

MAICO FERNANDO COSTA

**A CLÍNICA DA URGÊNCIA E O PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS PRELIMINARES:
uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente**

ASSIS

2021

MAICO FERNANDO COSTA

**A CLÍNICA DA URGÊNCIA E O PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS PRELIMINARES:
uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente**

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

Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionísio
Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Costa (*in memoriam*)

Bolsista pela FAPESP. FAPESP, nº do processo: 2017/06805-1; nº do processo BEPE: 2019/10472-3.

ASSIS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

Costa, Maico Fernando

C837c A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas
preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as
formações do inconsciente / Maico Fernando Costa. Assis,
2021.
273 p. : il.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa (*in memoriam*)
Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionísio

1. Clínica da urgência. 2. Psicanálise. 3. Dispositivo
intercessor. 4. Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de
Saúde. 5. Marx, Karl, 1818-1883. I. Título.

CDD 362.11



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: A CLÍNICA DA URGÊNCIA E O PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS PRELIMINARES: uma praxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente

AUTOR: MAICO FERNANDO COSTA

ORIENTADOR: GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Doutor em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. MARIA CRISTINA CANDAL POLI (Participação Virtual)
Instituto de Psicologia / Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ

Profa. Dra. ANA LAURA PRATES PACHECO (Participação Virtual)
LABEURB / UNICAMP/Campinas

Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Prof. Dr. HERVÉ HUBERT (Participação Virtual)
Fondation Élan Retrouvé Paris - Paris/França

Assis, 24 de setembro de 2021

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecimento e agradecimentos ao povo de Minas Gerais, à classe trabalhadora de Monte Santo de Minas, especialmente à família Oliveira e família Costa. Sem a história dos meus “antigos”, e os seus valores, que evidentemente não foram os do capital, não teria sequer me aproximado de uma Universidade pública, muito menos da defesa de uma Tese de Doutorado. A prova de resistência, luta e sobrevivência pela qual vocês passaram, desde sempre possibilitou que o meu desejo não morresse e, obstinado, rompesse a regra de uma sociedade não permeável às pessoas (como nós), que antes mesmo de nascerem já estão predestinadas a servir os outros e se privar de seu próprio saber. Portanto, os meus agradecimentos à vocês, minha fonte de impulso à vida, são mesclados ao profundo respeito que tenho pelo nosso passado, orgulho de poder dizer em alto e bom som: “Sou pé rachado!”.

Obrigado amados 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), Joel Esteves Pereira Neto, amigas e amigos da nossa **Minas Gerais**.

Obrigado Hilda Ferreira de Oliveira, você é o ser humano com mais fibra que pude conhecer. “Vó”, o legado que a senhora deixou percorre em minhas veias, persiste e prossegue em minha labuta.

Abílio da Costa Rosa, sou imensamente feliz por ter tido a honra de ter sido teu orientando. Tantas histórias... Grato pela tua aposta em meu trabalho, mesmo quando os meus escritos eram um “desastre que só”. Foram quase dez anos de uma transmissão que marcou e marcará toda a minha formação no campo das Políticas Públicas. Sigo e continuo Costa-Rosean[d]o. Obrigado por ter me proporcionado a referência de um trabalhador que não se deixa tyrannizar.

Obrigado Gustavo Henrique Dionísio, por ter me acolhido em um dos piores momentos de minha vida e por ter me possibilitado seguir adiante com as minhas inquietações e produções reflexivas. Sou feliz por ter sido teu orientando, nesta etapa final do meu doutorado.

Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz, amada amiga, professora e mestra. Carrego em mim, as inscrições de uma postura na instituição que não se furta dos jogos de forças, teu ensino me foi, e é, visceral e instituinte. Obrigado pela presença marcante.

Walter José Martins Migliorini, querido amigo, sou grato pela tua presença tão terna, tenaz, doce e encorajadora.

Obrigado Silvio José Benelli, pelo constante aprendizado, forte referência de posicionamento na vida e ininterruptas possibilidades de troca... Enfim, pude contar com as contribuições tuas entre os examinadores de minha Tese.

Je vous remercie, monsieur Hubert, c'est une grande joie d'avoir découvert votre travail, la Psychanalyse Sociale, et d'apprendre avec votre sensibilité au savoir collectif de la classe ouvrière. Merci également pour les échanges constants dans le cadre de la *Fondation APPS [Analyse Pratique Psycho-Sociale]*.

Fico agradecido à Miriam Debieux Rosa e Ana Laura Prates, foi uma honra ter tido a chance de vos conhecer, desta vez não só pelas tuas produções teóricas, o meu obrigado.

Obrigado Maria Cristina Candal Poli, por ter aceito compor a minha banca de defesa e pela pronta disposição em contribuir com as tuas observações a respeito da Tese. Conforme lhe disse, o encontro com um de teus textos ("Freud e Lacan com Marx: mais, ainda"), foi-me significativa.

Obrigado Tereza Etsuko da Costa Rosa. Tenho você como inspiração em minha trajetória, exemplo de garra e de ternura, qualidades tão essenciais para o trabalho na Saúde Coletiva: "*hay que ser duro pero sin perder la ternura jamás*".

Queridas amigas, amigos, companheiras e companheiros de estrada. Incluo aqui também, aqueles que, pela razão de não poder e conseguir tudo dizer, não pude escrever o nome. Queria poder dedicar linhas, livros, versos a vocês, e sei, ainda não teria sido o bastante. Quero que saibam que cada um de vocês me marca de um jeito muito especial, tenho a maior felicidade por vos ter como presença em minha história. Sei que entre nós, os aprendizados mútuos são sinceros, considera a luta cotidiana e contempla o carinho de um coletivo que é sensível à diferença e aos interesses da classe trabalhadora: Pedro Henrique Santos Decanini Marangoni, Waldir Périco, William Azevedo de Souza, William Fernandes Rabelo da Silva, Lucas Carvalho Peto, Mário Henrique Souza, Carlos Henrique Andreassa do Amaral, Mayara da Silva Curcio, Mayara Aparecida Bonora Freire, Caetano Pinto e Felipe Ferreira Pinto, Juliana Cristina Bessa, Felizardo Tchiengo Bartolomeu Costa, Cledione Jacinto de Freitas, Roberto Duarte Santana Nascimento, Gonzalo Patricio Montenegro Vargas, Tânia Marques Cardoso, Eurípedes Costa Nascimento, Lourenço da Silva Queiroz, Christiane Cardoso Ferreira, Fábio Henrique Tonon, Rafael Fermino Beverari, Eliane Volpini Belavenute, Carlos Vitor Belavenute, Paula Graziela Belavenute e Geraldo Belavenute Júnior, Leonardo Chioda, Abílio Rezende Macedo, Matheus Viana Braz, Vinícius Xavier Cintra Marangoni, Nivaldo Ferreira Júnior, Gustavo Guimarães Ferri, Marita Penariol, Eduardo Moura da Costa, Naeli Simoni de Castro, Carine Sayuri, Thiago Marques Leão, Francielle Tostes, Claudinei Chelles,

Raquel Gregorio, Cibele Toledo, João Felipe Guimarães de Macedo Sales Domiciano, João Elias Cury Júnior, Keli Cristina Pacheco, Fábio Ávila Arcanjo, Samuel Coelho Mandacaru, Larissa Ferreira de Abreu Pereira, Letícia Delfino, Fernanda Martinhago, Sara Mexco, João Elias Cury Junior, João Renato C. Pagnano, Vanessa Favoni, Jose Eduardo Atílio Pereira de Souza, Isabela Dias Oliveira, Ricardo Francelino da Silva, Gabrielly Spanic, Regiano Bregalda e Jeferson Rodrigues.

Obrigado às companheiras e companheiros de trabalho do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS), com quem a luta faz valer a pena.

Grato à família Lima e Klajnman por ter me acolhido em tempos tão difíceis. Já vos admiro...

Grato pela tua presença terna e indelével, Frida Khalo Klajnman.

Obrigado Deborah Lima Klajnman pela oportunidade de poder te conhecer e aprender contigo. E grato também por ter me suportado nesse período tão complexo e conturbado, em meio a maior pandemia do século e a perdas tão cruciais em minha vida. Sou feliz e honrado por tê-la como companheira e parceira de estrada.

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...

Obrigado especialmente à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), pelo financiamento desta intercessão-pesquisa, presente desde a Graduação, Mestrado e agora no Doutorado, incluindo a concessão da bolsa BEPE (Bolsa Estágio de Pesquisa no Exterior), fundamental para o desenvolvimento da Tese em território francês. Sou reconhecido do aporte que me deram, encerrando-se neste ciclo. Obrigado.

COSTA, Maico Fernando. **A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente**. 2021. 273f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2021.

RESUMO

Esta tese é o desfecho de um trabalho de oito anos de intercessão-pesquisa, incluindo a Iniciação Científica e o Mestrado, cujo tema é a Clínica da Urgência em uma Unidade hospitalar. A tese de doutorado que se apresenta, foi o resultado de uma atuação profissional em uma Santa Casa de Misericórdia de um município do Interior Paulista. O psicólogo advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan e por Marx foi a posição assumida, durante a experiência próxima aos sujeitos do sofrimento e do coletivo de trabalhadores. Mobilizados pela práxis das urgências, nossas indagações foram atravessadas pela seguinte questão: é possível uma Clínica da Urgência que além de ofertar a escuta analítica aos impasses psíquicos em igual teor queira interceder na divisão fundamental do trabalho, em favor das equipes de Saúde hospitalar? Sustentamos que a Clínica da Urgência em uma Unidade hospitalar, só é efetiva se visamos igualmente a escuta analítica aos sujeitos do sofrimento e a intercessão no Estabelecimento institucional, junto aos seus modos de produção de saúde e subjetividade. O Dispositivo Intercessor foi o “método” que adotamos, para os posicionamentos clínicos no Estabelecimento hospitalar e para a posterior escrita da reflexão em forma de tese de doutorado. Ele é menos um método tradicional de pesquisa do que um modo de operar na práxis. Apropria-se de elementos da Psicanálise de Freud e Lacan, do complexo lógico-categorial marxiano, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e da Filosofia da Diferença (especialmente com a suprassunção do conceito deleuziano de “intercessores”). Defendemos que do ponto de vista de uma Ética da singularização dos desejos, avessa à produção de saúde como serialização de movimentos da vida em sociedade, escutar o sujeito do inconsciente implica não tapar os olhos frente aos modelos instituídos que reiteram os modos de sociabilidade capitalista na instituição de Saúde. Desta maneira, ampliamos a concepção de Clínica da Urgência, a partir da Psicanálise, vinculando-a, em um certo sentido, ao pensamento de Marx, no que diz respeito à realidade brasileira e às bases ético-políticas da Reforma Sanitária, movimento revolucionário de prática em saúde que deu origem ao SUS – Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Clínica da Urgência. Psicanálise. Marx. Dispositivo Intercessor. Estabelecimento hospitalar.

COSTA, Maico Fernando. **The clinic of urgency and the prelude to preliminary interviews: a praxis between class struggle and formations of the unconscious.** 2021. 273f. Thesis (Doctoral degree in Psychology). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2021.

ABSTRACT

This thesis has in its outcome a work of eight years of intercession-research, whose theme is the Emergency Clinic in a hospital unit. The intercession-research derived from the doctoral thesis presented is the result of a work in a “Santa Casa de Misericórdia”, one of the hospitals of a city in the interior of the state of São Paulo. The psychologist cautioned by Freud and Lacan's Psychoanalysis and by Marx was the position taken, during the experience close to the subjects of suffering and to the collective of workers, particularly to the Intercessor Device and the worker-intercessor. Mobilized by the practice of urgencies, our questions revolve around the following question: is it possible for an Urgency Clinic that, besides offering analytical listening to the psychic impasses, in equal content, wants to intercede in the fundamental division of work in favor of the Hospital Health teams? We maintain that the ER Clinic in a hospital unit is only effective if we also aim at analytical listening to the subjects of suffering and the intercession in the institutional establishment, together with their modes of health production and subjectivity. The Intercessor Device was the "method" instrument that we used for the clinical positions in the hospital establishment and the subsequent writing of the reflection in the form of a doctoral thesis. It is less a traditional method of research than a way of operating in praxis, it appropriates elements of Freud and Lacan's Psychoanalysis, the Marxian logical-category complex, Lourau and Lapassade's Institutional Analysis and the Philosophy of Difference (especially with the Deleuzian concept of "intercessors"). We defend that from the point of view of an Ethics of the singularization of desires, averse to the production of health as a serialization of movements of life in society, listening to the subject of the unconscious implies not covering the eyes in front of the instituted models that reiterate the modes of capitalistic sociability in the Health institution. In this way, we expand the concept of Emergency Clinic, based on Psychoanalysis, linking it, in a certain sense, to Marx's thought, with respect to the Brazilian reality and to the ethical-political bases of the Sanitary Reform, a revolutionary movement of health practice that gave rise to the SUS - Unified Health System.

Keywords: Emergency Clinic. Psychoanalysis. Marx. Intercessor Device. Hospital establishment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Estrutura dos discursos – p. 42, 257.

Discurso da Histeria – p. 43.

Discurso Universitário – p. 44.

Discurso do Analista – p. 44.

Discurso do Mestre – p. 45, 257.

Quadro da angústia – p. 171.

Algoritmo da transferência – p. 220.

GRAFO – Formações Inconscientes – p. 256.

GRAFO – Formações Sociais – p. 256.

Discurso do Capitalista – p. 257.

GRAFO – Formações inconscientes-Discurso do Mestre – p. 258.

