Havia quatro equipes de trabalhadores em seus turnos respectivos. A carga horária foi de doze horas semanais, dividida em quatro horas diárias por três dias na semana. O uniforme foi uma camiseta polo branca e um crachá com a inscrição: “Psicólogo-estagiário”.

No início me apresentei, dizendo que estaria com a equipe para escutar os sujeitos que demandassem um tratamento psíquico, bem como com aqueles que em nosso entendimento pudessem se beneficiar do atendimento com um psicólogo. Conheci grande parte do corpo de trabalhadores, estabeleci alianças com a maioria destes, dispus-me a articular e construir o meu trabalho com eles. Nas diversas vezes que os trabalhadores me indagaram, se o que eu fazia era um estágio, minha resposta era: *“De certa forma, no momento estou me aprofundando, mas claro, querendo contribuir com vocês. A proposta é compor e acrescentar”*. Às vezes eu utilizava os significantes *“atendimento”* e *“tratamento pela palavra”* para designar o que eu iria fazer no Estabelecimento institucional durante esses seis meses. Identifiquei que foi uma forma de pontuar mais o meu lugar de psicólogo no local, percebi que surtiu efeito, rapidamente todos foram me reconhecendo como parte integrante da equipe.

Falei com os assistentes sociais, com a enfermagem e com os médicos (aqueles que se dispunham a conversar). Disse que também me interessava em atender os sujeitos para os quais a equipe médica não encontrava nenhuma causa orgânica constatável, relativa às doenças apresentadas pelos sujeitos. Minha hipótese, tendo em vista a experiência da Clínica e a vivência de trabalho noutros dispositivos de Saúde, baseava-se naqueles sujeitos que diante de um conflito psíquico expressavam este conflito no corpo, na forma de dores de cabeça, dores no peito, no estômago, ou seja, dores pelo corpo que incomodavam, cuja única forma de tratamento que recebiam era um calmante, pela razão de que a equipe não dispunha de um diagnóstico fechado a respeito dos sintomas físicos. Responderam-me que havia vários desses casos para escutarmos.

Nomeio minha presença na UPA como uma presença de “infiltrado”, aquele que penetrava, valia-se dos poros, das brechas, uma função íntima à do trabalhador-intercessor. Adentrava nos lugares nos quais, por suposição, não havia sido chamado: na Sala de Urgência, junto aos técnicos de enfermagem e enfermeiros quando estavam no balcão de

medicação, nas Salas de Observação, entre outros. Misturava-me com todos na pretensão de criar um campo transferencial com a equipe. Procurava conversar com todos para conhecer as minúcias dos processos de trabalho no Estabelecimento, saber da sua história, queria conhecer as forças que estavam em jogo no local, compartilhava ideias e queria opinião dos trabalhadores acerca de como eu poderia construir o lugar de psicólogo na Unidade de Pronto Atendimento.

Das conversas com os trabalhadores, perguntava sobre a Rede de Saúde da cidade, como funcionava, as suas percepções a respeito dos sujeitos atendidos e em tratamento. Em muitas vezes e em diversos contextos, perguntei se podia utilizar o seu espaço de trabalho para transcrição e relato da evolução dos casos, no balcão de dispensação de medicações, na cadeira do agente de controle de fluxo. Podemos confessar que este cuidado me proporcionou aberturas para a aceitação da equipe em relação ao meu trabalho. Havia momentos que eu percebia que não devia ficar por perto, para não atrapalhar, momentos em que devia evitar o diálogo, considerando a atenção deles nos seus afazeres. Acreditamos que o fato de não ser um psicólogo contratado como os demais eram, na relação com a equipe, permitiu que alguns trabalhadores me procurassem demandando um saber sobre os seus impasses subjetivos. Posicionava-me sempre numa escuta que não desprezasse a demanda em questão, fazendo algumas perguntas que privilegiassem ao menos que eles continuassem a falar, perguntas relativas ao trabalho, à equipe, mas demarcando o meu lugar, de que o propósito não era atendê-los.

Comprometi-me atuar para a recepção e escuta dos sujeitos do sofrimento e do tratamento. Quanto aos trabalhadores, minha função sempre foi estar em cooperação com eles, ser *Um-a-mais*, para, em alguma circunstância, ser o *Mais-um*: aquele que poderia lhes ajudar a formular uma questão, interrogá-los no seu trabalho repetitivo, de instituído. Seguimos Lacan (2003a, p. 562, grifo do autor), concordando com ele em sua excursão sobre o sintoma, porém adaptando às nossas exigências: “[...] A única definição do possível é que ele possa *não* ‘ter lugar’”. Como psicólogo precavido pela psicanálise e trabalhador-intercessor (noções homólogas e enlaçadas na práxis), consigo indicar que o meu *não-lugar* na equipe foi de estar “entre”, entre este que não era legalmente contratado pela Instituição Municipal de Saúde e entre aquele que está na inten[s]ção de continuar a sua formação, aprofundando-se na área e contribuindo com o coletivo de trabalhadores na produção de saúde, *in acto e in vivo*.

Depois de um tempo o meu trabalho foi notado, encaminhavam-me casos para que eu atendesse. Do agente controlador de fluxo à enfermagem, relacionava-me com todos. É

curioso percebermos que a opinião de muitos sujeitos que atendi, do que comentavam com os trabalhadores a respeito da forma como eu os escutava, foi outro fator contribuinte para que a equipe começasse a se interessar pelo meu trabalho. Certa vez, pude escutar uma mulher que acompanhava o seu marido. Numa dada altura de sua fala ela disse para todos ouvirem na recepção e para a moça que trabalhava na limpeza: “*esse psicólogo é muito bonzinho. É bonzinho mesmo, porque é muito atencioso, ele escuta*”. Outra trabalhadora da limpeza, ao descobrir que eu era psicólogo comentou com a sua companheira na minha frente, “*por isso ele é atencioso, escuta, é calmo e tranquilo*”. Com o campo transferencial construído junto aos trabalhadores foram criadas as condições para o exercício do meu trabalho: a equipe direcionando-me casos e discutindo comigo os seus encaminhamentos, cooperando comigo a encontrar espaços para a realização das escutas.

A proximidade da equipe foi providencial para a inserção na UPA. Às vezes eu tecia diálogos banais com os trabalhadores, não relativos aos atendimentos em específico, por duas razões: primeiro, porque sabemos que o trabalhador-intercessor é uma posição não se ocupa o tempo todo, integralmente. Segundo, porque sabia que para o trabalho entre vários, no intuito da “transdisciplinaridade”, na superação das disciplinas e na escuta ao sujeito do sofrimento [inconsciente] trataria de conviver, ao invés de convencer (FIGUEIREDO, 1997).

Obtive sinais da práxis para me situar entre os colegas de trabalho. Algumas aproximações minhas no início, por exemplo, de estar no lugar onde dispensavam medicamentos, junto com eles, sou para uns como um incômodo e inconveniência de minha parte. Esses acontecimentos proporcionaram que eu me deslocasse, localizando os espaços pelos quais eu poderia circular sem que os irritasse. Quis relatar a evolução dos atendimentos em prontuários, para fins de registro histórico e meio de acesso dos trabalhadores a uma pequena parte do que era o meu trabalho. A coordenação recusou argumentando que a minha condição temporária na UPA inviabilizava o procedimento de evolução. Desta forma, comecei a fazer as anotações do andamento dos atendimentos em papel sulfite, relatando as informações básicas dos sujeitos, caso a equipe ou os outros Estabelecimentos da Rede viessem a precisar. Adotei estas atitudes como desígnio de dar visibilidade, maior formalização e legitimidade ao que eu fazia. Percebi que esses cuidados faziam a diferença no tocante à minha inserção no coletivo de trabalhadores, privilegiando a criação de um campo de intercessão (para nós, sinônimo de campo transferencial), o enlace de parcerias junto aos atores institucionais. Citemos situações para ilustrar a constituição desse vínculo criado.

Foram muitos os dias em que alguns médicos chamavam-me para reuniões com o assistente social, com a finalidade de direcionar-me sujeitos em intenso sofrimento psíquico.