GRAFO – Formações sociais-Discurso do Capitalista – p. 259.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRAPSO** – Associação Brasileira de Psicologia Social
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- APAE** – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- CA** – Câncer
- CAPS** – Centros de Atenção Psicossocial
- Centro POP** – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DA** – Discurso do Analista
- DC** – Discurso do Capitalista
- DH** – Discurso da Histeria
- DI** – Dispositivo Intercessor
- Dimpc** – Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento
- DM** – Discurso do Mestre
- DU** – Discurso Universitário
- ESF** – Estratégias Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPA** – *International Psychoanalytical Association*
- LATIPPSS** – Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde”
- LGBTQIA+** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersex, Agêneros e Assexuados.
- MCP** – Modo Capitalista de Produção
- MS** – Movimento Sanitarista
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OSS** – Organização Social de Saúde
- PEH** – Processo de Estratégia de Hegemonia
- PF** – Paradigma Flexneriano
- PJ** – Pessoa Jurídica

PPSS – Paradigma da Produção Social da Saúde

PS – Pronto-Socorro

PSF – Programas Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

RS – Reforma Sanitária

s-a-A – saúde-adoecimento-Atenção

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TMD – Teoria Marxista da Dependência

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ENSAIO 1.....	27
FUNDAMENTOS BÁSICOS E PRINCÍPIOS PRIMORDIAIS DO DISPOSITIVO INTERCESSOR: um modo de operar e uma questão às disciplinas	27
INTRODUÇÃO	28
ALGUMAS CARACTERIZAÇÕES DA NOÇÃO DE DISPOSITIVO EM: Foucault, Deleuze e Agamben.....	29
O Dispositivo em Foucault.....	30
O Dispositivo em Deleuze.....	31
O Dispositivo em Agamben: o sagrado e a profanação	32
O DISPOSITIVO INTERCESSOR E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO SINGULARIZANTES	35
As condições e a conjuntura para a intercessão.....	37
O trabalhador-intercessor: da estratégia às suas táticas.....	41
Os discursos e a produção de laço social.....	42
A materialização do DI: ofertas transferenciais e a produção de uma escuta	50
O lugar do <i>Um a mais</i>	55
Efeitos de intercessão e a instalação do <i>Mais um</i>	58
O DISPOSITIVO INTERCESSOR E OS SEUS MOMENTOS	61
Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc) e a intercessão-pesquisa	68
A Intercessão-Pesquisa e o intercessor-pesquisador	69
CONCLUIR... ..	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ENSAIO 2.....	81
AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: exposição, investigação e análise de uma Santa Casa de Misericórdia.....	81
INTRODUÇÃO: a experiência e as suas questões	82
HOSPITAL: instituição e história social	84
O método expositivo e investigativo: análise do campo hospitalar de Atenção ao sofrimento.....	88
DOENÇA-CURA, A HEGEMONIA DO SABER MÉDICO E O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	98

PARADIGMAS E OS SEUS MODOS DE PRODUÇÃO	105
Princípios de tratamento e a análise de um caso	109
O paradigma da normatividade e o paradigma histórico-estrutural	115
CONHECIMENTO DE CAMPO E ANÁLISE DO ESTABELECIMENTO	117
Estabelecimentos e Rede: desarticulação, ausência e sucateamento	120
A característica empresarial e o voluntarismo.....	124
Parâmetros da análise paradigmática.....	129
MOVIMENTO SANITÁRIO E REFORMA SANITÁRIA: Políticas Públicas e sociais	141
CONCLUSÃO: a teorização imprescindível.....	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
ENSAIO 3.....	152
O DISPOSITIVO CLÍNICA DA URGÊNCIA E O PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS.	152
INTRODUÇÃO	153
PATHOS E A NORMALIDADE.....	154
A CLÍNICA DA URGÊNCIA: TRAUMA, ANGÚSTIA, MORTE E URGÊNCIAS	157
Clínica da Urgência e seus fundamentos.....	160
Trauma e desamparo	163
A Angústia.....	165
A morte na vida ou a vida que há na morte? A vida que da morte há por se fazer.....	173
Clínica do <i>acting-out</i> e da passagem ao ato	178
O tempo na urgência.....	181
A ESCUTA À URGÊNCIA ORGÂNICA COMO DISPOSITIVO DA URGÊNCIA SUBJETIVA: a inscrição de um significante	183
Urgência propriamente dita	184
Urgência orgânica-generalizada	186
Instalação da urgência	187
Urgência subjetiva	189
Urgência social	190
Intercessão na urgência.....	192
Urgência e suas conclusões	195
CLÍNICA DA URGÊNCIA: estratégia para o prelúdio às entrevistas preliminares	196
Prelúdio às entrevistas: a construção do dispositivo	203
A regra fundamental: falar com as paredes e não às paredes	207

O estilo sintomático e a questão do diagnóstico.....	212
Urgência na neurose	215
Urgência na psicose.....	216
O enlace transferencial: queixa sem demanda, demanda de análise	218
O desejo de analisar.....	227
NOTAS BREVES SOBRE OFERTAS OUTRAS: a recepção de grupo na urgência ...	229
PARA COMPREENDER E CONCLUIR.....	232
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
CONSIDERAÇÕES FINAIS: algumas notas sobre os limites da práxis psicanalítica na sociabilidade capitalista brasileira	246
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	269

APRESENTAÇÃO

Psicólogo advertido pela Psicanálise e pelo complexo lógico-categorial marxiano

No ano de 2012, em nossa Iniciação Científica, ainda no curso de Graduação em Psicologia, avaliamos a pertinência da escuta orientada pela Psicanálise em um Pronto-Socorro (PS) de uma cidade do Interior Paulista. Na sequência, o Mestrado serviu para delinear a experiência de um psicólogo em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), atuando segundo a abordagem prática e teórica (práxis) do Dispositivo Intercessor (DI). A conclusão da dissertação de Mestrado forneceu duas indicações: 1) O necessário exercício do psicólogo, na perspectiva ética do agente principal do DI, o trabalhador-intercessor, como operador da escuta aos sujeitos¹ em sofrimento e articulador de Redes – seguindo os ideários da Saúde Coletiva; e, 2) As (im)possibilidades de atuação do trabalhador da Saúde, atravessado pela Ética do desejo e do carecimento (na concepção de trabalho *art* fornecida por Marx). Consideramos que o desempenho da ação institucional em saúde, numa Unidade hospitalar, regida pelo Modo Capitalista de Produção (MCP) em sua versão mais avançada (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016), encontrou significativos percalços.

A tese de doutorado, por sua vez, derivada da intercessão-pesquisa, é o resultado da práxis em uma Santa Casa de Misericórdia – Estabelecimento institucional de natureza privada-caridosa-filantrópica com ofertas de atendimento ao público a partir do SUS (Sistema Único de Saúde), em um município do Interior Paulista. O *psicólogo advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan e por Marx*, proposição clínico-teórica de Costa-Rosa (2019a), foi a posição assumida, próxima aos sujeitos do sofrimento e do coletivo de trabalhadores, particular ao DI e ao trabalhador-intercessor. E por que advertido pela Psicanálise e não praticante da psicanálise ou simplesmente psicanalista? Respondemos que é em razão do tipo de transferência e suposição

¹ No decorrer do texto, e ao longo dos ensaios, referimo-nos às pessoas em tratamento e aos seus acompanhantes de dois modos: ora como “pessoa”, ora como “sujeito”. Para além dos conceitos de pessoa como ser humano e sujeito como o que aparece na relação com o Outro, por meio da linguagem, ambas as locuções convergem para a semântica de serem uma função gramatical que indica quem fala, ou de quem se declara alguma coisa, ou seja, “pessoa” e “sujeito” podem ser sincronicamente sujeito e objeto em uma oração. Em alguns momentos fazemos uso das categorias “sujeito em sofrimento” e “sujeito do sofrimento”, como sinônimos daquele que está em tratamento hospitalar. Seguimos o ensino de Lacan, para atestarmos a junção entre “sujeito” e “sofrimento” nos moldes de um termo, os dois significantes são encarados como fatos pelo psicanalista. De um lado, o sujeito é um fato de discurso que se verifica nos efeitos de linguagem numa análise, do outro lado, o sofrimento é também um fato que tem a sua linguagem e se dirige a uma verdade (LACAN, 2008).

de saber-fazer que por hipótese difere da qual recai o analista, uma vez que se trata essencialmente de estar mais próximo da realidade e da posição assumida por um trabalhador “comum”; embora, possamos testemunhar o que é a vivência de uma análise pessoal, da supervisão de caso e do atendimento clínico em um consultório, no que concerne ao ensino e a transmissão psicanalítica (LACAN, 2003).

Nomeamo-nos como psicólogo advertido pela Psicanálise, ou trabalhador-intercessor orientados pelo complexo lógico-categorial marxiano, em função de três pretensões: prescindir, servir-se e suprasumir a Psicanálise. Portanto, prescindir [parcialmente] da Psicanálise é no mínimo nos livrar das heranças burguesas e classistas pelas quais a Psicanálise se forjou e atualmente se ratifica (ALEMÁN, 2009; ALTHUSSER, 1984; POLITZER, 1994, ROZITCHNER, 1989). Servir-se da Psicanálise é usufruir do germe e do caráter revolucionário que nela habita (ALTHUSSER, 1984; LIPPI; LANDMAN, 2013). E, suprasumir a Psicanálise é utilizá-la como mais-uma ferramenta dentre outras, na interlocução com os demais campos do saber e do conhecimento, intensificando-a a outros graus de determinação, ao nosso interesse, para a figura do trabalhador-intercessor e nos propósitos do DI (COSTA-ROSA, 2019a).

O DI foi o instrumento de “método” que usamos para o posicionamento técnico, no Estabelecimento hospitalar e na posterior escrita da reflexão, em forma de tese de doutorado. Destacamos que ele é menos um método tradicional de pesquisa, do que um modo de operar na práxis. De acordo com Costa-Rosa (2019b), seu criador, é uma ferramenta transdisciplinar com a meta ética de *in acto* e *in vivo* superar os processos cristalizantes da produção de subjetividade no campo das Políticas Públicas sociais (mesmo que tenha inicialmente surgido no contexto da Saúde Mental Coletiva). Para a sua composição, apropria-se principalmente de elementos da Psicanálise de Freud e Lacan e do complexo lógico-categorial marxiano, além de se beneficiar da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e da Filosofia da Diferença (em especial do conceito deleuziano de “intercessores”).

No que diz respeito ao seu modo de reflexão, acrescentamos que a intercessão-pesquisa é o meio de funcionamento clínico-teórico do DI, o qual segue à risca a preconização freudiana a respeito do método psicanalítico. “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, 1996, p. 173). Neste sentido, a experiência vem em primeiro lugar e, em relação à teoria, não precisaríamos necessariamente da Universidade caso quiséssemos refletir a nossa prática (COSTA-ROSA, 2019c).

O outro objetivo do DI, como já se nota, é interrogar o saber universitário “comum” e produtor de dados rendido ao discurso capitalista, mostrando-nos que o ponto de partida é ser intercessor-pesquisador, radicalmente oposto ao pesquisador que quer saber pelo outro e, para tal, vai a campo rapinar as informações dos atores institucionais e depois delas fazer livros, os “manuais universitários”. A pretensão é que a Universidade não seja propriedade dos intelectuais, de modo que ela possa se tornar um lugar para os trabalhadores pensarem sobre o seu fazer.

Contrariamente a este tradicional posicionamento do pesquisador na Universidade, o trabalhador-intercessor é a postura anterior, em definição lógica, do intercessor-pesquisador. É o trabalhador transdisciplinar que tem como sua a causa da classe trabalhadora (a qual ele próprio entende como pertencente) e das lutas populares. Quando está em ação não está fazendo pesquisa, pois, a sua teorização é incontestavelmente uma etapa a ser realizada ao cabo da práxis propriamente dita. Nesta, a ação-reflexão de seus movimentos é para a escuta aos sujeitos em sofrimento e em tratamento, dispondo questionar a instituição de seus modelos capturantes, ofensivos ao desejo e à singularidade do sujeito (COSTA-ROSA, 2019a).

Neste caso, a práxis exercida enquanto trabalhador-intercessor não foi decorrente de um contrato trabalhista. Devido à ausência de processos seletivos e concursos no chão de trabalho que era de nosso desejo, vimo-nos na situação de solicitar à Santa Casa firmar um acordo que pudesse prever a atuação de Psicólogo no hospital. Afinal, seria uma oportunidade de apr[e]ender/contribuindo com o Estabelecimento, visto que ainda não tínhamos trabalhado em uma Unidade hospitalar de média para alta complexidade na Atenção ao público. Atestamos que em nada nosso trabalho se comparou com um ato de “voluntarismo”. Sentíamos pagos pela chance de atuar em um local de nossa vontade, importante para a contínua e ininterrupta formação de trabalhador-intercessor. Beneficiamo-nos de haver um professor universitário, aposentado, como provedor do hospital, ele compreendeu que a nossa oferta de trabalho não se tratava de uma pesquisa, aos moldes tradicionais.

Contudo, houve uma dúvida da provedoria do Estabelecimento sobre se os atendimentos seriam também para os trabalhadores, à qual respondemos que não. Pontuamos que, com os trabalhadores, construiríamos os processos de escuta e os projetos de atendimento para os sujeitos do sofrimento que se tratavam no hospital. O pretendido era o engajamento das pessoas, recepcionadas pela Santa Casa, em um tratamento psíquico que, posteriormente, pudesse ter a sua continuidade noutro lugar com um outro psicólogo ou trabalhador de Saúde Mental. Feitas as explanações, foi solicitado que elaborássemos um projeto e, no modelo de uma pesquisa, que este fosse submetido ao Comitê de Ética de uma faculdade qualquer. Como não queríamos nos

vincular a nenhum contrato de voluntarismo, por uma questão ética e simbólica de que se tratava este trabalho, concordamos em aceitar a exigência. O projeto foi elaborado e enviado para o Comitê de Ética e, após a sua aprovação, foi protocolado no setor de Recursos Humanos (RH) do hospital.

Em seguida, foi marcada uma reunião em que estiveram presentes um enfermeiro chefe da Santa Casa, a psicóloga do RH e a sua auxiliar. Foi explicada a proposta de trabalho e o intuito de estar como psicólogo junto aos sujeitos do sofrimento, bem como próximo aos seus acompanhantes. A intensão era fazer o que já se fazia no SUS: escutar os sujeitos e levar em conta a Rede de Saúde² e as Unidades que lhes eram referência no Território.

Semanas depois deste encontro, fomos convidados de novo para uma outra reunião, desta vez era somente com a provedoria do hospital, na presença de uma doutoranda em Fisioterapia, interessada em pesquisar no Estabelecimento. Um fato curioso do qual gostaríamos de comentar, já na sala de espera, conversando com a doutoranda, ao sermos indagados sobre o que fazíamos, argumentamos, quando ela nos questionava inconformada que o modo nosso de “pesquisar” era avesso ao tradicional, que a nossa presença na Santa Casa não tinha um modelo prévio de pensamento a ser aplicado em campo. Destacamos que se havia um *a priori*, este dizia respeito à práxis de escutar os sujeitos do sofrimento e que estes não eram “sujeitos” de pesquisa, eram na verdade aqueles que poderiam vir a demandar um tratamento psíquico. Neste caso, o nosso ponto de partida seria sempre estarmos dispostos a oferecer um tratamento pela palavra.

Na reunião com a provedoria, foram acertados as arestas e o início do trabalho. Ao receberem a proposta de atuação psicológica no hospital, decidiram que a possibilidade de implementação de uma prática destas na Unidade seria pensada a partir da nossa experiência. Portanto, iríamos auxiliá-los a perceber se um psicólogo na Santa Casa seria relevante ou não (neste sentido, a nosso ver, desde o início a nossa inserção já se demonstrava intercessora). Apesar de não estarmos oficialmente como um psicólogo remunerado, no quadro legal de funcionários do Estabelecimento, fomos incluídos na organização de fluxograma e organograma da Unidade de Saúde.

Mesmo que desde o término da graduação tenhamos trabalhado, seja via concurso ou contrato trabalhista em instituições de Saúde Mental e Assistência Social, o âmbito hospitalar de Atenção aos sujeitos sempre foi de nosso interesse. Encantamo-nos pela aposta e pelo

² Os conceitos de Rede e Território foram descritos significativamente em tópicos da intercessão-pesquisa que coube à Dissertação de Mestrado (COSTA, 2016). Em vista disso, na Tese de doutorado privilegiamos uma análise mais detida e consistente em volta do Estabelecimento e da materialização das práticas de saúde no hospital.

desafio, experimentados logo nos estágios da faculdade de Psicologia, de construir condições para a realização da ampliação do dispositivo analítico, em um contexto onde reside uma concepção organicista e hospitalocêntrica do sofrimento. Fomos atravessados pela motivação de resistir aos saberes hegemônicos, instituídos, ficando lado a lado dos discursos bloqueados e assujeitados. Sendo assim, elegemos o campo hospitalar para exercer a ética da qual partilhamos, local onde habita o império do Discurso Médico representando a Ciência e os valores que são estimulados pelo MCP.