O assistente social chegou a mencionar que era uma pena trabalharmos juntos somente em três dias na semana. Aliás, as articulações que fiz com ele foram muito produtivas, do ponto de vista da discussão de casos e posteriores direcionamentos para a Rede. Ele chegou a enunciar que: *“de fato é importante não despacharmos as pessoas que nos procuram. Entendermos melhor o que elas estão nos dizendo”*. Complementei: *“mesmo porque, elas trazem elementos de suas histórias que falam de impasses seus, mesmo quando procuram um pronto atendimento”*. Sobre os atendimentos, com duas semanas na UPA já estava sendo possível discutir com a enfermagem e com os médicos (com os quais eu tinha maior familiaridade), os planos da escuta aos sujeitos. A movimentação por entre os trabalhadores, as aproximações e distanciamentos do trabalhador-intercessor quanto às propostas de trabalho e articulações com a equipe foram concomitantes às supervisões clínico-institucional. Os meus reposicionamentos na práxis também foram efeitos dessas supervisões.

Por conta da especificidade de meu lugar no Estabelecimento, deparei-me com obstáculos no exercício da práxis. Consegui driblar alguns destes empecilhos devido à ação conjugada com os trabalhadores, por considerarem legítima a minha função. Ilustro esta percepção com um acontecimento.

Estava passando pela Sala de Urgência, quando escutei uns gritos. Um dos médicos que eu conhecia, o qual vamos lhe dar um nome fictício, Pedro, chamou-me dizendo que havia um sujeito para ser atendido. Após escutá-lo procurei Pedro para conversarmos. Comentei com ele sobre a importância de escutar um pouco mais este sujeito, pensando na continuidade do seu tratamento no Território⁵³, na Unidade Básica de Saúde (UBS) que era de sua referência. Pontuei que deveríamos entrar em contato com a equipe dessa Unidade, como meio de criarmos em parceria, um projeto terapêutico ao sujeito. Posto o caso, expus a dificuldade de conseguir junto à coordenação o aval para que o contato fosse estabelecido. Conversamos sobre o quão relevante seria o trabalho cooperado com os Estabelecimentos de Saúde da cidade. Comentei que havia um tempo que eu tentava me reunir com o coordenador e não conseguia um horário na sua agenda, de modo que ele ouvisse a proposta de poder contar com as Unidades de Saúde de *Areias*. A intenção era falar do trabalho que estava sendo realizado na UPA e da necessidade de estendê-lo à Rede. Referi-me sobre as inúmeras vezes que tínhamos reunião marcada e desmarcada no último instante. Pedro pareceu incomodado

⁵³ Noção advinda do conceito de Saúde, postulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. A conceituação de Território não se limita ao espaço geográfico. O espaço que é criado pelo Território, é este construído historicamente, vinculado ao contexto social, afetivo, econômico e relacional, constituído pelos sujeitos que o habitam. O Território é o lugar habitado pelos sujeitos, em sua existência material e subjetiva (COSTA-ROSA, 2013; SAQUET; SILVA, 2008).

com o que revelei e somente ressaltou que concordava comigo, disse que já estava na hora de as coisas mudarem e que assim não dava para continuar.

Passaram-se umas horas, estava indo embora, quando Pedro gritou o meu nome e veio em minha direção. Disse-me que acabara de falar com o coordenador e que ele acabara de dizer que poderíamos marcar uma reunião para conversarmos. Achei significativa a atitude de Pedro. Penso que foi um efeito da transferência estabelecida entre nós, de uma intercessão que se produziu desta relação, mediante as aproximações que tivemos por conta da complexidade dos casos que chegavam. Considerando as tentativas anteriores frustradas, provavelmente se fosse eu quem solicitasse, o secretário administrativo não teria marcado a reunião. Foi providencial o médico ter intercedido por mim, intercessão essa que, por hipótese, pode ser pensada como consequência da minha intercessão junto a ele. Dias depois encontrei com o secretário da coordenação, solicitei uma data e ele ficou de me retornar, no entanto, o retorno não ocorreu.

Não queremos destacar a omissão da coordenação a troco de nossas reivindicações, mas as possibilidades que se abriram, logicamente sem garantias de êxito, nos instantes em que nos propusemos a agir coletivamente, com uma compreensão mínima e comum entre equipe, dos casos atendidos. Mesmo assim, em alguns poucos momentos, quebramos, de fato, com os modelos especializados e fragmentados de Atenção, que entendiam a produção de saúde em relação à doença. Apostamos, conseqüentemente, na troca de saberes como uma passagem necessária rumo ao horizonte de trabalho em Saúde. Entendimento próximo àquele que almejamos sob os ideários do SUS.

Pode um psicólogo na Unidade de Saúde Hospitalar se restringir aos sujeitos do sofrimento? É evidente que se for um trabalhador-intercessor, na Urgência de uma UPA, deverá também estar atento às possíveis intercessões a serem produzidas no coletivo de trabalhadores. Uma de minhas táticas, após escutar os sujeitos, na forma das Entrevistas Preliminares em psicanálise, foi procurar os trabalhadores com quem eu possuía uma relação transferencial melhor e anteriormente tecida.

Meu objetivo foi pensar os encaminhamentos dos casos, considerando o trabalho de equipe que ultrapassasse os protocolos, os documentos, legalistas. Em muitas ocasiões esse momento me serviu de oportunidade para lhes transmitir algo de uma ação de saúde que incluísse a escuta ao sujeito do inconsciente. Falava-lhes da importância de escutarmos os sujeitos não nos restringindo unicamente às dores que eles traziam.

Interessante como os enfermeiros e técnicos de enfermagem, ao tomarem conhecimento do meu trabalho, ficavam curiosos perguntando sobre o que eu tinha escutado.

Por vezes revelavam-me a reflexão, *a posteriori*, dos seus procedimentos, no contato que tinham com os sujeitos. Certa vez, dois técnicos falavam sobre as suas percepções a respeito de quando vão aplicar um soro em alguém, diziam que muitos sujeitos aproveitam para discorrer sobre as suas histórias, dos infortúnios que viveram. Eles terminaram o assunto enfatizando o quão importante era escutar as pessoas em seu adoecimento.

3.2. Oferta, Escuta e tratamento na Urgência

O manejo do Dispositivo Analítico, do *setting*, a manobra por ampliá-lo, acompanhava a Urgência – na rápida resposta clamada pelos sujeitos na sua angústia. Perante a realidade abalada, faltava um sentido ao trauma. Em sua demanda, reivindicavam, na pujança de sua dor, um saber para dar um nome ao acidente e aliviar [curar] o seu sofrimento. Na Unidade de Pronto Atendimento, o trabalhador-intercessor tem que ser rápido em seu raciocínio? Garantimos que sim, contudo, ressaltamos que a pedra de toque para a peculiaridade desta escuta são os elementos da experiência de práxis e da própria análise.

Nos termos da técnica, da teoria e da política, a estrutura da psicanálise conduzida na Clínica *stricto sensu* foi assegurada na UPA. Geralmente os sujeitos em tratamento permaneciam no Estabelecimento por no máximo 24 horas, o que era suficiente para operarmos com a fala, por meio das Entrevistas Preliminares, da transferência, do corte e da escansão. A postura do trabalhador-intercessor na práxis delimitou-se em atuar para que os sujeitos viessem a trabalhar, falar de seus incômodos (que na sua maior parte eram físicos).

De entrada, o “[...] sucesso terapêutico, entretanto, não é o nosso objetivo primordial; nós nos empenhamos mais em capacitar o paciente [sujeito] a obter uma compreensão consciente dos seus desejos inconscientes” (FREUD, 1996b, p. 110). O reconhecimento, por mais inicial que seja, de que existem pontos em sua história relativos à experiência do seu psiquismo, no confronto com o traumático, já é um primeiro passo dado pelo sujeito. Para que cheguemos a este alvo, no entendimento de Lacan (1998a), o que o psicanalista dirigirá nessa operação não será o sujeito, mas sim o tratamento. O analista empresta o seu corpo e a sua subjetividade como suporte aos fenômenos da transferência. Os fenômenos da transferência, por sua vez, são eventos úteis para a precipitação da palavra, como forma de articulação do que está *não-dito* em direção ao *[bem-]dizer*.

Por volta do ano de 1893, aproximadamente, em um dos textos de Freud, dos chamados pré-psicanalíticos, encontramos a reflexão sobre um caso atendido por ele no alto de uma montanha. Ainda que seja um ensaio antigo e representante dos rudimentos da psicanálise, acreditamos que ele ilustra um pouco o que é uma de nossas propostas. Valemos do caso Katharina como exemplar das possibilidades de escuta, que estão longe de uma sala com o seu divã e suas poltronas.

Nas férias de verão do ano de 189[3].. fiz uma excursão ao Hohe Tauern para que por algum tempo pudesse esquecer a medicina e, mais particularmente, as neuroses. Quase havia conseguido isso quando, um belo dia, desviei-me da estrada principal para subir uma montanha que ficava um pouco afastada e que era renomada por suas vistas e sua cabana de hospedagem bem administrada. Alcancei o cimo após uma subida estafante e, sentindo-me revigorado e descansado, sentei-me, mergulhando em profunda contemplação do encanto do panorama distante. Estava tão perdido em meus pensamentos que, a princípio, não relacionei como estas palavras, quando alcançaram meus ouvidos: ‘O senhor é médico?’ Mas a pergunta fora endereçada a mim, e pela moça de expressão meio amuada, de talvez dezoito anos de idade, que me servira a refeição e à qual a proprietária se dirigira pelo nome de ‘Katharina’. A julgar por seus trajas e seu porte, não podia ser uma empregada, mas era sem dúvida filha ou parenta da hospedeira.

Voltando a mim, respondi:

- Sim, sou médico, mas como você soube disso?

- O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes. E pensei que, se o senhor pudesse dispor de alguns momentos... A verdade, senhor, é que meus nervos estão ruins. Fui ver um médico em L – por causa deles, e ele me receitou alguma coisa, mas ainda não estou boa.

[...] – Bem, e de que é que você sofre?

– Sinto muita falta de ar. Nem sempre. Mas às vezes ela me apanha de tal forma que acho que vou ficar sufocada (FREUD, 1996c, p. 151).

Diante da demanda de Katharina, Freud se perguntou: “[...] Deveria eu fazer uma tentativa de análise? Não podia aventurar-me a transplantar a hipnose para essas altitudes, mas talvez tivesse sucesso com uma simples conversa” (1996c, p. 152-153). Freud poderia achar que esse encontro seria uma simples conversa, porém, o conteúdo dos impasses trazidos por Katharina, envolvendo o seu tio, a sexualidade e os sintomas corporais, revelavam um sujeito que muito poderia se favorecer de uma experiência analítica. Talvez não fosse a pretensão de Freud atuar com a psicanálise naquele contexto. A despeito disso ou não, da enxurrada de perguntas direcionadas à Katharina serem invasivas por demais ou não, observamos nas linhas do texto que ela se beneficiara dos efeitos de sua fala, conseguindo se dar conta de coisas que permaneciam inconscientes, até então veladas pela barra do recalque, não lhe sendo acessíveis pela consciência até aquele dia.

Incorporamos à nossa prática clínica na UPA de *Areias* os três momentos da Urgência subjetiva, relacionados ao dispositivo *Clínica da Urgência*⁵⁴: o sujeito precipitando-se na Instituição e a prevalência de uma transferência selvagem (sem análise); a recepção do sujeito e a instalação da transferência, a suposição de saber no trabalhador-intercessor; e o momento de pensar os encaminhamentos para a continuidade do tratamento psíquico noutro Estabelecimento da Rede (CALAZANS; BASTOS, 2008). Associamos a esses três momentos, de um artigo de 1958, as seis proposições de Jacques Lacan:

Para onde vai, portanto, a direção do tratamento? Talvez baste interrogar seus meios para defini-la em sua retidão.

Observe-se:

1. Que a fala tem aqui todos os poderes, os poderes especiais do tratamento;
2. Que estamos muito longe, pela regra, de dirigir o sujeito para a fala plena ou para o discurso coerente, mas que o deixamos livre para se experimentar nisso;
3. Que essa liberdade é o que ele tem mais dificuldade de tolerar;
4. Que a demanda é propriamente aquilo que se coloca entre parêntese na análise, estando excluída a hipótese de que o analista satisfaz a qualquer uma;
5. Que, não sendo colocado nenhum obstáculo à declaração do desejo, é para lá que o sujeito é dirigido e até canalizado;
6. Que a resistência a essa declaração, em última instância, não pode ater-se aqui a nada além da incompatibilidade do desejo com a fala (LACAN, 1998a, p. 647).

Assentamos a nossa práxis sobre as linhas de condução que a escuta analítica preceitua. Baseamo-nos nessa direção do tratamento, na fala em seu curso livre, na não resposta à satisfação da demanda e na dissipação de gozo angustioso que pode haver no encontro da palavra com o desejo [inconsciente].

Parte da equipe comentava comigo: “pena que você não tem uma sala”, respondia sempre a eles que a escuta poderia se operar onde houvesse pessoas para falar, a sala poderia estar em todos os lugares. Ouvia de outro trabalhador, munícipe de uma cidade próxima a *Areias*, que na Santa Casa do seu município havia um psicólogo, porém ele não ficava circulando, ficava somente na sua sala esperando os encaminhamentos.

Os acontecimentos exigiam jogo de cintura e improvisação da parte do trabalhador-intercessor. Nas Salas de Observação os leitos ficavam próximos uns dos outros, havia os sujeitos e os seus acompanhantes. Por vezes eu estava próximo de um sujeito em seu leito e ao lado havia outro tentando ouvir o que dizíamos. Quando era possível fazia o convite ao sujeito que escutava para nos locomovermos a um espaço mais reservado. Buscava não me

⁵⁴ Esse tema está mais detalhado no Ensaio 3 desta dissertação.

expor e não expor muito quem falava, falar em um tom de voz baixo. Durante o meu expediente entrava uma ou duas vezes no máximo em cada sala.

Perambulava por todos os lados, sem ter um local próprio para os atendimentos, pelos corredores, na recepção (Sala de Espera), pelas Salas de Observação, Inalação, Hidratação, nas proximidades da Sala de Urgência e Emergência. E como introduzir essa dimensão de escutar o sujeito do inconsciente numa Unidade de Pronto Atendimento que antes não se propunha a um tipo desses de Atenção?

Então, onde há oferta pode surgir a demanda, e se surge a demanda é porque existe, em algum lugar, a possibilidade de ser escutada.

Se alguém não se sente bem em oferecer a sua escuta, é preciso trabalhar *isso* em sua própria análise, se deseja ser analista, pois o que pode fazer um analista é, antes de tudo, oferecer-se. Oferecer apenas, para ser mais clara, a sua escuta (MORETTO, 2001, p. 109, grifo do autor).

Aproximava-me dos sujeitos que emitiam algum sinal, seja pelo semblante esmorecido, deprimido, triste, ou pelo seu olhar “perdido”. E não poderiam ser estes, os sinais, parte daquele sinal que não engana, tão conhecido no sofrimento psíquico: a angústia? Fiz uso de táticas para chegar aos leitos, às vezes olhava pelo vidro, do lado de fora das Salas. Permanecia próximo dos técnicos de enfermagem, responsáveis pelas Salas de Observação, para estabelecer um fio de conversa a respeito do trabalho ou de qualquer outro assunto. Nesta oportunidade, averiguava com os técnicos sobre as demandas de escuta no local ou dirigia-me àqueles sujeitos que estavam sozinhos ou acompanhados, solicitando ao acompanhante que nos deixasse a sós por um instante. Noutras situações, transitava pelo corredor e pela recepção para que as pessoas enxergassem o meu crachá e viessem a mim. Interessante como muitos, depois dos atendimentos, supunham qual era o meu papel na UPA pela posição atenciosa que eu aparentava a eles. Diferenciavam-me do restante dos trabalhadores por este aspecto. Disse-me um sujeito numa ocasião, *“você tem mesmo o jeito de psicólogo. Você escuta”*.

Foram casos de hipertensão, dores de cabeça, perdas da voz, indício de enfarto, conversões histéricas, acidentes diversos; por alguma razão esses sujeitos estavam na UPA. No que os pude escutar, no que falavam, não sabiam de onde vinha a dor, e em diversas circunstâncias a equipe médica também não sabia. Os trabalhadores reconheciam que era trabalho para o psicólogo somente quando os sujeitos estavam chorando, quando estavam dizendo algo que os levava a entender que era um “problema” emocional. Porém, essas dores de cabeça, dores pelo corpo, os desmaios, ainda que nada fosse constatado do ponto de vista

médico, não os levavam a inferir que poderia ser uma questão psíquica. No máximo arguíam que se tratava de um “*piti*”: o sujeito estava fingindo. Excetuando alguns casos, a maioria dos sujeitos que escutei foi a partir da minha oferta, por meio de perguntas, não todas ao mesmo tempo, porém, utilizadas cada qual numa ocasião em que eu julgava pertinente: “*Olá, como vai?*”, “*O que aconteceu?*”, “*Como está?*”. Se não vinham procurar o psicólogo, eu me apresentava.

Em 1920, Freud (1996d) nomeou de “neurose traumática” a condição vivida pelos sujeitos, a indisposição subjetiva e a perturbação do seu psiquismo ao sofrerem acidentes. A distribuição da libido poderia ser debilitada em decorrência do dano físico. Seis anos antes, em 1914, Freud (1996e) já havia falado do assunto. Disse,

uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar (p. 89, grifo do autor).