A práxis das urgências e a escrita por ensaios

A identificação com a classe operária, com os povos historicamente minorizados, por sua condição de pauperização e de outros marcadores sociais, tem a ver com a nossa história familiar e particular. Alocados no DI e mobilizados pela práxis das urgências, nossas indagações giraram ao redor da seguinte questão: é possível no contexto da Saúde Coletiva uma Clínica da Urgência que além de ofertar a escuta analítica aos impasses psíquicos, queira interceder na divisão fundamental do trabalho, em favor da classe trabalhadora e das equipes de Saúde hospitalar? Procuramos responder a esta questão por intermédio da escrita por ensaios, com o intuito de alcançar os trabalhadores da Saúde interessados nos estudos da Psicanálise de Freud e Lacan, em interlocução necessária com a obra de Marx.

Para Benelli (2020), o propósito do ensaio é realizar a exposição de uma unidade discursiva em prosa, com interrogações e discussões acerca de um objeto. É um estilo de organização do pensamento científico que é resultado de uma imersão ativa em um determinado campo de análise, sem pretender esgotá-lo.

No caso da existência de objeções a este método de escrita, em uma dissertação ou tese, poderão haver alguns pesquisadores que podem argumentar que a escrita por ensaio serve a um modelo capitalista de produção textual que visa à publicação imediata de trabalhos científicos. Questionamos as referidas objeções: não será a escrita por capítulos o método secular e positivista, de enquadramento de um objeto em um modelo de pensamento linear e previamente estipulado: teoria, método, resultados, descrição, análise e discussão de dados? O pesquisador, na sua forma hegemônica, possui as respostas antes mesmo de as encontrar e vai ao campo somente para constatar o que já sabia, com seus clássicos instrumentos de pesquisa. “A Universidade, no apogeu de seu período positivista, tendo fixado as regras e os cânones da pesquisa exaustiva séria, rechaçava o ensaio e o ensaísmo às trevas exteriores, com o risco de

banir, no mesmo movimento, o brilho do estilo e as audácias do pensamento” (STAROBINSKI³, 2011, p. 15).

Sustentamos que o ensaio tem a característica de uma criação singular e livre, não pretende fechar uma questão ou trazer uma resposta cabal à construção de texto relacionada ao problema estudado. Conforme Starobinski (2011), o ensaio costuma propor ideias novas e uma interpretação original a respeito de um tema. Isto posto, será o método de escrita por ensaio uma prática de propriedade somente dos velhos pensadores ou pesquisadores gabaritados, com volumes de produção científica, os quais possuem a sua carreira já consolidada? Vamos responder a esse ponto de vista com uma observação, colhida de orientações de pesquisa com o professor Abílio da Costa-Rosa⁴, com quem trabalhamos da graduação até a metade do percurso no doutorado:

[...] se não for para escrever por ensaios agora, quando escreveremos? Trata-se de uma escrita nos moldes dos textos em Psicanálise. Freud escrevia por ensaios, era interpelado pela realidade e se enxergava convocado a responder uma questão que não se pretendia acabada e sentenciadora de uma posição. O ensaio é muito mais o esboço de uma posição de autor, em um lugar onde a academia quer enquadrar o potencial criativo daquele que reflete sobre a sua prática. Por que não escrever por ensaios? É para escrever como todo mundo escreve? Quando então estaremos preparados para escrever nessa vida?

Esse discurso do professor Abílio foi proferido em uma reunião de orientação de doutorado, após uma banca de defesa de um de seus orientados, companheiro em nosso Laboratório de Intercessão-Pesquisa. Lembramos mais uma vez, com Benelli (2020), que Marx, Freud e Foucault, escreviam por ensaios. Acreditamos que defender uma tese respaldados nos referenciais da Psicanálise, de Marx e de algumas contribuições da Filosofia da Diferença, é também buscarmos aproximar a escrita do texto na mesma senda desses autores. Sabemos que o fato de sermos jovens no terreno da pesquisa não depõe a favor de uma ausência de rigor de nossa parte. Portanto, é coerente com a ética do DI a escrita por ensaios.

Seus operadores linguísticos incluem os seguintes: a linguagem procura ser direta, sensível, rigorosa e elegante e o estilo é marcado pelo recorte pessoal do autor. A redação do texto pode ser mais ou menos complexa, dependendo da singularidade do autor e, ao mesmo tempo, busca ser direta, visando à objetividade científica, pois constrói sua coerência através da lógica com que organiza seu conteúdo, sem pretensão de atingir um grau de certeza sobre a verdade final das coisas (BENELLI, 2020, p. 22).

³ Trata-se do discurso pronunciado pelo autor por ocasião do recebimento do Prêmio Europeu do Ensaio. Tradução de Bruna Torlay.

⁴ Comentário de Abílio da Costa-Rosa em reunião de orientação com os doutorandos em abril de 2018.

Conferimos ênfase às palavras de Benelli, em relação ao estilo do autor ensaísta, marcado pelo seu recorte pessoal. A intercessão-pesquisa, ao contrário de abordar uma investigação e metabolização de dados extraídos por um pesquisador inclinado “sobre” o objeto, diz respeito às indagações suscitadas ao trabalhador-intercessor nos instantes da sua experiência de trabalho, mostrando-lhe os limites de seu método e de sua práxis. Escrever por ensaios não nos desobriga de sermos rigorosos, pelo contrário, exige-nos uma ampla gama de estudos em torno dos variados temas enlaçados ao núcleo de nossa questão de intercessão-pesquisa.

Assim, estruturamos o nosso trabalho em três ensaios. Cada ensaio possui a sua “tese”, a defesa de uma posição perante o recorte da realidade que se pretende realizar com a teorização da práxis, contudo, as questões de cada ensaio estão articuladas em torno do objeto central da intercessão-pesquisa que se efetuou. Os temas de reflexão eleitos foram evocados pela experiência do trabalhador-intercessor, estão conectados ao problema fundante de nossa tese de doutorado: a práxis da Clínica da Urgência em uma Unidade hospitalar, instrumentalizada pelo DI, só é efetiva se visamos igualmente a escuta analítica aos sujeitos do sofrimento e a intercessão no Estabelecimento institucional, junto aos seus modos de produção de saúde e subjetividade. Nesse sentido, não existe trabalho dentro de uma instituição sem considerá-la, não há como não sofrer os efeitos de seus atravessamentos.

Por se tratar do exercício reflexivo de uma práxis, entendemos que é coerente escrever os ensaios em primeira pessoa do plural. O objetivo é que possam ser lidos separadamente numa perspectiva lógica e não cronológica, apesar de termos escolhido uma sequência para a leitura de nosso público interlocutor. O primeiro ensaio, por exemplo, inclina-se por definir o Dispositivo Intercessor, referencial de “método” utilizado. Buscamos descrever as bases filosóficas que fundamentam os seus postulados teóricos, em Foucault (1988), Deleuze (1996) e Agamben (2009). Terminamos por expor, por meio da exibição de fragmentos da nossa experiência de trabalho, as elaborações de Costa-Rosa (2019a; 2019b; 2019c). Discutimos a formalização do Dispositivo Intercessor e a sua materialização no trabalhador-intercessor e na intercessão-pesquisa, modo de operar na práxis que sustentou todos os passos no posicionamento da escuta e seus deslocamentos pelo hospital.

O segundo ensaio, sob a influência do pensamento marxiano, debate a instituição de Saúde, representada na Santa Casa de Misericórdia. Realizamos uma análise do campo hospitalar e expusemos algumas categorias, intensificando-as à concretude dos acontecimentos. Desenvolvemos junto a isso a leitura dos paradigmas em Mendes (2006), com base nas contribuições de Marx e conciliada à proposição de parâmetros por Costa-Rosa (2013).

Buscamos analisar os paradigmas de Atenção no âmbito da Saúde hospitalar e descortinar as suas práticas no Estabelecimento, em vias de uma produção de saúde congruente às demandas das classes populares e opostas aos interesses do MCP.

O terceiro ensaio, por fim, propõe o alargamento da noção de Clínica da Urgência. Em razão da extensiva pesquisa bibliográfica acerca do conceito, realizada na Iniciação Científica e no Mestrado (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016; COSTA; COSTA-ROSA, 2018; COSTA, 2019; COSTA; COSTA-ROSA, 2021) optamos, com os subsídios teóricos pincelados, por sugerir nossa própria concepção de Clínica da Urgência orientada pelo DI. Estipulamos expressões da urgência, tanto no plano do acontecimento quanto no nível dos fenômenos psíquicos vividos pelos sujeitos. Indicamos novos modos de manejo do dispositivo na instituição, propondo uma forma de aplicabilidade de um tratamento preliminar às entrevistas preliminares na Psicanálise, nomeado de “prelúdio às entrevistas”. O esforço foi explorar os caminhos para uma escuta psicanalítica, multiplicando as suas possibilidades de alcance e acesso aos sujeitos, em um contexto diverso do consultório privado, levando em consideração a realidade apresentada pelo Estabelecimento institucional.

Sublinhamos que cada ensaio nesta tese tem as suas contribuições para a práxis da Clínica da Urgência na Unidade hospitalar. Eles estão enodados na medida em que mostram a profundidade dos temas que permeiam o objeto da intercessão-pesquisa. Neste aspecto, lembramos da transmissão de Costa-Rosa em nossas orientações: “a realidade é sempre mais complexa do que qualquer teoria, portanto, estudar a teoria é o mínimo do mínimo, para o que podemos fazer diante dos fenômenos que nos apresentam”⁵. Em vista disso, a ação-reflexão inscrita no texto assinala, em acordo com os seus respectivos problemas, os impasses, as dificuldades, as reflexões e as proposições do psicólogo, trabalhador-intercessor, em relação ao seu lugar no campo da Atenção hospitalar.

Destacamos ainda que, durante o transcorrer do doutorado, fomos interpelados por várias experiências e encontros intercessores: pela nossa própria práxis profissional ao longo do tempo da intercessão-pesquisa; realizamos estudos intensos de algumas obras de Marx (1982; 2010; 2011a; 2011b; 2013; MARX; ENGELS; 2007; 2009); estivemos atuando como membro titular da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (em uma ação conjunta com a população indígena e com um instituto⁶ que age no combate à discriminação, ao racismo e à intolerância); tivemos a oportunidade de

⁵ Reflexão partilhada por Abílio da Costa-Rosa, em reunião de orientação clínico-institucional em março de 2018, relacionada a abordagem do Dispositivo Intercessor no contexto hospitalar da Saúde.

⁶ Instituto Zimbauê (Fonte: <https://www.facebook.com/institutozimbaue/>).

realizar um estágio de pesquisa em Paris, na França, financiado pela FAPESP (Número do Processo: 2019/10472-3), durante o período de 01/10/2019 a 30/09/2020, onde descobrimos a Psicanálise Menor por meio de nosso supervisor Thamy Ayouch (2018) e conhecemos o trabalho de Hervé Hubert (2017) com a Psicanálise Social e a Análise Prática Psicossocial. Esses encontros intercessores nos ajudaram a formular perguntas no que tocam a psicanálise, sobretudo, no que diz respeito aos limites que nos colocou a práxis no hospital.

Para tanto, nas considerações finais achamos importante abordar a relação da política [capitalista] com a Psicanálise. Partimos de um diálogo/interlocução fértil entre o complexo lógico-categorial marxiano e a Psicanálise de Freud e Lacan. As premissas desta interlocução visam um respaldo em Marx (2010; 2013) como meio de encontrar na Psicanálise um caráter revolucionário e subversivo para a realização de sua práxis. Seguindo a linha de Lacan, reconhecemos em Marx o precursor do estágio do espelho, o inventor do sintoma e um poeta (LACAN, 1977-78; 1999; 2008). Apostamos que as contribuições da obra marxiana nos exibem pistas de análise de como ir além da sociabilidade capitalista, quando esta se situa no espaço de trabalho das políticas. Portanto, a nossa postura no hospital teve como base uma Psicanálise crítica às formações sociais burguesas, com o compromisso de tensionar as práticas instituídas, ostensivas ao desejo e às capacidades múltiplas de se relacionar com o gozo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009, p. 25-54.

ALEMÁN, J. **Para una izquierda lacaniana**: intervenciones y textos. Grama Ediciones: Buenos Aires, 2009.

ALTHUSSER, L. **Freud e Lacan, Marx e Freud** (1964-1976). Rio de Janeiro: Graal, 1984.

AYOUCHE, T. **Psychanalyse et hybridité** : genre, colonialité, subjectivations. Leuven : Leuven University Press, 2018.

BENELLI, S. J. **Figuras da clínica “psi” na contemporaneidade**: o olhar, a escuta e a sensação. 2020. Tese (Livre Docência em Psicologia Clínica) [não publicada]. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, 2020.

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.

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 a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (2008). **Revista de**

Psicologia da UNESP 18 (número especial), p. 9-36, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1541/1351>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. **Revista de Psicologia da UNESP** 18 (número especial), p. 37-54, 2019b. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

COSTA-ROSA, A. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). **Revista de Psicologia da UNESP** 18 (número especial), p. 5-8, 2019c. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540/1350>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A.; AMARAL, C. H. A. Uma psicologia precavida pela psicanálise: A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. **Revista de Psicologia da UNESP** v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/672/634>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. In: **Revista Subjetividades**, v. 18, p. 45-58, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v18n2/05.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. Considerações sobre a ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v., p. 41, 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

COSTA, M. F. **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 e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2016.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito numa unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019.

DELEUZE, G. **“O mistério de Ariana”**. Lisboa: Veja, 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber, 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

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

HUBERT, H. Ce que « Le Capital » apporte à la psychanalyse sociale, 2017. **Ateliers Pratiques de Psychanalyse Sociale**. Disponível em: <https://www.apps-psychanalyse-sociale.com/single-post/2018/11/19/ce-que-le-capital-apporte-%C3%A0-la-psychanalyse-sociale>. Acesso em: 28 de abril de 2021.

LACAN, J. **Le moment de conclure**, Paris, 1977-78, inédit.

LACAN, J. **O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente [1957-1958]**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola [1967]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 248-264.

LACAN, J. **Seminário, livro 16: de um outro ao outro [1968-1969]**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LIPPI, S. ; LANDMAN, P. (Orgs). **Marx, Lacan: l'acte révolutionnaire et l'acte analytique**. Toulouse : Point Hors Ligne Éditions Érès, 2013.

MARX, K. **Salário, preço e lucro**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos [1844]**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011a.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte (1852)**. São Paulo: Boitempo, 2011b.

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.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Escala, 2009.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política. Livro I**. São Paulo: Boitempo, 2013.

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

POLITZER, G. **Critique des fondements de la psychologie**. Paris : Presses Universitaires de France : 1994.

ROZITCHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989.

STAROBINSKI, J. É possível definir o ensaio?. **Revista Remate de Males**, Campinas-SP, v. 31, n. 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.