Concordamos. A libido volta-se para o próprio Eu em face de uma pulsão destrutiva e de morte. Entretanto, não será esta a circunstância que fará com que deixemos de supor um sujeito em quem está padecendo. Serve-nos de modelo o exemplo dado por Lacan no seu Seminário 1: o mestre budista, segundo a técnica *zen*, que interrompe o silêncio com um pontapé, um sarcasmo, com qualquer coisa, tudo pela procura de um sentido (LACAN, 1983). Visamos o sujeito interrompendo o seu silêncio para que, por intermédio da fala, ele revitalize a ligação com os seus objetos de investimento libidinal, que fazem semblante de desejo e, deste modo, possa criar outros sentidos ao seu sofrimento. Lembramo-nos do senhor C. Ele estava sozinho em um quarto isolado, internado por artrose nas pernas e por um problema na bexiga. Perguntei como estava, e ele me respondeu sussurrando com ares de quem está sentindo muita dor: “*não há dor maior no mundo*”. Fiquei em silêncio, passaram-se uns minutos e ele não continuou mencionando as dores no corpo. Então, sublinhei: “*não há dor maior?*”. Respondeu-me imediatamente: “*não há dor maior do que a dor da saudade*”. Daí, o senhor C. falou do seu passado, de quando podia trabalhar, andar, do amor que tinha pelas filhas, das mulheres que gostou e da atual esposa. Era um senhor que devia ter os seus mais de 80 anos.

Eleitos por nós do *Diário de Campo de Intercessão*, pretendemos expor os fragmentos das Entrevistas Preliminares de quatro sujeitos que pude escutar, sob os esforços de exercitar o dispositivo *Clínica da Urgência* na UPA. As Entrevistas Preliminares em Lacan são o equivalente ao Tratamento de Ensaio para Freud; é um trabalho prévio para toda entrada em análise (QUINET, 2005). Neste propósito, as funções das Entrevistas Preliminares foram conduzidas para a continuação dos seus trabalhos subjetivos nas Unidades Básicas de Saúde do seu Território.

3.2.1. Caso H.

Na Sala de Observação masculina avistei na maca um rapaz todo sujo, falando com uma voz trêmula. Uma moça aparentando ter os seus 15 anos falava com ele. Aproximei-me da enfermeira e perguntei se poderia escutá-lo, respondeu-me que sim, alertando-me que o mesmo estava embriagado e talvez não conseguisse falar. Consegui, com o aval da enfermeira, utilizar o “Quarto de Isolamento” (específico para sujeitos com doenças infecciosas e contaminantes). Apresentei-me ao rapaz, pedi para que me acompanhasse, H. andava manquejando e escorando em mim, aparentemente estava tonto. O técnico de enfermagem havia dito que ele tinha tomado muita bebida alcoólica, havia convulsionado, no momento estava sob o efeito de muita medicação.

Entramos na sala, ele parecia não querer falar, disse que não sabia por que estava na UPA. Disse novamente que não sabia como havia chegado no Estabelecimento, perguntou-me se eu sabia. Respondi de imediato: “*Eu também não sei, mas achei importante tê-lo encontrado aqui, para saber como você está. Escutar o que você tem a dizer*”. No momento em que acabei de pronunciar essas palavras, as lágrimas correram o rosto de H., “*guardo muita mágoa, guardo tudo comigo*”. Falou da raiva que sentia. Não bebia fazia muito anos, mas recentemente voltou a beber. Contou que se embebedou para não matar a mulher com quem vivia. “*É muita coisa, tudo está na minha cabeça, isso tudo me deixa confuso*”. Pedi para que falasse sobre algo dessas coisas, H. revelou-me que sofria calado. Destacou que sofria, tinha uma raiva incontrolável, vontade de matar a esposa. Ele falava e chorava simultaneamente.

Perguntou da enteada, pediu que eu a chamasse para entrar no quarto onde estávamos. Disse a ele que ela estava do lado de fora esperando-o. Voltou a dizer que sofria calado, que não aguentava mais sofrer sozinho, segurar tudo. Sublinhei: “*segura tudo?*”. Respondeu, “*não*

dá mais pra segurar meus pensamentos, tenho ficado confuso. Mas tá bem, tô bem". Pontuei: *"Penso que você tem questões para trabalhar, você fala de um sofrimento"*. H. começou a chorar mais intensamente e disse, *"estou zozzo. Eu só sofro calado. Acho que nunca fui feliz, sou infeliz e ela não sabe, ninguém sabe"*. Pediu de maneira enfática, insistindo que chamasse a enteada para ele, querendo se levantar e esboçando irritação. Decidi desta vez por chamá-la, tive a impressão de que a sua vontade era que ela testemunhasse o que ele estava dizendo.

Não encontrei a sua enteada, voltei até a sala e disse para H. que ele falava de muitas coisas que mereciam uma importância. Destaquei que ele poderia se beneficiar de um tratamento pela palavra, deixando claro que eu me propunha escutá-lo na UPA por mais uma vez. Naquela fração de segundos não pensei que estava dando a crer que o atenderia em psicoterapia, contudo, acabei falando. Percebi que do ponto de vista transferencial, inicialmente, ele poderia se enganchar num trabalho comigo. Considerando se eu deveria ter saído para chamar a sua enteada, sem fazer um corte ou não, naquele momento senti que deveria. Quando voltei, encerrei a sessão, disse-lhe da pertinência da continuação do seu trabalho subjetivo. Saí da sala e seu cunhado o estava esperando. Perguntou-me se tinha algum *"distúrbio"*, pois a família sabia que ele deveria se tratar. Estávamos perto de H., respondi de uma forma que não o expusesse muito, sem deixar de esclarecer à família da particularidade de suas questões, mesmo porque, a sua referência era os parentes que o acompanhavam, que legalmente respondiam por ele. *"Foi o que eu disse a H., ele tem as suas questões..."*. Seu cunhado me interrompeu: *"distúrbios?"*. Retomei: *"questões que todos nós temos, porém ao modo de cada um. Poderá ser importante um acompanhamento em psicoterapia. Ele poderá me procurar aqui, na Unidade de Saúde próxima de sua casa, ou noutra lugar do seu desejo"*. Virei-me para H. e lhe disse até logo. Sentado num banco e chorando copiosamente ele assentiu com a cabeça me agradecendo.

Considerarei este, um caso limite, era um sujeito que parecia assustar todos a sua volta, por estar sujo e confuso. Coincidia ainda o fato das pessoas, principalmente enfermeiros e técnicos, estarem com medo dele, por conta de H. estar *"bêbado"*. Ninguém acreditava que ele poderia falar com o psicólogo. Na escuta realizada, H. parecia inquieto, nervoso, evitava me olhar, chorava muito, murmurava. A forma como falava quando mencionava querer matar a mulher parecia denotar alguém que estava com os nervos *"à flor da pele"*, por vezes repetiu querer matá-la. *"Sou infeliz por ficar calado com o meu sofrimento"*, disse. Procurei sublinhar o seu discurso, de modo que ele ao menos reconhecesse de sua própria fala a possibilidade de enunciar isso que lhe perturbava. No início H. confundia-me com um médico, acreditava que eu o iria medicar. Esclareci a ele que o tratamento a que me propunha era pela palavra. E, foi

justamente disso que ele falou: da sua dificuldade de falar. Não sei o que terá sucedido de H., mas sei que no momento de sua angústia ele pôde dizer sobre um pedaço daquilo que havia lhe trazido a UPA.

3.2.2. Caso S.

S. foi o primeiro sujeito que recepcionei por encaminhamento de um trabalhador da equipe. Ela estava toda enfaixada na maca, com curativos por todo o rosto, parecia ter se machucado muito. Tentou suicídio, não fiquei sabendo o que havia acontecido para que ela estivesse tão machucada e enfaixada, soube apenas que tomou muitas medicações para se matar. Estava por perto quando uma técnica de enfermagem e uma enfermeira disseram a ela que um psicólogo iria atendê-la. Subitamente S. respondeu: “*ah não, não quero chorar*”. Ao chegar próximo dela, a primeira coisa que me disse, olhando para mim e para a enfermeira, foi: “*noossa, que moço bonito!*”. Perguntou pelo meu nome, e ao me ouvir lhe responder, contou que era o mesmo nome do seu filho. A sua mãe disse-me que S. não era muito de conversa. No entanto, percebemos ao longo do seu discurso, totalmente o contrário dessa afirmação.

S. falava do grande amor pelos filhos, sobretudo pelo filho que estava preso, “*eles valem ouro pra mim*”. Sublinhei o significante “*ouro*” e ela continuou enfatizando que o seu amor era grande. Não queria para eles a vida que teve. Citou a filha, afirmando que brigou com um rapaz que tentou assediá-la, disse que foi violentada na adolescência e não iria querer o mesmo para ela. O moço que gracejava a filha com cantadas insinuantes era um traficante, que além de tudo, segundo ela, era casado.

Revelou que sua mãe a ajudava cuidar dos filhos. S. contou que tinha depressão, não conseguia sair de casa, lembrou que uma psicóloga sempre lhe visitava, chamava-a, mas ela não queria sair para receber a psicóloga. Falava da tristeza que guardava consigo, pensava nos filhos dia e noite. Pontuei: “*Dia e noite?*”. S. frisou que se preciso fosse daria a vida pelos filhos. Mencionou um filho que estava preso, na penitenciária da cidade, ele fazia uso de remédio controlado, psiquiátrico, disse ela.

A mãe de S. ainda estava por perto, complementava o que a filha dizia, revelou que na ausência do filho dela, seu neto, ela tomava os remédios por ele. Resolvi pedir para que nos deixasse sozinhos. Na ausência da mãe, S. parecia falar de sua vida de maneira mais livre, contou que guardava segredos, estavam “*guardados no peito*”. Silenciou-se e voltou a falar da

sua tristeza, do quanto amava os filhos e se doía por eles. Pontuei: “*é necessário falar do que está guardado*”.

S. começou a dizer sobre como foi violentada por três homens, depois disso ficou com medo que o mesmo acontecesse com a filha (que à essa altura, possuía a mesma idade que S. possuía na época em que foi violentada). Disse S, chorando muito: “*minha filha é uma mocinha muito bonita*”. Expressiu não saber o porquê de ter tanto medo pelos filhos e de não conseguir sair de casa. Perguntei: “*é o que se sabe e se tem?*”. Respondeu S.: “*eu sei que eu tenho coisas aqui dentro comigo que só eu posso resolver. Me dói muito isso*”. Fui encerrando a entrevista, disse a ela que havia coisas em aberto que mereciam ser trabalhadas numa psicoterapia. S. assentiu com a cabeça, falou que iria esperar a psicóloga lhe atender em casa. Pontuei firmemente: “*é importante que você procure*”, ela limpou as lágrimas, agradeceu-me e disse que iria procurar.

Certo dia, uma enfermeira contou-me que sempre quando estava na UPA, S. sentava-se na Sala de Espera e dizia à enfermeira que vinha me ver. Fiquei em silêncio, e em seguida falei: “*talvez ela vir para me ver tenha a sua função, quando vê-la, por favor, avise-me que vou até ela*”. A técnica de enfermagem concordou, complementando que era importante uma escuta para as pessoas que sofriam acidentes e estavam internadas por uma doença.

3.2.3. Caso B.

Uma das técnicas de enfermagem me chamou para ver B., segundo os profissionais, era um sujeito que sempre estava na UPA sem motivo algum. Caminhei à Sala de Hidratação, onde B. estava. Tendo em vista a sala muito cheia, convidei-a para me acompanhar a um lugar mais reservado, à Sala de Inalação (que por sinal estava vazia). Foram três entrevistas, sessões, das quais pude perceber mudanças em seu discurso. Na primeira entrevista, B. falou mais da doença que os médicos tinham diagnosticado por incurável, “*Doença de Crohn*”, disse ela. Falou de dores nos braços, nas pernas, no abdômen, de uma dor no coração, das suas perdas, do irmão falecido recentemente, da morte de uma de suas filhas, da mãe que há dois anos havia reencontrado em um asilo. Ela dizia: “*eu não sei o que é que tenho. O que é essa doença minha*”. Perguntei, finalizando a entrevista: “*É. O quê é que você tem?*”. B. olhou-me assustada. Disse a ela que iria dar uma volta e que já voltava para continuarmos.

Na segunda entrevista, B. falou que sentia um vazio no coração, indagou-se sobre o que poderia ser isso. Falou de sua história, contou que era de outra cidade. Havia sido

abandonada pela mãe, que largou do pai para fugir com outro homem, anos depois descobriu que ela estava em *Areias*, então resolveu procurá-la. Quando a reencontrou, reaproximaram-se, a mãe pediu desculpas, consegui com que seu pai a perdoasse e fosse conversar com ela, depois desses reencontros a mãe sofreu um Acidente Vascular Encefálico.

B. chorava muito, sobretudo pelo fato do irmão ter morrido sem ter perdoado a mãe. Revelou uma grande preocupação com a filha, disse que ela tem se afundado no álcool. Contou não aguentar ver uma das filhas que muito estima no “*mundo das drogas*”. Voltou a falar dos abandonos que teve, o ex-marido a abandonou para fugir com outra. Encerrei a sessão e disse que voltava novamente em uns minutos.

Demorei um bom tempo, por estar acompanhando uma técnica de enfermagem em outro caso. Na porta chamei-a para me acompanhar ao Quarto de Isolamento, pois desta vez, era a Sala de Inalação que estava muito cheia. Na terceira sessão ela veio se perguntando e perguntando para mim se ela tinha cura, se era possível uma mudança de vida. Falou que tem se preocupado demais com os outros e nem um pouco consigo mesma. Quando se fez a pergunta, “*o quê eu tenho?*”, encerrei, destacando para ela as perdas, o vazio no coração, pontos em sua história para serem trabalhados numa experiência de escuta em psicoterapia. Indiquei-lhe a Unidade de Saúde referência do seu Território, sem deixar de apostar na transferência. Falei que para todos os efeitos eu estaria na UPA, caso decidisse voltar no dia seguinte. Ela respondeu que viria, enfatizando umas duas vezes. Porém, B. não voltou. Semanas depois perguntei a uma técnica de enfermagem sobre ela, respondeu-me que desde então, B. que estava na Unidade todos os dias, não havia voltado mais.

3.2.4. Caso CM.

Pude escutá-lo em três oportunidades num mesmo dia: no primeiro momento apenas perguntei como estava, respondeu estar tranquilo, aguardava exames para saber de uma dor no peito que os médicos não souberam lhe responder. Ficou quieto, não disse mais nada. Afastei-me propositalmente, falei que era o psicólogo e que estaria circulando pela Unidade. Na segunda vez, ao encontrar com CM. no corredor, para iniciar a oferta de uma escuta, estrategicamente começo um diálogo. Perguntei sobre os exames; respondeu-me que ainda não sabia de nada, “*é uma dor no peito só, não é nada demais*”. Disse-lhe: “*às vezes uma dor fala de outras dores*”, CM. sorriu e falou, “*eu estou bem, meu problema não é de amor não. Tenho saudade dos meus pais, mas já os vi recentemente*”. Sublinhei: “Amor?”. CM.:

É, fui casado duas vezes, no segundo casamento a mulher largou de mim. Quis morrer, me joguei no asfalto, tive um apagão, aí acordei e estava no acostamento. Quase um caminhão me pegou, mas alguém me salvou. Estou sozinho hoje, mas está bom assim. Estou bem.

Digo para ele que continuaríamos aquela conversa noutro momento, que depois gostaria de escutá-lo melhor. Ao dizer isso para CM., coincidiu com o técnico de enfermagem chamando-o para aplicar uma medicação intravenosa.

Depois de uns trinta minutos, avistei-o no corredor e o chamei para sentarmos em um banco, ao lado da Sala de Medicação. Por sorte, próximo ao banco não havia muitas pessoas circulando. Disse a ele que não tínhamos uma sala, porém aquele local não deixava de ser um lugar, “*serão perguntas para saber como você está, é importante que diga o que lhe vier à mente*”. Fiquei em silêncio, ele olhou para mim e disse, “*então tá, me pergunte!*”. Solicitei a CM.: “*Você falou sobre ‘amor’ da última vez. Continue*”. CM. falou de como foi quando se separou da última esposa. Contou o quanto foi difícil, quis morrer, falou do quanto era ruim estar sozinho, morar sozinho, viajar como viaja. CM. trabalhava para uma empresa do estado do Rio Grande do Sul, que o obrigava a viajar e ficar meses fora da sua terra natal. Disse que recentemente, estava entrando em depressão por estar longe de casa. A empresa o havia liberado para voltar à casa dos pais por alguns dias. Continuou falando, “*sou muito nervoso, fico inquieto. Fiquei na casa dos meus pais por uns dias, mas fico desinquieto*”. Perguntei: “*Des-inquieto?*”. Respondeu:

não aguento ficar parado. Você já viu, eu fico andando de um lado para o outro. Tomo até um ‘calmantzinho’ para dormir, Rivotril, você conhece? Só assim pra dormir. Sou muito nervoso, desinquieto. Rapaz, como é difícil ficar sozinho, é muito triste não ter ninguém. A gente fica aí viajando de um lado para o outro. Mas é assim mesmo, já me disseram, não tenho cura, isso não tem cura.