ENSAIO 1

FUNDAMENTOS BÁSICOS E PRINCÍPIOS PRIMORDIAIS DO DISPOSITIVO

INTERCESSOR: um modo de operar e uma questão às disciplinas⁷

Na verdade, porém, bastaria que reconhecêssemos o homem como um ser de permanentes relações com o mundo, que ele transforma através de seu trabalho, para que o percebêssemos como um ser que conhece, ainda que este conhecimento se dê em níveis diferentes: da ‘doxa’, da magia e do ‘logos’, que é o verdadeiro saber. Apesar de tudo isto, porém, e talvez por isto mesmo, não há absolutização da ignorância nem absolutização do saber. Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua). É sabendo que sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais. Se tivéssemos um saber absoluto, já não poderíamos continuar sabendo, pois que este seria um saber que não estaria sendo. Quem tudo soubesse já não poderia saber, pois não indagaria. O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber. E é por isto que todo saber novo se gera num saber que passou a ser velho, o qual, anteriormente, gerando-se num outro saber que também se tornara velho, se havia instalado como saber novo.

Há, portanto, uma sucessão constante do saber, de tal forma que todo novo saber, ao instalar-se, aponta para o que virá substituí-lo

(FREIRE, 1971, p. 47).

⁷ Este ensaio é uma versão ampliada e modificada de um artigo que escrevemos como primeiro autor e publicamos na Revista de Psicologia da Unesp: COSTA, M; PÉRICO, W.; SOUZA, W. A. **Do Dispositivo Disciplinar ao Dispositivo Intercessor**. *Revista de Psicologia da UNESP* 18 (número especial), p. 161-178, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1547/1357>. Acesso em: 21 de junho de 2021.

RESUMO

Defendemos o Dispositivo Intercessor (DI) como uma alternativa de trabalho, contraditória às existentes, para os profissionais da Saúde e de outras políticas de Atenção. O ensaio se justifica por traçar os seus fundamentos básicos e primordiais. A práxis de um *psicólogo advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan* (e outros referenciais) em um hospital geral, foi o meio pelo qual se designou exibir uma posição diferenciada das demais no domínio das Políticas Públicas de atendimento ao povo brasileiro. Para escrever o texto, seguimos a linha de raciocínio-argumentativa inerente ao nosso problema de intercessão-pesquisa, percorremos as principais caracterizações de “dispositivo” em Foucault, Deleuze e Agamben. Efetuamos uma “historicização” do conceito que inaugura a locução teórica “Dispositivo Intercessor”. Simultaneamente à apresentação da prática de um psicólogo operando com o DI, seguiu-se a exibição categórica dos elementos epistêmicos que subsidiam e configuram o último como um “método” de intercessão-pesquisa. Em suas passagens de *Um a mais* a *Mais um*, o trabalhador-intercessor (psicólogo advertido pela psicanálise) em seus recuos e avanços táticos, ampara-se na meta de que os atores institucionais, as pessoas que habitam o Estabelecimento, possam encontrar em suas próprias questões a formulação de uma forma radicalmente diferente de se relacionar, com o outro e com o seu desejo. O fim da práxis propriamente dita, viabiliza a emergência de uma variação do DI: o “Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento” (DImpc). O trabalhador-intercessor dá passagem ao intercessor-pesquisador, este terá o objetivo de criar não *um saber sobre* os sujeitos da práxis, mas, um saber de outra ordem, proveniente das suas inquietações, das reflexões acerca dos efeitos de seu posicionamento no campo de trabalho. Costa-Rosa, analista institucional e psicanalista, oferece-nos com o DI a operacionalização, de forma concreta, do que Agamben explicita no plano filosófico: uma intercessão na instituição em suas variadas dimensões. O grande mérito das contribuições do DI, está em anunciar uma postura advertida na práxis, avisada pela complexidade que há numa dada forma de assumir concretamente a realidade social e psíquica como entrelaçadas uma à outra.

Palavras-chave: Dispositivo Intercessor; Políticas Públicas; práxis; posicionamento.

INTRODUÇÃO

Objetivamos com este ensaio traçar os fundamentos básicos e primordiais do Dispositivo Intercessor (DI). O *psicólogo advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan* (e outros referenciais) em um hospital geral foi a postura por meio da qual se designou exibir um posicionamento na práxis, no domínio das Políticas Públicas de atendimento ao povo brasileiro. Defendemos o DI como uma alternativa para os trabalhadores da Saúde e de outras políticas de Atenção, uma maneira de atender a população brasileira que é contraditória às lógicas de atuação disciplinares e capitalistas.

Ao qualificar as distintas concepções de “dispositivo” em um viés filosófico, objetivou-se definir o DI e a sua variação DImpc (Dispositivo Intercessor como meio de produção de

conhecimento) com as exposições de vinhetas de trabalho em uma Santa Casa de Misericórdia⁸. Para escrever o ensaio, e a linha de raciocínio-argumentativa inerente ao seu problema, elegemos um percurso pelas principais caracterizações de “dispositivo” em Foucault (2009), Deleuze (1996) e Agamben (2009). Efetuamos uma “historicização” do conceito que inaugura a locução teórica “Dispositivo Intercessor”. Simultaneamente à apresentação da prática de um psicólogo operando com o DI, seguiu-se a exposição categórica dos elementos epistêmicos que subsidiam e configuram o último como um “método” de intercessão-pesquisa.

ALGUMAS CARACTERIZAÇÕES DA NOÇÃO DE DISPOSITIVO EM: Foucault, Deleuze e Agamben

Abordamos a pertinência de uma leitura do conceito, nomeado por Foucault, de “dispositivo”. Passamos pelas teorizações de Deleuze e de Agamben, até chegar na construção do Dispositivo Intercessor (DI) realizada por Costa-Rosa – situando a discussão em torno da reflexão de uma práxis no campo das Políticas Públicas em um hospital. Noutras palavras, visou-se instrumentalizar um dispositivo cuja potência poderia produzir ações instituintes na direção da produção de subjetividades singularizantes, abertas a produções de sentidos que afirmem a vida, em vez de subjetividades capitalistas. A primeira na direção de criação do novo, e a segunda, orientada para a repetição de formas vitais cristalizadas.

Propomos a caracterização da noção de dispositivo numa via “singularizante”, por intermédio de uma leitura que o compreende como tudo aquilo que produz agenciamentos rumo à produção de uma subjetivação avessa ao que Foucault (2007) chamou de “dispositivo disciplinar”. Este, por sua vez, determina a vivência dos sujeitos, submetendo-os a normas e a modos padronizados de relação com o mundo. Assim, por meio de Agamben (2009) e Costa-Rosa (2013a; 2019a; 2019b), procuramos apresentar o conceito de dispositivo em sua concepção profanadora, intercessora, considerando-o uma ferramenta de subversão das práticas que tendem ao ajustamento, ao funcionalismo social, à ortopedia, à fixação dos sujeitos em estereotipias de conduta e a meios de gozo que, como refere Lacan (1998), envelopam as formas do diferir desejante. Todavia, como porta de entrada às elaborações teóricas de Costa-Rosa, expomos as noções de dispositivo em Foucault, Deleuze e Agamben, para daí atestar as contribuições do dispositivo para a teoria, e, principalmente, para a práxis.

⁸ O ensaio 2 da tese insere a leitura crítica-institucional da Santa Casa como um Estabelecimento.

O Dispositivo em Foucault

Foucault desenvolveu o conceito de dispositivo na obra “História da sexualidade”, no primeiro livro: “A vontade de saber”. Entretanto, é na entrevista concedida por ele à **International Psychoanalytical Association** que encontramos tal definição de modo mais preciso:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2009, p. 244).

Segundo Chignola (2014), a noção de dispositivo teria sido encontrada por Foucault naquele que foi o seu mestre: Jean Hyppolite. Este, recuperando o jovem Hegel, valia-se do conceito de “positividade” para pensar a eficácia do poder de comando exercido pela religião na vida das pessoas. Por meio dos dogmas, dos ritos, das cerimônias e doutrinas, a religião codifica o seu governo sobre as mentes dos fiéis. Junto a isso, em um processo de interiorização dos signos positivados pela instituição religiosa, o fiel se apropria, tendo como seus, o sentimento de culpa, os modos de conduta e os tipos de relacionamento que destes são derivados. Esta é a ideia central do conceito foucaultiano de dispositivo, o que justifica certa sintonia com o que preconizou Hyppolite sobre a positividade.

Em vista do processo de apropriação dos signos e positividade das condutas, extraímos uma pergunta no mínimo inquietante da conferência de Chignola no Brasil: o que é preciso para o dispositivo funcionar? Para o filósofo, ele deve se ligar à liberdade do sujeito, de modo que assim possa, em seu uso geral, governá-lo e orientá-lo. E por que o dispositivo deveria contar com a liberdade do sujeito, refletimos? Porque ao se subjetivar pelo dispositivo, o sujeito não só não oferece resistência ao seu controle, como se torna o próprio dispositivo na relação com outras pessoas e coisas, nos agenciamentos sociais em que está incluído.

Associado às qualidades que os definem, cumpre reconhecer que os dispositivos não surgem tão pura e simplesmente, eles respondem a uma urgência histórica, incorporam determinadas características que respondem a problemas específicos de um dado momento (MARCELLO, 2009; WEINMANN, 2006). O dispositivo, tal como ele opera, nunca está desvinculado do tempo em que se encontra operando. Por exemplo, o dispositivo da sexualidade assumindo suas formas de controle dos corpos, e designando os papéis de mulher e de homem,

coincide com uma sociedade que se estrutura em torno do patriarcado e das relações sexuais entre sujeitos, com base na heterossexualidade e na heteronormatividade.

Conforme Foucault (1988, p. 71), os dispositivos não partem de uma repressão, são “mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder”. Eles impõem com as suas estratégias, as técnicas e os meios que o poder utilizará para assujeitar e “dominar” os sujeitos. Um dispositivo, portanto, é o resultado das relações que se estabelecem entre o saber e o poder (CHIGNOLA, 2014; JUDITH, 2005).

Os dispositivos revelam uma rede de captura que entrelaçam diversos discursos, que vão do universal até os discursos mais particulares e singulares, intencionando manter o funcionamento social (padrão), a manutenção do *status quo* (BAPTISTA, 2015). Impulsionam uma produção de subjetividades marcada pela exploração dos trabalhadores pelo capital e expressa na desigualdade social, na concentração de renda e noutras séries de iniquidades. O dispositivo também possui uma dimensão criativa que pode viabilizar a insurgência do “novo”. Essa função, a nosso ver, é a sua verdadeira potência.

O Dispositivo em Deleuze

Deleuze (1996), em seu texto “O que é um dispositivo?”, amplia a compreensão do conceito que foi esboçado por Foucault, apresentando-o como multilinear, composto por um conjunto de linhas que se expressam de formas transitórias e predispostas a intensidades variáveis. Essas linhas, também vistas como curvas (de visibilidades e de enunciação) e regimes, podem desestabilizar todo um sistema, assim como o seu objeto, em processos contínuos de totalização (MARCELLO, 2004). Deleuze (1996) as nomeou de linhas de brecha, de fissura, de fratura, de visibilidade, de enunciação, de força e de linhas de dessubjetivação. As linhas não têm coordenadas constantes, estão sempre em variação, entrecruzando-se e se misturando. Serão científicas, políticas e estéticas a depender dos limiares que atravessam.

O dispositivo na interpretação deleuziana (DELEUZE, 1996), estrutura-se em torno de três instâncias que, enquanto cadeias de variáveis, destacam-se umas das outras. São elas: o saber, o poder e a subjetividade. O saber está articulado ao regime dos enunciados, os quais produzem diversos sentidos que positivam e afirmam o funcionamento dos dispositivos. O poder está relacionado diretamente ao saber, encontra-se no registro discursivo e manifesto das relações, no discurso do “não-dito”, podendo estar nos movimentos dos dispositivos ao instaurarem uma condição, uma identidade, um lugar ou uma posição.

De outro lado, a subjetividade é o produto do entrelaçamento dos saberes com os poderes. Seguindo este raciocínio, perguntamos: quem seriam os que se subjetivaram a partir do funcionamento e das posições que imprimem os dispositivos? Quais são essas produções de subjetividade, chamadas de formações subjetivas? São os papéis sociais, as diferentes formas de respostas da vida em sociedade: a classe trabalhadora, os nobres, os bons, os excluídos, os maus, os pecadores, os eremitas, as comunidades monacais, os heréticos. Incluímos dentre estas categorias, os sujeitos que padecem de um sofrimento, seja ele físico ou psíquico, ocasionado pelo funcionamento da sociedade hipermoderna e as suas crescentes exigências (DELEUZE, 1996).

Deleuze (1996), em sua tentativa de conferir um caráter dinâmico e mais múltiplo ao dispositivo, em suas vicissitudes, afirma que os dispositivos se definem pelo que possuem em sua capacidade de transformação criativa. A novidade de um dispositivo está na sua constante atualização e ressignificação ao que era anterior. Agamben (2009), ao seu modo, trabalha o dispositivo, além de perceber nele outras nuances, a partir de uma perspectiva transformadora e criativa. Entretanto, avançando na discussão, sugere-nos que há a oportunidade de criarmos condições para subverter, profanar os dispositivos de seu sentido sagrado, “tradicional”.

O Dispositivo em Agamben: o sagrado e a profanação

Tal como Deleuze, Agamben aconselha uma ampliação do conceito de dispositivo e o define como “[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (AGAMBEN, 2009, p.41). O dispositivo é reconhecido como um conjunto de estratégias circunscritas em relações e jogos de forças que produzem determinados tipos de saber. Ele acrescenta que as fábricas, as disciplinas, as prisões, os manicômios e as escolas, qualquer ser vivente, pode ser controlado, modelado e interceptado. Não é preciso que a conexão com o poder seja evidente para que possamos identificar os dispositivos. Os dispositivos são “[...] também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e – por que não – a própria linguagem”⁹ (AGAMBEN, 2009, p. 41). Conforme Chignola (2014), o dispositivo é tudo aquilo

⁹ Sobre a importância e a produção de subjetividade que tais objetos podem produzir na atualidade, um verso da música “Diário de um Detento”, do grupo Racionais MC’s, reflete bem essa passagem do texto de Agamben: “Minha vida não tem tanto valor quanto seu celular, seu computador” (RACIONAIS MC’s, 1997). Outro exemplo do valor dado ao dispositivo, em um curto período de tempo, em função do incêndio ocasionado na Catedral de *Notre-Dame* em Abril de 2019, foram arrecadados cerca de US\$ 900 milhões. Em relação às vítimas do ciclone

que controla os gestos, a autopercepção e o estilo. Um sujeito pode ser um dispositivo, conectando-se e provocando o agenciamento de forças.

Notamos que a esta conceituação de dispositivo é fornecido um destaque ao sentido de movimento. O sujeito está ligado de maneira intrínseca e dinâmica àquilo que o governa, ao que ele produz e à sua verdade, ao que o causa. Stassun e Assmann (2010), recuperando Agamben, argumentaram que em todos os momentos da vida de um sujeito ele é controlado e contaminado por um dispositivo. O princípio dualista da concepção sujeito-objeto é suprimido nesta perspectiva, na medida em que, como contribuição do pensamento histórico-materialista de Marx, concebemos que aquele que é objeto também é sujeito em seu próprio ato de produzir, não sendo tão somente alguém que é reprimido por outrem que lhe enxerta sentidos. Há nessa caracterização do conceito uma porosidade para a irrupção de um dispositivo diferenciado, um “contradispositivo” (AGAMBEN, 2009).