Perguntei: “*Quem disse?*”. CM.: “*Ah, não tem cura mesmo, o que eu vou fazer? O que eu vou fazer, não tem solução mesmo*”. Encerrei: “*Sim. É o que você vai fazer*”. Frisei a ele que uma psicoterapia poderia ser um dispositivo interessante para as inquietações. CM., fitando-me com os olhos bem arregalados, me disse, “*sabe que há um tempo atrás eu estava pensando nisso mesmo: pensando em procurar um psicólogo*”.

Inicialmente CM. não queria falar, dizia não ter nada, dizia que não tinha nada para falar com o psicólogo. Notemos que as escansões realizadas proporcionaram ao rapaz querer

falar de si e se haver com as coisas que lhe deixavam “*desinquieto*”, impeliram o deslocamento do significante “dor no peito”, fixado na queixa, para outro significante: “*não sei por que sou assim tão desinquieto e nervoso*”.

Vejam os fragmentos da experiência. Os casos H. e S. são exemplares das manobras feitas na peculiar ação exigida pelos sujeitos no Estabelecimento Hospitalar ao trabalhador-intercessor. Em relação ao H., ficaram as perguntas do trabalhador-intercessor. O rapaz estava embriagado, com bastante tontura, tanto em razão do álcool, quanto pelas altas doses de medicação. Mesmo nessa conjuntura, diante dos avisos da enfermagem e de sua confusão aparente, foi pertinente abordá-lo, convidando-o a falar? Não teria sido melhor tê-lo aguardado ficar mais sóbrio, esperando baixar o nível de influência dos efeitos das drogas (fármacos e o álcool)? Levando em conta que em poucos minutos ele receberia alta e teria que voltar para casa, não se deveria ter pensando numa interlocução de Equipamentos de Saúde, em Rede, para um possível tratamento seu? Lembramos que no Centro de Atenção Psicossocial havia uma miniequipe de referência, específica para casos como esses. E quanto ao lugar do psicólogo precavido pela psicanálise na escuta, o nervosismo de H., pedindo pela presença da enteada, foi motivo para o psicólogo ter se precipitado em ir chamá-la, a custo de interromper a sessão? Pois, percebeu-se depois que H. não se desesperou ao saber que a enteada não estava por perto. O que poderia ter sido feito para que o sujeito persistisse em sua fala e não se embriagasse mais pela angústia de sofrer calado? Era disso que ele tanto se queixava, sofrer calado na presença insuportável da esposa, a mulher que ele tinha vontade de matar. Ulteriormente aos acontecimentos, a experiência nos mostrou outras atitudes existentes para encaminhamentos outros diante da demanda de H.

E sobre S., conseguimos extrair lacunas, falhas, consequências exitosas do agenciamento do seu caso? Nossa primeira resposta incide na equipe. S. veio até nós, ou melhor, tivemos conhecimento dela por meio do assistente social e do enfermeiro, devido à relação transferencial (no sentido psicanalítico) tecida com os trabalhadores. Se assim não tivesse ocorrido dificilmente teríamos tomado conhecimento dela. Houve uma confiança depositada em um tratamento que fosse pela fala. Retomando o que a técnica de enfermagem disse, das vindas de S. à Unidade para ver o psicólogo, depois de ser escutada pelo mesmo, considerando que não se a viu mais, valeria ter ligado para saber como estava? Convidando-a a mais uma entrevista, para interrogarmos mais as suas queixas? Em seu discurso, ela mencionou uma psicóloga. Teria ajudado se buscássemos informações sobre essa psicóloga, a contatássemos de modo que um projeto terapêutico fosse pensado entre a UPA e a UBS, visando uma atenção aos impasses psíquicos de S.?

Cabe uma constatação aqui. No início da práxis eu escutava os sujeitos, ao término das entrevistas pedia para que retornassem no outro dia. Eram agendados uma data e horário com eles. Procedimento pelo qual me apoiei nas Unidades de Saúde anteriores em que trabalhei. Nesses locais, os sujeitos sempre voltavam. Na UPA encontrei um cenário diferente; raríssimos foram os que retornaram. Perante a impossibilidade que se mostrava real, a saída foi procurar desvios, contornar os impedimentos para o seguimento das escutas. A estratégia foi marcar sessões sequenciais, com o intervalo de alguns minutos de uma para a outra, todas no mesmo dia. Foi preciso criar condições para manejar uma transferência anônima (sem análise) antes sustentada no Discurso Médico e na UPA, para uma transferência balizada no Dispositivo Analítico (MILLER, 1989).

Tratemos de discutir as particularidades dos atendimentos de B. e CM. Nos dois fragmentos notamos movimentos similares que servem a nossa análise. Nas primeiras entrevistas de cada um, os sintomas apareceram no seu estado bruto. Em B., expressavam-se nas dores pelo corpo todo e na “*Doença de Crohn*”, a qual os médicos disseram-lhe ser incurável. Em CM., era uma dor no peito, da qual os médicos nada sabiam; ele estava à espera de exames. Segundo Miller (1989), nesse primeiro momento de encontro do sujeito com o dispositivo da psicanálise, a transferência é anônima, vigoram as miragens imaginárias, acredita-se em um saber absoluto, na existência de uma resposta pronta ao sintoma que divide o sujeito. Essa transferência é semelhante às relações duais manifestadas entre um doente e um médico, “do paciente com o psicoterapeuta, do estudante com o professor” (MILLER, 1989, p. 45). Foi como se B. e CM. não estivessem apresentando os seus sintomas ao psicólogo.

Entendemos que as pontuações das falas, os cortes das primeiras para as segundas e das segundas para as terceiras entrevistas, provocaram mudanças no estatuto da transferência desses sujeitos em relação ao operador da psicanálise, trabalhador-intercessor. Pontuamos os discursos, assinalando os significantes emergentes da fala, para abrir os sentidos e proporcionar que o saber absoluto fosse demolido em saber inconsciente, saberes múltiplos acerca da “doença”. O corte, marcando o fim de uma sessão, possui esse objetivo. “Portanto, a função do corte, da pontuação, na análise, tem valor de interpretação no que comemora a repetição, no que reconhece, em ato, o sintoma do Outro recortando-o do enunciado em questão e isolando a significação à qual o sujeito está submetido” (NAZAR, 1985, p. 106). O valor de interpretação que possui o corte, nessa medida, é pura escansão. A fala, ou trecho pronunciado, é decomposta como meio de dar destaque às palavras antes não percebidas. Os

significantes dos ditos são sublinhados, privilegiando que os sujeitos os interroguem, desejando interpretá-los, e *dizer* diferentemente sobre a dor que lhes dilacera.

As segundas e terceiras entrevistas de B. e CM., mostra-os falando de coisas outras, que não somente o sintoma-queixa, a “*Doença de Crohn*” e a “*dor no peito*”. B. expôs as perdas familiares, os seus lutos pelas mortes, de sua filha, do irmão e do pai. Em seguida, ela se perguntou sobre o que tinha, por que era tão triste e por que possuía as dores pelo corpo que ninguém sabia lhe dizer o que era. CM. falou dos antigos casamentos, da saudade dos pais e da esposa que o deixou. Revelou que, depois de separar-se da ex-mulher, perdeu a vontade de viver; disse que não sabia por que era tão “*desinquieta*”.

Ao fim das suas respectivas sessões, do que foram os seus trabalhos com o psicólogo precavido pela psicanálise, B. e CM. pareceram caminhar um pouco além de sua queixas iniciais. Precisamente, ficaria difícil arriscarmos e afirmar que puderam passar completamente de uma transferência anônima para uma transferência em vias de se tornar propriamente analítica⁵⁵, mas, porventura ainda estariam longe disso? Não desprezamos os seus interesses em prosseguir com um tratamento psíquico, os dois enunciaram a intenção, confrontando-se com as suas histórias constituíram algo de enigma ao sintoma que dizia respeito a cada um. Em seus casos – e por que também não nos demais que viveram uma experiência analítica na UPA? – terem ficado mais *inquietos* e perguntando-se sobre os seus próprios sintomas foi um passo fundamental nos seus trabalhos subjetivos, no que demonstramos dos efeitos de nossa práxis.

Muitos, simplesmente não queriam falar, nem se queixavam de suas dores. Uns ancoravam-se na religião ou no Discurso Médico, única e irrestritamente, bastava-lhes isso. Aos que eu me apresentava, aos sujeitos do tratamento e acompanhantes, comunicava-lhes que estaria andando pela UPA e, caso resolvessem falar, poderiam procurar pelo meu nome junto à equipe. Por outro lado, constatamos que a maior parte se dispunha a ser escutada pelo psicólogo. Estavam na extrema angústia, por questões que desconheciam ou por problemas inicialmente fisiológicos. Curioso como ao se pronunciarem em primeira pessoa, a respeito de suas histórias, alguns declaravam que os sintomas físicos tinham se suprimido: as tosse, a

⁵⁵ Dominique Miller (1989) define três movimentos da transferência numa análise. A transferência anônima é esse momento em que o sujeito não diferenciaria o analista de uma relação com qualquer outra pessoa, um médico, um padre ou um amigo, por exemplo. A transferência de significação é o tempo de abertura do inconsciente, quando o sintoma é questionado e o discurso se torna um saber suposto no discurso analítico. A transferência analítica é o momento em que o sujeito está no lugar do trabalho, em implicação subjetiva, produzindo outros sentidos ao sofrimento e retificando-se quanto à sua posição inicial, de outrora, de estar refém e objeto do seu sintoma em estado bruto.

falta de ar, ou as dores no peito, para exemplificarmos alguns dos sintomas físicos mais característicos.

Ficamos sabendo pouco dos desdobramentos dos casos atendidos, se houve continuidade ou não dessas escutas; mas podemos dizer que muitos foram os sujeitos que conseguiram se abrir para dimensões outras de sua queixa. Durante a atuação no Estabelecimento, me reuni com os psicólogos da Atenção Básica, localizados nas Unidades Básicas de Saúde de *Areias*. A perspectiva foi construir uma parceria com eles, uma compreensão mínima dos casos em Rede e uma direção do tratamento que não se encerrasse na Unidade de Pronto Atendimento. Após cada escuta com os sujeitos indicava-lhes o nome e horário de atendimento do psicólogo, situado na UBS de seu Território, nos arredores de sua residência e bairro.

Perguntamos para que serviria o psicólogo na UPA e o que ele deveria saber para lá estar? Seguimos o famoso axioma de Lacan, conhecido igualmente por ignorância douda: “*O que o psicanalista deve saber: ignorar o que ele sabe*” (LACAN, 1998b, p. 351). O psicólogo precavido pela psicanálise de Freud-Lacan, trabalhador-intercessor, está convocado a se amparar nessa sentença. Apostamos que não será ele a saber pelo outro, ou seja, curá-lo. Pelo contrário, atuará no máximo para que os sujeitos trabalhem os seus impasses e para que os demais trabalhadores, intercessores do campo, interroguem as suas práticas.

4. CONCLUINDO...

Apoiamo-nos no que disse Jacques Lacan em um programa de Televisão, posteriormente transformado por ele em texto. “Quanto mais somos santos, mais rimos, esse é meu princípio, ou até mesmo a saída do discurso capitalista – o que não constituirá um progresso, se for apenas para alguns” (LACAN, 2003c, p. 519). A pertinência da escuta do psicólogo precavido pela psicanálise, trabalhador-intercessor, é factível e importantíssima para muitos sujeitos que estão na Unidade de Pronto Atendimento, acompanhantes ou em tratamento. Coadunamos com uma política que se opõe ao Modo Capitalista de Produção, amparado em seu regime de manutenção do poder a figuras centralizadoras, nos privilégios à classe mais abastada. Ora, se dissemos que nossa práxis é para todos é porque apostamos no público, e não no privado entendido como restrito a umas poucas pessoas.

Por meio de alguns casos, pude perceber que, na UPA, o fato de possuir um psicólogo, pura e simplesmente, não seria interessante, um psicólogo como costumeiramente o conhecemos, em sua sala, aguardando ser acionado pelo restante da equipe. O trabalho se articulou com maior facilidade, justamente por conta da equipe: enfermeiros, técnicos, auxiliares, recepcionistas e médicos. O motivo dos trabalhadores me conhecerem, saberem do meu papel no Estabelecimento, possibilitou o acesso a alguns sujeitos, que de outro modo, não teriam vindo até mim. A constituição de um campo transferencial com os trabalhadores calhou aos intentos do trabalhador-intercessor, tendo em vista que pretendíamos produzir intercessões no Estabelecimento institucional e, nos seus processos de trabalho, instrumentalizar posições intercessoras em outros trabalhadores.

Um dos objetivos do trabalhador-intercessor na UPA foi testemunhar a manifestação dos fenômenos do inconsciente à equipe. E como? No caso a caso, pontualmente, mediante o surgimento das situações. Os profissionais da Unidade indignavam-se, ficavam inconformados pelo motivo de existirem pessoas que não tinham “nada”, mas pediam um soro e, conseqüentemente, conseguiam-no por indicação do médico, isto é, prescrição médica. Diante dos seus inconformismos, apresentava-lhes os exemplos de sujeitos que havia escutado, apontando-lhes elementos de suas demandas que nos sinalizava a importância de termos uma atenção diferenciada a eles.

Valeria indagarmos, de que adiantaria um trabalhador-intercessor numa UPA que não o quisesse? A razão de não haver em *Areias* uma UPA funcionando em Rede, na nossa leitura, inviabilizou a plena realização do dispositivo *Clínica da Urgência*. O que fizemos não contou com o apoio da sua coordenação. Nosso acesso ao Estabelecimento foi devido à Secretaria Municipal de Saúde, após as recusas da representação do Consórcio Intermunicipal gerindo a Unidade. As ações ficaram reduzidas à permanência no prédio. As minhas idas às reuniões com os psicólogos da Atenção Básica foram enquanto representante da Secretaria de Saúde, sem a participação da coordenação. Por que tocamos nesse assunto? Reiteramos, a preço de parecermos repetitivos e cansativos aos olhos do leitor: a experiência do trabalho nos mostrou que o trabalhador-intercessor, bem como a Clínica da Urgência, só terão sentido de existir se forem alicerçados sobre os pilares do SUS e da Saúde Coletiva.

A partir disso, concluímos que o tipo de psicólogo vislumbrado por nós não precisaria ser exclusivo ou limitar-se à atuação na Unidade de Pronto Atendimento. Importar-nos-ia que fosse um articulador de Rede na Atenção à população, atento ao necessário trabalho cooperado no Estabelecimento e entre os Estabelecimentos de Saúde. Nesse modo de compreensão da Clínica da Urgência encontra-se um piso sólido aos horizontes do

Dispositivo Intercessor, essencial à escuta do sujeito do inconsciente em seus impasses e em seus processos de adoecer.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. C. *O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasil: MS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 07 set. 2016.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf>. Acesso em: 07 set. 2016.

_____. ; MARÇAL, J. Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *Revista aSEPHallus*, v. 6, n. 12, 2011. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_12/artigo_04.html. Acesso em: 07 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CHAUÍ, M. S. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

_____. *Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde*. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2008. (Trabalho não publicado)

_____. Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. In: COSTA-ROSA. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013. P. 271-322.

_____. *Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do Campo Freud-Lacan?* Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2015. (Trabalho não publicado).

DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: 34, 1992.

_____; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro: 34, 1995.

ELIA, L. Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. *Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista*, v. 20, p. 87-108, 2010.

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

FIOCHI, P. I. C. Q. *Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2015.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. P. 171-184.

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). In: FREUD, S. *Obras completas. Edição Standard Brasileira*. V. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. P. 13-136.

_____. II Casos Clínicos [(4) Katharina – (Freud)]. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição Standard Brasileira*. V. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. P. 151-160.

_____. Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. P. 13-78.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. P. 77-110.

GALIEGO, A. H. B. *O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

GARCIA, A. S. *Atenção primária e Atenção Psicossocial: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

JIMENEZ, S. (Org.). *O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. P. 591-652.

_____. Variantes do tratamento-padrão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. P. 325-364.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. Joyce, o Sintoma. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. P. 560-566.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. P. 248-264.

_____. Televisão. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. P. 508-543.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção lacaniana*, n. 32, 2001.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. P. 47-65.