Deste modo, no corpo a corpo, qual é então a estratégia que devemos seguir com os dispositivos? Destruí-los? Usá-los de um “modo correto”? Para Agamben (2009) não é simples destruí-los; talvez precisássemos ser mais argutos e profanadores nessa tarefa. Sobre o seu modo “correto” de uso, seria acreditar que não somos nós quem usamos o dispositivo, é ele que nos usa, já que estamos nas suas entranhas¹⁰. Portanto, “se a todo dispositivo corresponde um determinado processo de subjetivação (ou, neste caso, de dessubjetivação), é totalmente impossível que o sujeito do dispositivo o use ‘de modo correto’” (AGAMBEN, 2009, p. 48).

Encaremos os dispositivos como máquinas de subjetivação, produtoras de subjetividades, que foram historicamente construídos para a manutenção das pessoas em seu estado de serem governadas, educadas e cumpridoras de regras, mas, com uma liberdade restrita, cujo limite é a ordem social (BAPTISTA, 2015). Lembremos dos dizeres de Deleuze (1996): para manter os seus agenciamentos em contínuos processos singulares de totalização e subjetivação, os dispositivos precisam se atualizar, criar e se transformar. Por isso, não podemos os compreender como um modo de operar estático e passivo.

Segundo Agamben (2009), nas raízes de todo dispositivo, constituindo a sua potência específica de existir, há a convivência de dois desejos, de um lado um desejo humano de felicidade, do outro lado, a captura e a subjetivação deste mesmo desejo, ou seja, são dois

Idai, nessa mesma época, no sudeste da África, em Moçambique, Zimbábue e Malawi, a catedral recebeu centena de vezes mais do que os países africanos atingidos pela catástrofe.

¹⁰ Homologamente, Lacan (1992) comenta sobre o dispositivo da linguagem na dimensão da alienação do sujeito ao desejo do Outro: “quando digo *emprego da linguagem*, não quero dizer que a empregamos. Nós que somos seus empregados. A linguagem nos emprega, e é por aí que aquilo goza” (p. 69, grifo do autor). Ante essa alienação, é objetivo de uma análise possibilitar que o sujeito, posto no lugar do trabalho, venha a se apropriar das rédeas desse emprego.

desejos, mas ao mesmo tempo são os movimentos de um só desejo – a depender do modo como se constituiu o dispositivo. A captura e a sobrecodificação dos desejos é o modo característico, e hegemônico, de funcionamento dos dispositivos de governo e de controle (das instituições, das redes e das mídias sociais em geral).

Com o desenvolvimento do Modo Capitalista de Produção, na sua técnica neoliberal globalizada, as aspirações de vida, os ideais sociais solidários e os bens compartilháveis são subtraídos dos sujeitos, do seu uso e do que poderiam ter em “comum” uns com os outros. No mundo capitalista os dispositivos

[...] não agem mais tanto pela produção de um sujeito quanto por meio de processos que podemos chamar de dessubjetivação. [...] o que acontece agora é que processos de subjetivação e dessubjetivação parecem tornar-se reciprocamente indiferentes e não dão lugar à recomposição de um novo sujeito, a não ser de forma larvar e, por assim dizer, espectral. [...] Aquele que se deixa capturar no dispositivo “telefone celular”, qualquer que seja a intensidade do desejo que o impulsionou, não adquire, por isso, uma nova subjetividade, mas somente um número pelo qual pode ser, eventualmente, controlado (AGAMBEN, 2009, p. 47-48).

Os desejos são transmutados do que consideramos ser o que move os sujeitos em suas capacidades infinitesimais de criar e se retificar aos sentidos dados. São sacralizados, ao passo em que são elevados a uma dimensão fantasiosa, distante da propriedade de se realizarem materialmente para os seres humanos. Nisso, as relações entre os sujeitos, cambiáveis e coletivizadas, tornam-se virtuais, individuadas e indiferentes, cada vez mais restringidas ao universo imaginário, onde reside a onipotência de uma relação de si consigo mesmo.

Possuindo por base Foucault, o filósofo italiano nos mostra uma saída ao sugerir que recuperemos um termo oriundo do Direito e da Religião, denominado “profanação”: “Isso significa que a estratégia que devemos adotar no nosso corpo a corpo com os dispositivos não pode ser simples, já que se trata de liberar o que foi capturado e separado por meio dos dispositivos e restituí-los a um possível uso comum” (AGAMBEN, 2009, p. 44).

Trata-se de profanar o sagrado. Com isso, a pretensão é trazer os desejos de uma dimensão divina, cristalizada, desprovida de sentidos simbólicos, para o plano do seu sentido originário, singularizante, enquanto arte e criação. Com o ato de profanar, a intenção é restituir aos seres humanos o livre e comungado uso do dispositivo. “A profanação é o contradispositivo que restitui ao uso comum àquilo que o sacrifício [o sagrado] tinha separado e dividido” (AGAMBEN, 2009, p. 45). Baptista (2015) corrobora essa reflexão apresentando o lúdico como um método profanador. Profanando os dispositivos estamos resgatando as coisas para a

possibilidade de seu uso lúdico. Para o autor, ainda que o lúdico habite a regra, sempre se é possível subvertê-la para um outro modo de uso.

Nessa proposta de uma profanação lúdica, não se assujeita o outro para torná-lo um homem de gosto capaz de apreciar a arte, mas se cria um ambiente propício para uma subjetivação, capaz de permitir a esse sujeito interagir com a obra, retirando dela elementos que irão se transformar em componentes seus (BAPTISTA, 2015, p. 20).

Destacamos que a experiência diversa com o dispositivo, tensionando-o para o demolir, conduz os sujeitos a um livre uso dos seus bens e igualmente à produção de sentidos múltiplos à sua existência, capazes de os convocar a serem atores em seus processos de subjetivar a realidade. O reconhecimento do sujeito pela obra, constituindo-se por meio dela, não será sem encontrar o seu lugar de “profanador” no mundo. Para que os dispositivos se façam governantes, indicou Agamben (2009), é preciso que possam interferir nos processos de subjetivação. No entanto, acreditamos que a condução para o caráter ingovernável dos dispositivos, como ponto de fuga e saída das sobrecodificações dos desejos, requerer que inclua sujeitos capazes de interceder nas relações de saberes e poderes totalitários.

Assim, encontramos em Costa-Rosa (2019a) um diálogo com as proposições teóricas de Agamben (2009), ao pensarmos a definição de um tipo diferente de dispositivo. Distintos de Agamben, que fala do lugar de filósofo, localizaremos a especificidade do “dispositivo Outro” no nível de “uma práxis”, ou seja, como uma possibilidade de instrumentalizar a sua função criativa.

O DISPOSITIVO INTERCESSOR E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO SINGULARIZANTES

Idealizado pelo psicanalista e analista institucional, Abílio da Costa-Rosa, o Dispositivo Intercessor se encontra em construção permanente pelos integrantes do “Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde” (COSTA-ROSA, 2019c)¹¹. Costa-Rosa (2019a) faz uma apropriação crítica da noção de “intercessores” da filosofia deleuziana, no intuito de, partindo da psicanálise e do materialismo histórico, instrumentalizá-la e oferecer matéria a um conceito que até então existia no plano do

¹¹ Um setor de trabalho do “Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva”, inscrito no diretório de grupos do CNPq, que é vinculado à Universidade Estadual Paulista – campus de Assis.

pensamento filosófico. Em seu texto intitulado “Os Intercessores”, Deleuze (1992, p. 156), esclarece que:

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais [...]. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê.

O intercessor é tudo aquilo que favorece e possibilita as transformações que ocorrem mediante a eventos, a participação de pessoas, de coisas que ocupam momentaneamente o lugar de agentes provocadores de mudanças. O exemplo usado por Deleuze (1992), ao mencionar o povo palestino, evidencia as nossas intenções com o conceito “dispositivo”, bem como, a nossa leitura de mundo e de realidade: o povo palestino teria se constituído como povo justamente no momento em que foram expulsos do seu Território, na medida em que resistiam. O discurso dos povos minorizados [colonizados, bloqueados] se faz com os seus intercessores. Conforme dito, a pretensão de Costa-Rosa (2019b) com o Dispositivo Intercessor é poder instrumentalizá-los.

Superando dialeticamente tanto o conceito de “dispositivo” quanto o de “intercessor”, Costa-Rosa (2019a) propõe uma abordagem multirreferencial chamada de Dispositivo Intercessor (DI) ou Intercessão-Pesquisa. É uma ferramenta transdisciplinar que visa lidar com os impasses de uma dada práxis de trabalho nos Estabelecimentos institucionais públicos. A pretensão é fazer frente aos métodos de trabalho e de pesquisa que objetalizam o sujeito.

Conforme Souza (2016, p. 65), o DI é necessariamente “um instrumento de ação, intercessão e produção de subjetividade singularizada” que teria o compromisso de referenciar os trabalhadores das Políticas Públicas, mas não apenas, pois pode ser utilizado na atuação ou no trabalho em diferentes instituições. As intercessões, neste caso, são realizadas junto aos sujeitos que demandam uma determinada ação dessas instituições, bem como ao lado dos coletivos de trabalho institucional. O DI em sua materialização, funciona para que os sujeitos possam sair da condição de “objetos-coisa”, produzida pelos dispositivos que se situam na sociabilidade capitalista (COSTA-ROSA, 2013a; 2019b).

A rigor, o DI não poderia ser nomeado propriamente como um método. É experimentado como um modo de operar na práxis, ou seja, uma ferramenta ética e teórico-técnica inicialmente surgida do campo da Saúde Mental Coletiva (passível de ser utilizada em qualquer práxis social). Direciona-se a escutar os sujeitos do sofrimento [psíquico]. Um dos seus intuitos

principais é a superação da divisão social capitalista do trabalho¹², a qual é uma das formas de dominação e hierarquização das relações humanas. Com isso, objetivamos superar as relações dicotômicas: sujeito/objeto, indivíduo/sociedade e fazer/saber (COSTA-ROSA, 2019a; 2019b; GALIEGO, 2013; PEREIRA, 2011).

O DI pretende subverter a lógica de que o conhecimento deva ser propriedade da prática imediata e produzido unicamente na Universidade. Inclui como os seus referenciais, homologamente éticos, a psicanálise de Freud e Lacan, o Materialismo Histórico, bem como subsídios da Análise Institucional e da Filosofia da Diferença (COSTA-ROSA, 2019b). Dessas referências, utilizamos de forma fundamental a psicanálise. É de Freud (1996a) a afirmação de que tratamento e pesquisa coincidem: não estão dissociados. Em outras palavras, para o tempo da reflexão é imprescindível o tempo da ação. Neste caso, a reflexão é o instrumento ao qual recorreremos no momento posterior à prática profissional, para que assim possamos repensar os necessários e devidos reposicionamentos daquele que está na escuta ao sujeito do sofrimento (ELIA, 2000; PÉRICO, 2014).

Isso não quer dizer que desde a entrada no Estabelecimento institucional, e a inserção próxima a equipe, não haja uma ação que contenha a sua inerente reflexão em ato. Dos primeiros passos aos últimos, os movimentos do trabalhador encarnado pelas bases do DI foram calculados em seu fazer, não foram sem intenções e não estavam alheios dos efeitos de sua prática. Para a intercessão, um marco inicial é considerar as condições de trabalho e a sua respectiva conjuntura social.

As condições e a conjuntura para a intercessão

Como meio de perceber o enlace entre os elementos políticos e arquitetônicos que compunham o Estabelecimento institucional, a análise de conjuntura e de contexto foram fundamentais. Recordamos do primeiro dia de trabalho na Santa Casa, sentimos mudanças drásticas em relação ao que vivemos noutra época em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), naquela tínhamos tido contato com uma gestão autoritária coordenando o Estabelecimento (COSTA, 2019). Diferentemente, na experiência de estar na Santa Casa, encontramos com trabalhadores que em sua maioria eram solícitos, sempre agradecidos e

¹² No Modo Capitalista de Produção, a divisão do trabalho funciona imersa nos dualismos, delegando o saber da prática como propriedade dos que supostamente pensam e, identificados como os teóricos e os gestores, promulgando a manutenção dos que trabalham como os seus subordinados na linha de produção (MARX, 2010).

sorridentes. Fazemos a leitura de que o fato de o Estabelecimento ter um caráter filantrópico, inscrito na sua história, contribuía para tais formas dos trabalhadores de se relacionarem entre si e com a população atendida.

Realizamos a análise política da instituição, ao mesmo tempo em que nos relacionamos com o Estabelecimento e as suas equipes, para entender os seus protocolos, as práticas e os costumes peculiares à Unidade hospitalar. Embora haja uma política universal de Saúde no Brasil, que determina a operacionalização do sistema, é sabido que na sua forma-expressão cada Estabelecimento tem a sua característica de produzir relações sociais. As suas práticas, em boa parte, são infladas pelas singularidades da conjuntura histórico-econômica do local. Nesta feita, consideramos imprescindível nos guiarmos por essas sutilezas, uma vez que foi a partir desse trajeto, ocupando espaços em deslocamento, entre o coletivo de trabalhadores e a demanda social, que conseguimos delinear as ofertas transferenciais destinadas aos sujeitos do tratamento e principiar as intercessões.

Em vista disso, insistimos nos processos de trabalho alternativos ao modelo de gestão vertical e extenuante à classe trabalhadora¹³ e, concomitantemente, na proposição de uma escuta ao sujeito do inconsciente diversa das práticas sectárias que pairam nos “psicologismos” e “psicanalismos”, cujo funcionamento é a mera transposição do que se faz no consultório para a instituição. A todo momento buscávamos uma prática entre vários para que houvesse a expressão de maneiras criativas de existir, opostas ao parcelamento serializado do trabalho e às formas de subjetivação subalternizadas, a este posicionamento provocativo chamamos de postura intercessora (COSTA-ROSA, 2019a).

Contudo, no início, possuíamos a sensação de estarmos deslocados como psicólogos em um local em que historicamente não cultivava a cultura de dar importância ao sofrimento psíquico. Questionávamo-nos, tentando interrogar o nosso próprio incômodo: “por que se sentir um intruso na equipe?”; “Por que se sentir desconfortável?”; “Sinto-me incomodado, só pelo fato de estar executando tarefas diferentes da enfermagem e da medicina?”; “Qual o problema em circular pelos quartos livremente e escutar os sujeitos?”. Confessamos, esses incômodos e sensações diziam respeito aos limites da análise pessoal [de si] do trabalhador-intercessor, o que não queria dizer também que era tarefa fácil sustentar uma posição outra, em comparação com a dos demais.

Orientávamo-nos por uma compreensão, de que todas as pessoas que se encontravam no hospital não precisariam se manter expostas a uma posição de objeto e de submissão. Os

¹³ Esse assunto está melhor detalhado no Ensaio 2 desta tese.

trabalhadores, ou sujeitos do tratamento, poderiam ocupar os lugares de atrizes e atores em seus processos de subjetivar a realidade, criar os significantes-mestres relativos aos seus impasses frente aos acontecimentos naquele contexto.

Foi por este ângulo de entendimento dos fenômenos sociais que dividimos os nossos movimentos, entre os quartos coletivos (aproximando-nos dos sujeitos acamados) e os olhares nos prontuários, guardados nos postos que armazenavam os materiais hospitalares das suas respectivas enfermarias. E, aliado a isso, nos mínimos detalhes procurávamos marcar uma diferença em relação ao que percebíamos dos colegas. No olhar, nos passos, na fala e na vestimenta tentávamos nos distinguir da equipe.

O nosso trabalho assinalava um lugar, não estava correndo de um lado para o outro como as equipes de enfermagem e de medicina. A saudação com um bom dia e o cumprimentar as pessoas, era para lhes conferir o *status* de entes de linguagem e para que a palavra pudesse circular. Pode parecer muito óbvio, mas, no hospital, carece a palavra e sobra o silêncio, gritos e choros emudecidos pela anestesia dos órgãos e da dor, o dizer e a implicação estão caducos, sobra a doença e a inibição. Os sujeitos não se moviam em seu adoecimento, calavam-se à espera de uma cura ativa por parte do saber das ciências médicas.

Avaliando as referidas características, notadas pela incursão no Estabelecimento, o trabalho de intercessão incidiu nas subversões desses padrões reificados. Aos poucos fomos nos autorizando a nos reconhecer como trabalhador da instituição, sem nos incomodarmos por não precisar esperar dos médicos as indicações de psicoterapia para as pessoas em tratamento, sem nos preocuparmos com o que poderiam falar por não estarmos usando o jaleco como todos utilizavam. Confortáveis com a nossa ética, desempenhamos a práxis de intercessão com a mesma naturalidade que as práticas disciplinares clássicas operavam secularmente com os seus métodos.

Grande parte dos trabalhadores de enfermagem, das equipes com as quais convivemos, logo no começo se mostraram empolgados com a possibilidade de atuar com um psicólogo, uns até brincavam se não iríamos atender também os trabalhadores. Tivemos conversas promissoras com o assistente social, com quem atuamos por um tempo em uma UPA do município. Segundo ele, na Santa Casa havia uma chance maior de se aprimorar na profissão. Os trabalhadores na Santa Casa eram sempre muito acessíveis, bons de relacionamento interpessoal. Nessa medida, acreditamos que os efeitos de intercessão foram rapidamente possíveis, em razão das poucas resistências que encontramos para escutar os sujeitos e construir processos de trabalho de modo cooperado.

Todavia, como em todo lugar, confrontamos com limites, esbarramos com trabalhos contraditórios ao nosso fazer. Em relação às questões que diziam respeito ao sofrimento psíquico, existia pouca compreensão dos colegas, possuíam uma formação estritamente voltada às ciências biológicas e naturais. Por conseguinte, não reconheciam nas queixas das pessoas vestígio algum de uma demanda que não tivesse relação com a doença em seu sentido orgânico. Com isso, resolvemos solicitar às enfermeiras chefe de cada enfermaria a permissão para olhar os prontuários das pessoas em internação, de modo que assim, por intermédio da leitura dos históricos, dos diagnósticos e dos sintomas, pudéssemos nos dirigir diretamente a elas sem esperar encaminhamentos formais ou legais.

Depois de um tempo, percebemos que a sensação de se sentir à vontade no hospital era correspondente com o fato de sermos respeitados pela equipe. Realizávamos todas as ligações que precisavam ser feitas para as articulações de caso, as pessoas eram encaminhadas para que as atendêssemos. Porém, ecoava uma questão: qual a dificuldade em não articular e construir os projetos de atendimento com os médicos? Não nos contentávamos com a ausência de parceria com a classe médica, insistíamos em conversar com os colegas da medicina. Aproximávamos de modo sorrateiro, despretenso, como quem estava interessado em saber como funcionava o hospital e às vezes, mesmo sem a necessidade, perguntávamos a sua opinião quanto ao encaminhamento de certos casos.

Um dado curioso, por vezes ouvíamos os trabalhadores nos agradecendo. No começo, muitos nos enxergavam como voluntário, inclusive, quando conhecemos a coordenadora do “voluntariado” foi o que escutamos dela, “precisamos de voluntários como você, se souber de quem possa, por favor, nos diga. Obrigado por estar aqui”. Não nos identificávamos com a posição em que nos colocavam do seu imaginário, seja como obsequioso ou salvador, recusávamos esse endereçamento respondendo que éramos pagos pelo que fazíamos, éramos agentes financiados por um órgão de pesquisa vinculado ao Estado.

Percebemos que havia uma cultura no Estabelecimento para funções voluntárias e de pesquisadores, recentemente, naquela época, havia sido instituído um núcleo de pesquisa na Unidade hospitalar. Por mais que as categorias de voluntário e de pesquisador fossem incompatíveis com o que realizávamos, na posição de trabalhador-intercessor, eram posicionamentos que em um plano se aproximavam de nós: pressupunham uma atuação nas Políticas Públicas, acreditavam que tinham sujeitos com demandas sérias para serem tratadas (sem que houvesse profissionais interessados em os recepcionar) e estimavam a reflexão.

O trabalhador-intercessor: da estratégia às suas táticas

O trabalhador-intercessor tem em seu horizonte a produção de um saber na ação para a ação, as suas linhas de frente visam os discursos bloqueados e subordinados aos saberes absolutos de mestria. É uma postura que atua pelas brechas, ocupa posições em deslocamento. Alertado pela sua “análise pessoal”, para não responder sempre do imaginário, o intercessor incorporado em suas ações empresta o corpo e a subjetividade, sem pagar pelo excesso de gozo e de narcisismo, como suporte das inúmeras investidas transferenciais são endereçadas dos sujeitos do sofrimento e dos outros atores institucionais, os seus colegas de trabalho (COSTA-ROSA, 2019b).

Dialogamos com Costa-Rosa (2019b) na abordagem dos parâmetros que são necessários para a ação institucional e clínica do trabalhador-intercessor: 1) Consideração da realidade psíquica constituída com base na realidade social-histórica e o combate às concepções hegemônicas de saúde-adoecimento que tomam o sujeito por objeto; 2) Trabalho para subverter os modos de gestão verticalizada; 3) Realização de estudo e análise crítica das heranças históricas deixadas pela Saúde Mental Coletiva e Reforma Sanitária, naquilo que embasa os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como operação das instituições-Estabelecimentos enquanto lógicas de interlocução – lugares de ofertas transferenciais para os efeitos da Demanda Social e demandas psíquicas; 4) Ajuste do dispositivo institucional de modo que a psicanálise possa nele caber, sem que, portanto, precise operar apesar dele.

A práxis do trabalhador-intercessor contempla o esforço de congregar ação e reflexão em ato, não se limitando aos sujeitos que demandam uma escuta. O mote, além de construir um campo transferencial (no sentido psicanalítico), é construir um espaço de trabalho para que posições intercessoras sejam instrumentalizadas, tais como a sua própria, em outros trabalhadores: trabalhar em equipe almejando à construção de projetos de atendimento em coletivo. Devemos pontuar as proposições que o DI ajuda a concretizar e potencializar, são previstas e incentivadas em parte pelos documentos e cartilhas do SUS (CAMPOS, 2000). Portanto, o DI é uma possibilidade de também instrumentar essas proposições.

Esse modo de trabalho parte do princípio de que toda práxis tem o seu próprio saber e nela há os seus diferentes “saberes”: o da experiência, o dos livros e o do inconsciente (COSTA-ROSA, 2013a). Deste modo, agimos para que um saber de outra envergadura (saber inconsciente) possa emergir deste já existente (saber da práxis). No que toca ao trabalho de provocar a emergência do saber inconsciente na Unidade hospitalar, é importante

contemplarmos a pluralidade de ofertas transferenciais e se elas correspondem às demandas dos sujeitos.

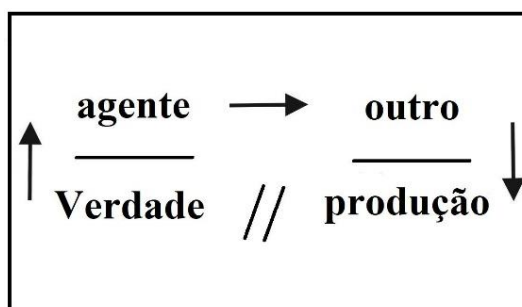
Aos moldes de Lacan (1998b), ofertando para criar a demanda, nossa hipótese é a de que mesmo nas situações em que os sujeitos não possuem uma demanda formulada para se implicarem em seus impasses, diante de uma oferta operada por um trabalhador advertido pela psicanálise pode vir a emergir uma demanda de trabalho subjetivo (COSTA-ROSA, 2019a; PEREIRA, 2011; GALIEGO, 2013).

O desejo de produzir um saber que não se erige pela opressão, ou colonização dos povos pauperizados, está no cerne da questão do trabalhador-intercessor (OTO, 2020). Outrossim, o processo de Atenção à saúde nesta perspectiva, segundo Galiego e Costa-Rosa (2018), pode ser entendido à luz da teoria dos discursos, com a produção de laço social no Discurso da Histeria (DH): questionar e interrogar os saberes colonizadores produzidos pela Universidade.

Os discursos e a produção de laço social

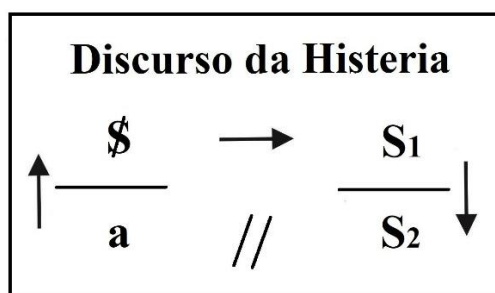
Para Lacan (1992), os discursos são sem palavras, não se limitam aos enunciados, são estruturas circulares que ocorrem por subversões, é um aparelho de quatro posições para definir quatro discursos radicais: o Discurso do Mestre (DM), o Discurso do Analista (DA), o Discurso Universitário (DU) e o Discurso da Histeria (DH). Em cada discurso há quatro lugares: o agente, a verdade (não-toda) [que o suporta e o faz pulsar], o outro [/trabalho] e a produção.

Como vimos, a ordem dos discursos é circular. Lacan chama de quadrípode. Podemos girar para a frente ou para trás. Com um quarto de volta para trás no Discurso da Universidade, caímos no Discurso do Analista. Com um quarto de volta para a frente, caímos no Discurso do Senhor, e não há nada de imaginário nesse quarto de volta. [...] O quarto de volta surge numa simples mudança na fala (MAGNO, 2007, p. 117).



Estrutura dos discursos

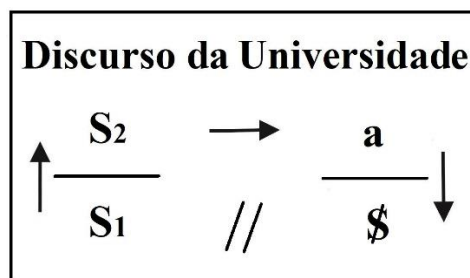
O lado direito é a dominante, por onde todo discurso começa, decretando a sua finalidade. As barras entre o agente, a verdade, o outro e a produção chamamos de as barras do recalçamento; enquanto os traços entre a verdade e a produção são chamados de “impossível”. O lado direito de cada discurso (agente e verdade) nomeamos como lugar do sujeito, o lado esquerdo (outro e produção) designamos como o lugar da produção (SOUZA, 2008). Os quatro discursos são marcados por quatro impossibilidades: Governar (DM), Analisar (DA), Educar (DU) e Fazer-se desejar (DH).



Discurso da Histeria

No DH é um sujeito dividido (\$) interrogando os significantes-mestres (S_1) supostos no outro (em um primeiro momento) e que poderão lhe dar um saber à suposta causa de seu padecimento. O sujeito sofre *es-barrando-se* na impossibilidade de fazer-se [ser] desejado, de permanecer vendido às suas agruras, acreditando que há um Outro portador das respostas de suas perguntas. O sujeito é quem está no lugar do agente, colocando o [significante] mestre “contra a parede”, o saber (S_2) nesse discurso coaduna com o que faz o sujeito continuar se movimentando para retificar o impasse [psíquico]. O objeto no lugar da verdade (a), enquanto função de *sinto-mal*, impulsiona a insistência em querer sentidos do outro frente à experiência da angústia.

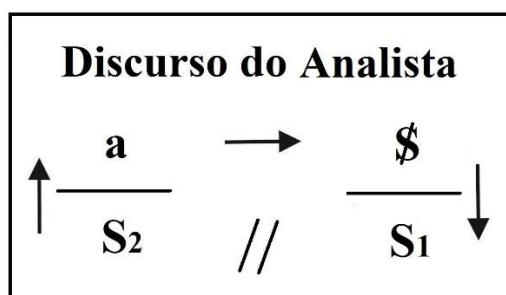
Em relação ao DU, a dominância está na produção de um sujeito (\$) dilacerado e dependente dos sentidos oriundos daquele que, na sua fantasia, possuiria o saber (S_2). No lugar do trabalho o sujeito é tomado como um objeto (a) a ser guiado por outrem. A figura do especialista é ilustrativa, são os *experts* nos assuntos da vida humana, podem ser, por exemplo, os profissionais da saúde e os sujeitos do sofrimento, os professores e os alunos.



Discurso Universitário

O S_2 em cima da barra esconde um S_1 , uma verdade de ordem universal, a verdade máxima das coisas, no caso em cerne, das doenças, move o sujeito como objeto a continuar refém de respostas prontas. O DU em seu paroxismo é considerado uma das fisionomias do capital, por produzir sujeitos que se confundem com o objeto e são facilmente servos da reprodução, estes não precisariam pensar por si mesmos.

O DA, por sua vez, é o discurso que advém de uma torção do DM. Na Urgência médica, se conseguimos subverter o DU com um giro de um quarto de volta para trás, o S_2 que estava no lugar de agente é devolvido ao seu lugar de verdade não-toda, saber como pulsão desejante. A dominante nesse discurso versa para a produção de um sujeito na mais íntima implicação com o seu sintoma, criando sentidos em enxame $[(S_1 (S_1 (S_1 (S_1 \rightarrow S_2)))]$ e se reposicionando subjetivamente na relação com o objeto causa de desejo. Nas respostas criadas frente ao trauma, a pulsão adquire dimensão de *autopoiesis*.



Discurso do Analista

As letras no DA cumprem a função de garantir no trabalho do sujeito a existência das formações inconscientes. O a é o objeto semblante, causa de desejo. O $\$$ tem em sua causa interrogar os S_1 , representantes inconscientes da cadeia significante, que possuem a potência (noutros tipos de laço social) de serem inscrições dos sujeitos em posições cristalizadas, fixadas no sintoma, no que os fazem sofrer.

Diferentemente no DM, o lugar do agente é ocupado pelo S₁, o sujeito (\$) é recalcado para se representar por esse significante mestre. A finalidade deste discurso é querer alcançar por meio do saber, S₂, um produto: [um]a [única] verdade do sintoma (*a*). O agente do DM só quer, ele só sabe que quer e nada mais (MAGNO, 2007).



Discurso do Mestre

Em relação ao objeto (*a*), o produto aparece como a promessa, o resultado de um discurso cujo propósito é ter uma resposta terminal às dores de existir e aos mal-estares evocados no laço social. Já o trabalhador-intercessor, avisado por esses saberes de mestria, caracteriza-se por driblar os especialismos disciplinares que fazem o semblante de mestre.

Sob o manejo dos discursos como dispositivo técnico de trabalho, salientamos o uso dos parâmetros referidos ao Paradigma Psicossocial, modo de práxis particular ao trabalhador-intercessor. Nisto, beneficiamo-nos do parâmetro 2, este aponta para as instituições como lógicas de interlocução e produção de subjetividades singularizantes, indica para o trabalhador-intercessor a construção de projetos de ação em sentido cooperado.