LUSTOSA, P. R. A pesquisa em psicanálise: Entre a técnica, a extensão e a intensão. In: *Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial*, 2003, Rio de Janeiro. Tema 3: A Experiência Psicanalítica e a Cultura Contemporânea Subtema 3e: A Psicanálise a Universidade: a Questão do Lugar do Saber Psicanalítico, Ensino ou Transmissão? Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3e_Lustosa_35010903_port.pdf>. Acesso em: 04 de set. 2016.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

TSÉ-TUNG, M. Sobre a prática. In: TSE-TUNG. *Sobre a prática e a contradição*. São Paulo: Expressão Popular, 2004. P. 11-36.

MARTINI, R. B. *O Dispositivo Intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2010.

MILLER, D. As três transferências. In: _____. *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. P. 44-50.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. P. 3-16.

NAZAR, T. P. Sujeito suposto saber: dom de mestria. *Revirão – Revista da Prática Freudiana*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 105-109, 1985.

PAMPONET, R. O Cartel na Escola de Lacan. *@gente Digital: Revista de psicanálise*, v. 8, n. 2, p. 24-30, 2013. Disponível em:

<http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/08/pamponet.html>. Acesso em: 07 set. 2016.

PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Eds.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2014.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

RINALDI, D.; ALBERTI, S. Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Uerj, RJ, v. 9, n. 2, p. 533-545, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a18.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ* - v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>. Acesso em: 29 de jan. 2016.

SOARES, E. A Psicanálise em extensão e sua intensão. *Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, v. 4, n. 08, 2009. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/artigo_07_port.html>. Acesso em: 04 de set. 2016.

SOUZA, W. A. *A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: um campo de intercessão*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Assis, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A práxis na Unidade de Pronto Atendimento se defrontou com algumas novidades, antes não contempladas na política de Saúde do município. A coordenação do Estabelecimento começou a ser gerida por um Consórcio Intermunicipal, de valores e discursos voltados ao Modo Capitalista de Produção. Entendemos que essa eventual condição trouxe novos aspectos para o contexto de trabalho que obrigaram o trabalhador-intercessor a introduzir táticas outras à sua estratégia, que era a de ofertar a escuta aos sujeitos e interrogar o instituído. Foram percebidas as seguintes peculiaridades: o trabalho serializado, repetitivo e desimplicado com os processos de saúde e adoecimento dos sujeitos, o exacerbado cumprimento de metas, o produtivismo exigido pela coordenação, a desorganização da equipe e da Rede de atendimento, a saúde reivindicada como se fosse objeto de consumo (mercadoria) pela população.

Reconhecemos a importância de situar a escuta ao sujeito do sofrimento [psíquico] para além da queixa, alienada na dimensão organicista do corpo. Para tanto, cabe a nós o amparo em um âmbito da teoria e da prática registrados na leitura dos paradigmas, tendo como perspectiva de ação o Paradigma da Produção Social da Saúde (MENDES, 2006). Pensar a Atenção em sua conexão com os processos de saúde e adoecimento, pelos quais os sujeitos vivem a experiência da dor, terá que ser o objetivo de uma política de gestão Hospitalar opositora aos doutrinamentos neoliberais do Capital.

Operamos sob as bases conceituais teórico-técnicas da Clínica da Urgência, referenciada na Psicanálise de Freud e Lacan e no Materialismo Histórico. Guiamo-nos pela Urgência subjetiva ampliada às noções de Território, divisão do trabalho e de Rede. As escutas junto aos sujeitos tinham como vislumbre conceber a continuidade do tratamento no Território; para tanto, foram marcadas reuniões com os psicólogos da Rede, na Saúde Mental e Atenção Básica, com o intuito de estabelecer pactuações mínimas para os encaminhamentos.

Devemos dizer que o trabalho que realizamos não foi feito com todo o apoio da coordenação do Estabelecimento. Tendo em vista o cenário exposto, constatamos que, para garantir minimamente o funcionamento da Clínica da Urgência a que nos propomos, na UPA, é imprescindível o consentimento e a participação conjunta dos trabalhadores na compreensão dos casos, incluindo nesse coletivo a equipe como um todo e o gestor. Os princípios do SUS e da Constituição de 1988 precisam ser o seu ponto de partida (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990;

BRASIL, 2013). Do contrário, não podemos falar no dispositivo *Clínica da Urgência*, da maneira como o concebemos por meio da psicanálise.

Todavia, não negamos as virtuosidades da *intensão* desta Clínica. Estendemos a psicanálise em *intensão*, tal como ela é conhecida, no esteio da escuta ao sujeito do inconsciente, para possibilidades Outras, rumo a uma Clínica ampliada, composta de sentidos múltiplos em sua realização. Por isso, optamos por falar em ampliação das possibilidades de *intensão* comum da psicanálise. Incluímos neste horizonte a abertura à escuta do sujeito em sua demanda, na convivência com referenciais de análise e intercessão que consideram a realidade psíquica e social como homólogas. Comprometemo-nos em atuar na Instituição, agindo de forma a instrumentalizar posições intercessoras [analíticas]. Procuramos interceder nos processos de trabalho da equipe-UPA, sobretudo no que dizia respeito às compreensões que tinham de saúde, doença e sofrimento (COSTA-ROSA, 2015).

Em relação à escuta aos sujeitos do sofrimento, baseamo-nos no que propôs Freud sobre os necessários primeiros passos do sujeito para a entrada numa análise, o chamado “Tratamento de Ensaio”, ou, nas palavras de Lacan, as *Entrevistas Preliminares* (FREUD, 1996; QUINET, 2005). Foi interessante como operamos este dispositivo com a Clínica da Urgência. Vimos a possibilidade de exercer os elementos da técnica de modo similar à sua utilização no conhecido setting analítico, o exercício de elementos como: a transferência, a escansão, o corte e a interpretação (ELIA, 2010). Notamos que em alguns atendimentos, o corte, culminando no término de uma entrevista, de uma sessão, ensejava a brecha para propormos a continuidade do trabalho subjetivo noutra sessão. Reconhecemos que a forma de abordar a práxis de escuta e intercessão precisaria assegurar alguma homologia com a própria forma de organização e funcionamento do Estabelecimento institucional. Detalhes particulares à dinâmica do lugar não podiam ser desconsiderados, como por exemplo, o tempo máximo de permanência dos sujeitos na UPA, que, em geral, era de 24 horas.

Após ter sido estabelecida uma relação de confiança com os trabalhadores, conseguimos nos assentar na Unidade enquanto um trabalhador que era considerado como parte da equipe, ainda que na condição de não ser um técnico contratado pelo Consórcio Intermunicipal ou pela prefeitura. Deste lugar, ocupamos posições em deslocamento, ora compartilhávamos com os trabalhadores os pedaços da experiência de psicólogo que representavam o atendimento de um caso, ora visávamos ampliar a discussão para a equipe do CAPS, sitiado a alguns metros da UPA.

Depois de um período de tempo os trabalhadores ficaram curiosos para saber como era o trabalho do psicólogo. Queriam aprender, saber sobre como se fazia para que os sujeitos

melhorassem por meio do ato de falar, ficavam intrigados com isso, pois notavam as mudanças nos sujeitos. Tivemos oportunidades pontuais de discussão de casos, com trabalhadores diferentes e em diferentes momentos, problematizando as concepções de doença e tratamento que existiam em seu campo de trabalho. Muitos técnicos de enfermagem, enfermeiros e, em especial, um médico enunciaram o interesse em construir um coletivo de trabalhadores sob os preceitos da Humanização e do SUS. Contudo, a iniciativa logo foi barrada por impeditivos burocráticos, colocados pela coordenação local.

Esperamos que o psicólogo na UPA leve em conta o trabalho da relação transferencial erigida com o sujeito, na direção do tratamento que contemple a continuidade da sua experiência analítica, de poderem se escutar, nos dispositivos de Saúde que são a sua referência no Território. Isso exigirá um psicólogo capaz de ser um articulador, de poder circular, na pretensão de construir com os demais psicólogos da Rede de Saúde uma compreensão partilhada na recepção dos casos. Destarte, o psicólogo não poderá encerrar as suas atividades no prédio ou se isolar do trabalho dos demais colegas. Diante de um contexto perpassado por concepções de Atenção e de práticas instituídas, reguladas pelo Modelo Capitalista de Produção, é importante que possamos interceder em realidades como essa, não só estarmos precavidos dos fenômenos do inconsciente, mas igualmente atentos aos movimentos de irrupção dos fenômenos das Formações Sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 28 de jun. 2016.

_____. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasil: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 05 de fev. 2016.

COSTA-ROSA, A. *Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do Campo Freud-Lacan?* Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2015. (Trabalho não publicado).

ELIA, L. Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. *Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista*, v. 20, p. 87-108, 2010.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise D). In: FREUD, S. *Obras completas. Edição standard brasileira*. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. P. 137-160

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. P. 233-300.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.