Fomos desenvolvendo um plano de ação, tanto no que diz respeito às articulações de Rede e com a equipe, no domínio intrainstitucional, quanto no que se referia ao cotidiano junto aos sujeitos do tratamento. De uma parte a busca era por um deslocamento dos discursos de mestria e da universidade que, ocupados pelas chefias médica e de enfermagem, tendiam, no hospital, a transfigurar o caráter protagonista do sujeito, trabalhador ou em tratamento, para a posição de escravo de um comando originário das prescrições laudatórias.

No que se refere às pessoas em internação, de modo a propiciar que as diversas demandas tivessem voz, baseamo-nos no parâmetro 1, que admite a realidade psíquica como constituída a partir de uma realidade social-histórica. Esta compreensão de saúde e adoecimento entende que não há produção de sofrimento desvinculado da produção sociocultural em que ele foi criado.

Com a atenção neste parâmetro, todos os dias averiguávamos as listas de internações do dia atual, do dia anterior e constatávamos quais eram as pessoas que tinham permanecido de um dia para o outro. Interessávamos igualmente por casos que expressavam as constantes idas e vindas das pessoas ao complexo hospitalar. Elegemos por ordem de prioridade, ponderando os princípios do SUS e a nossa ética, as pessoas para as quais nos apresentaríamos para ofertar uma escuta analítica. Criamos uma lista com o nome dos sujeitos que poderíamos visitar e daqueles que já tínhamos escutado, de maneira que conseguíssemos pensar, próximos à Rede de Saúde, sobre os seus respectivos encaminhamentos.

Dos muitos casos que acompanhamos percebemos que as questões psíquicas eram pungentes e se destacavam em relação às lesões orgânicas. Vimos como interessante uma situação, uma acompanhante, ao notar o que fazíamos, observando-nos, procurou-nos demandando um atendimento. Como estávamos de saída agendamos com ela para que em dois dias nos procurasse pelo hospital para conversarmos mais sobre o seu pedido. Esta acompanhante aguardava o irmão que estava em cirurgia para a retirada de três hérnias. Solicitou-nos o nosso contato profissional e o nome completo, caso não conseguisse vir e precisasse reagendar conosco um outro dia e horário. Disse-nos que não estava gostando do psicólogo da sua Unidade Básica de Saúde, pois ele não a deixava falar e só queria ditar tarefas. Escutamos esta reclamação em mais de uma pessoa: insatisfações quanto a conduta de trabalhos de psicólogos.

Atribuímos a inflexão causada na Santa Casa, de pessoas que esperavam passivas em seus leitos e quartos a vinda do profissional, para sujeitos ativos na procura pelo “saber”, à posição que adotamos no Discurso da Histeria (DH). Interrogávamos gentilmente os colegas que sobrepujavam o saber dos seus “pacientes”, acerca de seus adoecimentos, e insistimos com os sujeitos do sofrimento a se colocarem como os articuladores da palavra.

Em certos momentos, questionávamos, fazendo-nos de ignorantes, como quem não compreendia um tratamento que não incluísse no processo àquele que o vivia concretamente. Noutras situações, interrogávamos a compreensão de causa-efeito das doenças, exprimindo o desejo de trocar experiências sobre os casos atendidos com membros da equipe plantonista. Apresentávamos de maneira sintética, os elementos da história dos sujeitos que nos permitiam formular hipóteses sobre os seus impasses psíquicos não elaborados.

Estamos avisados de que como intercessor encarnado, na função de trabalhador, só é possível agir em coletivo, entre os vários atores institucionais, sintonizados num mesmo horizonte. Para tanto, emergimos nas brechas abertas pelas crises provocadas na instituição, não

operamos pela rivalidade ou violência, no combate que despreza o outro, preferimos a ação provocativa e histerizante, meio por onde o movimento rumo a mudança pode surgir.

Acreditamos que ter incorporado esse específico posicionamento nos propiciou em um curto período ser uma referência como psicólogo no hospital, enquanto um representante da compreensão psíquica a respeito do sofrimento físico. Apostamos que a oferta do trabalhador-intercessor pôde motivar os demais trabalhadores a darem notoriedade às preocupações, tristezas e emoções geradas nos sujeitos em seus tratamentos. Não costumávamos recusar as demandas a que nos eram dirigidas, por parte dos trabalhadores que nos solicitavam tratar os sujeitos no hospital, por costume e tática elas eram no mínimo indagadas. Por ser um lugar onde a atenção era em prioritário voltada aos aspectos físicos do corpo, escutar o que se destacava como plano psíquico da dor era de extrema relevância.

A mobilização na equipe pelo intercâmbio de experiências de atendimentos, via relato de sessões, apresentando evidências de que as pessoas exprimiam os seus conflitos psíquicos por meio da fala, produziu a chegada de encaminhamentos de “atendimento psicológico” de vários setores do hospital. Os casos eram encaminhados de: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de limpeza, voluntários e controladores de fluxo (conhecidos popularmente como “seguranças”), isso evidenciava que diferentes trabalhadores nos procuravam por se sentirem acolhidos para isso. Cumprimentava todos sem distinção, por acreditar que a única coisa que nos distinguia era a função originária de cada um no Estabelecimento, pela qual fomos admitidos a trabalhar.

Ao término dos atendimentos costumávamos nos dirigir aos trabalhadores, que nos solicitavam para escutar os sujeitos em tratamento, no intuito de lhes dar devolutivas. Comentava com eles um pouco sobre os casos como uma forma de transmitir uma atuação em saúde para além do princípio doença-cura. Dentre uma dessas situações, houve uma conversa com uma técnica de enfermagem, pontuamos a ela a importância que ela teve escutando uma mulher que atendemos noutro momento, de ter percebido que aquela mulher parecia precisar de uma atenção diferenciada. A técnica de enfermagem nos respondeu: “eu gosto de escutar, por isso te chamei”. Notamos a operatividade da posição do trabalhador-intercessor nesta afirmação, ao viabilizar que o sujeito possa exprimir os seus dizeres.

Ao inserir-se em determinado contexto, o trabalhador intercessor deve contribuir para dar passagem, dar voz ao que já está em curso no Estabelecimento institucional, ele deve fazer operar posições intercessoras planejadas/construídas, fazendo frente à paralisação que caracteriza a busca da construção de um saber “sobre” (GALIEGO; COSTA-ROSA, 2018, p. 277).

Facilitar um processo que em si é agenciamento de mudança, conforme dito, é um dos objetivos da intercessão. Inferimos que a abertura do Estabelecimento, no que toca a levar em conta a escuta ao sujeito do inconsciente, foi um dos efeitos da estratégia acolhida. Porquanto, valorizamos o parâmetro 4, o qual sinaliza para a adequação do dispositivo institucional para que a psicanálise possa nele caber: atuamos para adequar o espaço institucional de forma que existisse nele o respeito à oportunidade de escutar nos sintomas, mesmo os físicos, formas dos sujeitos de se relacionarem com as suas verdades e com a angústia através da fala.

Sendo assim, definimos a intercessão no coletivo de trabalhadores em três planos: 1) A proximidade da instituição para proposição às chefias de práticas não exaustivas e organização de processos de trabalho de teor horizontalizante; 2) Uma transmissão de produção de saúde por meio do fazer do trabalhador-intercessor; 3) A interrogação dos preconceitos e posturas capitalistas de colegas trabalhadores.

Esses planos tiveram o seu lugar para fazer frente às impossibilidades de exercer a práxis de intercessão. Outrossim, buscávamos contorná-las, ampliávamos as nossas táticas para trabalhos não restritos aos atendimentos individuais. E optamos por não descartar os investimentos em atos subversivos na macropolítica. Firmamos alianças com movimentos sociais, com um coletivo (instituto) local (unido às reivindicações e demandas da população preta) e assumindo a representação política em Comissão Gestora e Comissão de Direitos Humanos, ligadas a órgão orientador e fiscalizador de categoria profissional no Estado de São Paulo.

Os vínculos com o movimento social e as representatividades gestoras de nossa categoria profissional, coincidindo com a função que tínhamos no complexo hospitalar, visavam se organizar em torno dos eixos Atenção/Gestão/População. Nesta perspectiva, a prática do trabalhador-intercessor está calcada no parâmetro 3, inspira-se nos princípios do SUS que foram herdados do Movimento Sanitário brasileiro. Ademais, aludimo-los à teorização da experiência de atendimento de um caso que acompanhamos na Unidade.

Amaro¹⁴ estava bastante nervoso, persecutório, não queria ser atendido pelo médico. Era agente penitenciário em um presídio do município. Os outros agentes que o acompanhavam disseram que ele fazia tratamento numa cidade por perto e regularmente estava em crise, contaram que houve uma situação em que Amaro quis abrir todas as celas dos detentos para libertá-los. Ao dialogar com ele, falou-nos de filologia, do quanto a educação era fundamental, precisou que “o fundamento” era mais do que “a palavra”. Comentou que conversava sobre

¹⁴ No decorrer da tese como um todo, como forma de garantir o sigilo e a privacidade das pessoas atendidas e dos trabalhadores, optamos por adotar nomes fictícios para expor os fragmentos clínicos.

filologia conosco porque éramos psicólogo e sabíamos disso, tínhamos o saber da língua. Revelou que entendia um pouco de filologia. Conversava olhando nos olhos. Seu discurso possuía tons paranoicos, delirantes, a respeito de vozes que o avisavam sobre pessoas que o queriam matar e o controlar. De um salto, rapidamente se levantou, como quem não queria falar mais.

Por não nos parecer uma crise de um sujeito constituído por recalçamento, apresentando os seus conflitos pela dúvida, lapsos ou atos falhos, conversamos com o médico e entramos em contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que, no dia seguinte, agendou um acolhimento. Amaro não tinha ainda sido acompanhado por um Estabelecimento institucional que oferecesse outras terapêuticas, que não exclusivamente a medicamentosa. O CAPS se colocava naquele instante como um dispositivo da Atenção Psicossocial, com a incumbência de proporcionar um atendimento voltado aos interesses e demandas de Amaro, em acordo, é claro, com as suas condições nas circunstâncias de crise.

Extraímos desse caso a condução de tratamento no que concernia à articulação com o médico. É preciso dizer que noutras vezes Amaro foi recebido no hospital e, posteriormente, foi encaminhado a um hospital psiquiátrico da região. Segundo o que nos contavam os agentes penitenciários que eram seus parceiros, Amaro era dopado, internado por uns dias e depois liberado para voltar ao trabalho. A intercessão possibilitou que, ao menos de início, ele tivesse sua demanda direcionada para a recepção da equipe-CAPS, alternativa ao Hospital Psiquiátrico.

Conforme Costa-Rosa (2019b), a lógica “inter-loucos-sãos” toma como modelo de instituições as que servem aos interesses do capital, restritas ao espaço fechado do prédio, funcionam como depósito de pessoas e as enxergam como números e vias que conduzem à acumulação. Ao contrário, e na contramão das cristalizações dos discursos de poder e de pedagogizar, quando situamos uma postura contraditória ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, a operação promovida é uma necessária construção da passagem do trabalhador disciplinar para o trabalhador transdisciplinar.

Este é o posicionamento imprescindível, capaz de trabalhar as formações sociais e inconscientes de modo entrelaçado (COSTA-ROSA, 2013a; 2018; 2019b; COUTINHO; FONTELES, 2019). O manejo das instituições como lógicas de “interlocação” se pauta em ações construídas em Rede pelos diversos Estabelecimentos, sustentadas no Território, lugares de produção de ofertas que dizem respeito aos efeitos das múltiplas demandas que são endereçadas.

Nas instituições, lemos as inúmeras reivindicações por ajuda por intermédio do conceito de “acontecimento-sujeito”. De acordo com Costa-Rosa (2019b), o acontecimento-sujeito são

as figuras audíveis/visíveis que expressam os processos de subjetivação que o sujeito coloca em movimento nas queixas, na forma de respostas aos desarranjos produzidos na realidade psíquica em razão de eventos que a impactaram, obrigando-a a se rearranjar.

Os acontecimentos-sujeito são os sintomas em suas variadas configurações, diretamente atrelados à sociabilidade capitalista, chamada também de hipermoderna: as depressões, as ansiedades, dores que percorrem o corpo, as fobias, as compulsões obsessivas, “[...] e, ainda, os impasses e sofrimentos relacionados ao sofrimento dito psicótico (alucinações, delírios, depressões extremas, atos contraditórios como o suicídio); entre outros” (COSTA-ROSA, 2019b, p. 49-50).

Estar à altura das demandas das populações, e das possibilidades de interceder junto a elas, faz parte da tarefa substancial daquele que opera pelo DI em construir as ofertas que serão feitas aos sujeitos – para além do que se propõem as instituições na forma de dispositivos de produção social, reprodutores da estrutura social capitalista.

A materialização do DI: ofertas transferenciais e a produção de uma escuta

É indispensável, no exercício de uma práxis intercessora, o rompimento com os tecnicismos baseados em práticas erigidas por pensamentos *a priori*, fixadas no dualismo profissional-paciente e profissional-cliente. A inflexão indicada pelo DI, converge nestas relações: trabalhador(-intercessor)/coletivo e trabalhador(-intercessor)/sujeito do inconsciente. Isto posto, a noção de coletivo nessa discussão se mostra apropriada, uma vez que a utilizamos conectada a um conjunto de práticas que é efetuado em cooperação com outros trabalhadores na Atenção aos grupos (COSTA-ROSA, 2013b; FIGUEIREDO, 2000; MARON, 2000; TENÓRIO, 2000).

Nas proposições de Oury (2009), o coletivo seria uma máquina para tratar as formas de alienação, mental ou social, é um conjunto de funções complexas. “Isso quer dizer que trabalhamos num campo particular, psiquiátrico, psicoterápico, que é um *campo de transferência*. A transferência é o que leva em conta o desejo, a equação fantasmática de cada um” (OURY, 2009, p. 164). Segundo o autor, não é algo que se materializa em um grupo, no entanto, é um modo de operar passível de se abordar a partir de uma grupalidade. Se em Freud (2020), vimos que os grupos são formações de massa, são espaços onde não há a circulação do dizer em respeito à diferença e à singularidade de quem se pronuncia, diferentemente, na “função coletivo” o trabalho é “polifônico, em diferentes níveis” (OURY, 2009, p. 220).

Assinalamos o significativo “transferência” mencionado por Jean Oury. O tempo de construção de uma vinculação, do tipo da suposição de saber da equipe no trabalhador-intercessor, coincide com os sujeitos do tratamento descobrindo a importância do dizer, de formas não convencionais, em grupos, nos quartos coletivos, nos corredores e nas salas de espera. A disposição das ofertas transferenciais, sob este enfoque, implica conhecer o Estabelecimento, os seus processos de trabalho, os regimes de forças que embasam as suas práticas e explorar atividades em equipe de maneira participativa.

No cotidiano de trabalho, insistimos em modos de ações baseados nos preceitos postulados por Marx (2013), tal atitude nos permitiu pensar em formas de cooperação alternativas às da sociabilidade capitalista. Atuamos ao lado dos colegas com a finalidade de produzir uma prática furtiva dos regulamentos que eram previamente estipulados e, tivesse a partir disso, uma notoriedade ao “aqui e agora”, valorizando todos os conhecimentos correspondentes com aquilo que éramos e sabíamos.

Em definitivo, a produção de saber perseguida não poderia ter as mesmas raízes apreendidas pelas formações disciplinares, adquiridas no esteio das Ciências Naturais, Biológicas e, porque não, Humanas. Em hipótese alguma, visamos com tais propostas um mais-trabalho. Pelo contrário, seria melhor se conseguíssemos, por efeito do que fazíamos, criar uma dobra na exploração do trabalho que era rotineira para todos. E, organizados, poderíamos questionar a injusta remuneração salarial recebida do Estabelecimento, sobretudo, em comparação com o que ganhava a classe médica.

Confessamos que, ao levar em conta o tempo de trabalho que tínhamos em contrato (para ser encerrado) e, os limites do que é o labor em um Estado capitalista (a julgar pela lógica predominante de tratamento no hospital), não efetivamos na radicalidade as nossas intenções. Obtivemos, senão, momentos de abertura do Estabelecimento para a cooperação alternativa ao mais-trabalho e efetivação de ofertas transferenciais outras. Porém, evidenciamos, pelo que foi realizado, que teria sido viável intensificar as intercessões vislumbradas pelo DI se tivéssemos tido uma continuidade de ação prolongada. A exposição de algumas vinhetas ilustrou, pelo convívio com a gestão do hospital, o consentimento para pôr em prática modelos outros de tratamento em Saúde.

Tendo em vista o campo transferencial que estava se estabelecendo, com as equipes da Atenção Básica e Santa Casa, logramos êxito em propor uma reunião com a coordenadora da Saúde Mental de *Areias*¹⁵ para entender os fluxos de atendimento nesta área. Ao término da

¹⁵ Nome fictício para designar a práxis de onde se desenrolou a intercessão-pesquisa.

reunião, um assistente social, que era servidor público do Hospital Regional anexado ao lado da Santa Casa, procurou-nos para dizer do seu contentamento em ter a parceria de um psicólogo nas interlocuções interinstitucionais e nas reflexões dos encaminhamentos de casos.

Esse encontro foi sucedido de outro, desta vez, numa reunião particular entre a Santa Casa e a coordenação de Saúde Mental da cidade. O assistente social e o coordenador de enfermagem, concordaram em poder ouvir do representante da Saúde Mental quais eram as noções de sofrimento psíquico que existiam nas especificidades de adoecimento. Ambos acharam pertinente uma reunião, para pactuar fluxos de atendimento e ações conjuntas.

Na conseqüente reunião com a coordenação de Saúde Mental, entre os presentes, estavam o assistente social e a coordenação de enfermagem da Santa Casa. No encontro foram suscitadas algumas perguntas a respeito do funcionamento da Rede de Saúde Mental do município. O coordenador de enfermeiras e enfermeiros mencionou os casos de álcool e outras drogas, os surtos, as crises histéricas e conversivas, frisava somente a participação da psiquiatria nessas demandas. Esta ênfase, era por considerar o trabalho do psicólogo irrelevante ou desprezível? Era por ignorância? Ou era por aderir à psiquiatria como a única forma capaz de escutar os sofrimentos psíquicos em questão?

De resto, julgamos que a reunião teve a sua importância. Fomos os que sugeriram o encontro e os que propuseram o diálogo entre todos. Falamos de casos já atendidos na Santa Casa, além de termos combinado sobre possíveis articulações com a Rede de Saúde Mental. A coordenação de enfermagem destacou que a Santa Casa, no convênio que possuía com o município, não tinha contemplada a incumbência de dispor de um serviço de atendimento aos sofrimentos psíquicos.

Contudo, foi acertado com a referida coordenadora a retaguarda dos dispositivos de Saúde Mental e da Atenção Básica em casos que se constatasse a necessidade de sua presença na Santa Casa. Procuramos perguntar sobre os sujeitos que faziam uso de álcool e outras drogas e que tinham questões sociais importantes, se havia interlocuções no território entre a Saúde e a Assistência Social. A coordenadora mencionou o CAPS como portas abertas para as demandas referentes a álcool e outras drogas, comentando sobre as dificuldades com a Secretaria de Assistência Social. Essa pergunta proporcionou que o assistente social viesse a se expressar sobre os atendimentos na Santa Casa e as suas dificuldades. No que diz respeito a discussão de outras problemáticas, envolvendo tentativas de suicídio, a conversa entre as representações possibilitou a descoberta de que o CAPS auxiliava com orientações, referentes a construção de projetos em parceria e a recepção das pessoas que atentavam contra a própria vida.

A reunião teve o seu valor, o coordenador de enfermagem revelou que até a entrada do Psicólogo na Santa Casa não tinha noção de como era uma estrutura de atendimento em Saúde Mental na cidade, para além dos hospitais psiquiátricos. Ele não sabia que havia outras formas de tratamento que não os hospitais. Próximo de finalizar a conversa, o assistente social perguntou se não tínhamos algo para comentar, por termos ficado quase o tempo todo em silêncio. Respondemos:

estou aqui, escutando. Mas, vou na esteira do que a Patrícia disse, de que os casos que envolvem atuações, encenações, delírios e alucinações, podem ser conduzidos, quando entendemos que esses eventos dizem algo. É perfeitamente possível proporcionar uma oferta de tratamento a estes sujeitos.

De imediato, o coordenador de enfermagem respondeu: “Nós vamos ter que te contratar de modo permanente desse jeito. Nós não somos formados para entender disso”. O assistente social emendou dizendo que ter conhecido a história de alguns “pacientes”, antes deles chegarem à Santa Casa, possibilitou os conhecer e compreender melhor algumas coisas de seus “problemas”.

Em seguida, viramo-nos para a Patrícia e perguntamos se o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) não poderia matricular a Santa Casa. Ela respondeu que legalmente não havia meios para garantir isso, considerando que a Santa Casa não atendia em Saúde Mental pelo SUS (segundo o que previa o seu contrato com o município), entretanto, iria averiguar a possibilidade com a Secretaria de Saúde. Disse que se disponibilizaria para ceder uma palestra, tecer um diálogo com os médicos e as equipes de enfermagem. Todas trocaram telefones, pareceu que foi um diálogo fértil para parcerias ulteriores entre os presentes.

Noutra ocasião, referente a outro assunto, a coordenação de enfermagem nos procurou para conversar, disse que queria que estivéssemos por perto quando estava resolvendo os “conflitos” de trabalhadores. Sugerimos que ao invés de ficarmos somente com as psicoterapias, que pensássemos também em trabalhos de Educação Permanente no SUS e que poderíamos incluir o setor de Recursos Humanos nessa empreitada. A supervisora gostou da ideia, disse que esse “bate-papo” havia aberto os seus horizontes.

Posterior ao diálogo, reunimos com a provedora da Santa Casa e propusemos encabeçar a implementação de um projeto de Educação Permanente¹⁶ no hospital. A provedora aceitou e

¹⁶ São “modos de gerir a Saúde” mesclados ao conceito de Humanização, que tem em uma de suas definições o objetivo de desconstruir os modelos hegemônicos de compreensão e tratamento da doença. Na Educação Permanente os “modos de gerir a Saúde” se transformam, privilegiando a horizontalidade das relações de trabalho como práticas de construção de si e do outro. Os papéis de cada trabalhador da equipe se criam no viés do envolvimento deles nas suas funções, bem como, no quanto cada um pode se reconhecer naquilo que faz no seu

de imediato nos solicitou que marcássemos uma reunião com outros profissionais de sua confiança, a fim de colocarmos o projeto em andamento. Entendemos que a provedora ter assentido para tal proposta, foi devido à transferência que tinha com o saber da universidade. A provedora era professora numa faculdade pública e estava para se aposentar.

Depois dos colegas indicados pela provedora muito protelarem, enfim, conseguimos agendar uma primeira reunião para falarmos sobre a implementação da Educação Permanente na Santa Casa. Os presentes gostaram da proposta, o que viabilizou construir uma estratégia para colocá-la em prática no Estabelecimento. O produto da reunião foi combinar um encontro entre todos os gestores de todos os setores do hospital para conversar sobre o projeto, a importância da participação e envolvimento de todos os trabalhadores, estes, que, por sua vez, estariam em horário de trabalho. Feito isso, o projeto seguiria o seu curso.

Ficou decidido que a Educação Permanente começaria a ser implementada após uma reunião com os gestores responsáveis por cada setor. Posto isto, seriam pensados eixos de trabalho com temas centrados em procedimentos técnicos. Nos módulos subsequentes, o assunto “Humanização” seria incluído. Concordamos que iríamos estruturar o projeto, depois de aprendermos com a experiência de outros lugares que puderam executá-lo.

Em período simultâneo, constatando a quantidade razoável de pessoas que se mostravam interessadas em um tratamento pela palavra, decidimos propor ao coordenador (responsável por nos chefiar) a oferta de recepção-escuta na modalidade de grupos psicoterapêuticos. A coordenadoria aceitou, pedindo ao menos que fosse elaborada uma ficha na qual as pessoas interessadas poderiam se inscrever para serem chamadas a participar. Levamos adiante o desejo de ofertar os grupos psicoterapêuticos, acordamos com os recepcionistas do setor “Ortopedia” para emitir uma lista em que as pessoas poderiam escrever os seus nomes e telefones para contato.

No mesmo período, combinamos com o assistente social em oferecer aos acompanhantes das pessoas internadas o que seria uma espécie de grupo de acolhimento. A intenção com esses encontros, fundamentalmente segundo a vontade do assistente social, seria de informar sobre normas e instruções a respeito de comportamentos ideais. Em nossas

contexto de trabalho e na forma como se constituem enquanto grupo. Repensar os processos e superar a fragmentação diária permeiam um dos eixos norteadores da Educação Permanente. A não separação entre gestão e Atenção, a comunicação entre os grupos, numa ideia de coletivo, a coparticipação da população na construção e organização da Rede, são outros eixos, feitos de método, para o enfrentamento dos problemas provocados por ações que não levam em conta o lugar do sofrimento na vida das pessoas (BRASIL, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; PASCHE, 2009).

pretensões, queríamos aproveitar este espaço para escutar os acompanhantes em suas angústias e acolher eventuais propostas suas quanto a organização dos processos de trabalho no hospital.

Os três projetos foram pensados com suporte nos problemas suscitados pela práxis: o sofrimento dos trabalhadores, pelo motivo da alta carga de funções e baixa remuneração; a vontade em ampliar as possibilidades de os sujeitos enunciarem os seus desejos e elaborarem os acontecimentos traumáticos; a presença dos acompanhantes e a sua participação nos procedimentos de tratamento e internação. Tentamos com as propostas escutar a polifonia multifacetada das demandas eclodidas, amiúde, nas formas de crise.

Houve empenho em realizar as atividades, embora, por limites impostos pelo Estabelecimento institucional, nenhuma das iniciativas tivessem sido concretizadas. A despeito dos fracassos, resolvemos registrar a determinação de não nos furtarmos de ser obstinados nas investidas de sustentar um posicionamento diverso do “comum” no hospital. Por outro lado, o básico é reconhecer que somos parte da classe trabalhadora.

O lugar do *Um a mais*

Conforme Galiego e Costa-Rosa (2018), o trabalhador-intercessor não possui um vínculo com uma Universidade, a menos que a ela queira recorrer para refletir sobre o seu fazer. Mesmo não sendo a condição originária, há por outro lado, aqueles que estão unicamente no circuito universitário, como foi o nosso caso, e desejam a experiência de uma práxis e ser um trabalhador de um outro tipo. Sabemos que estamos em uma época em que há no Brasil uma significativa ausência de abertura de concursos públicos e processos seletivos para atuar nas Políticas Públicas, mais do que isso, no momento em que esta tese estava sendo escrita vivíamos a maior pandemia e crise sanitária do século, além de uma taxa de desemprego que não se avistava no país desde 2012¹⁷.

Portanto, o trabalhador-intercessor se caracteriza por duas posições, podem ser entendidas igualmente como dois momentos lógicos que existem concomitantes, são elas: o *Um a mais* e o *Mais um*. É forçoso que para ser trabalhador-intercessor, e isso serve para os que estão na Universidade, é preciso ser trabalhador e estar na práxis. Apenas como *Um a mais* se consegue alçar a posição de *Mais um*. O *Um a mais* é um trabalhador como os outros, essa função não é indiferente às suas tarefas na instituição, coloca em ação o saber sobre a práxis e sobre os sujeitos dela (GALIEGO; COSTA-ROSA, 2018; GARCIA; COSTA-ROSA, 2018).

¹⁷ <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/05/27/desemprego-atinge-147percent-no-1o-trimestre-diz-ibge.ghtml>.

A nosso ver, o estar ciente de que se é peça indissociável da classe trabalhadora no Brasil está conciliado com três centralidades, a luta de classes, a produção de mais-valor (superexploração da força de trabalho, em particular da população preta¹⁸) e estar avisado de que o saber está em posse dos atores institucionais; em concordância com Gramsci (2001; 2020), defendemos que não existem não-intelectuais.

Mais le rapport même qui existe entre l’effort d’élaboration intellectuelle-cérébrale et l’effort musculaire-nerveux n’est pas toujours identique, et c’est pourquoi il existe des degrés différents d’activité intellectuelle spécifique. Il n’existe pas d’activité humaine dont on puisse exclure tout à fait l’intervention intellectuelle, il n’est pas possible de séparer l’*Homo faber* de l’*Homo sapiens*¹⁹ (GRAMSCI, 2020, p. 156).

Conquanto, a convicção de que todos somos intelectuais, independente da atividade que desempenhamos, talvez não fosse partilhada entre todos da equipe no hospital. Recordamos de ter ouvido de enfermeiros o conselho para não confiarmos no que as técnicas de limpeza e de cozinha nos diziam, acerca das pessoas internadas, argumentando que elas não sabiam do que falavam. A ironia nessa história era que estes mesmos colegas, que limpavam e cozinham, eram os que possuíam um vínculo de maior intensidade com os sujeitos, por conseguinte, conheciam mais ao fundo a história das pessoas. Independente disso, as chefias de enfermagem, bem como a equipe médica, pouco se direcionavam aos seus “subordinados” no intuito de os escutar em suas opiniões, nem ao menos dirigiam a palavra olhando nos seus olhos.

Em contrapartida, relacionávamos com todos sem distinção, inclinávamos constantemente para construções de trabalho em cooperação. Quando começamos na Santa Casas, procurávamos nos apresentar aos colegas perguntando sobre o funcionamento do Estabelecimento, os limites, até onde poderíamos caminhar para atender os sujeitos. Investíamos nas diversificadas maneiras de se prontificar a fabricar parcerias. Numa ocasião, recebemos um convite de um enfermeiro chefe para estar com os trabalhadores da Santa Casa, ajudando a promover uma campanha para doação de sangue. Entendemos o chamado como um ato de nos considerar como componentes da equipe. Pelo motivo de estar imerso no cotidiano do hospital, muitos acreditavam que éramos contratados como todos os outros o eram. Noutro contexto, dialogando com a supervisora da equipe administrativa, achamos curioso ela comentar sobre as pessoas que nos procuravam, perguntando sobre o psicólogo: “eles não

¹⁸ Esse assunto está mais desenvolvido no Ensaio 2 e nas Considerações Finais da Tese.

¹⁹ Mas a relação mesma que existe entre o esforço de elaboração intelectual-cerebral e o esforço muscular-nervoso nem sempre é idêntica, e é por isso que existem diferentes graus de atividade intelectual específica. Não há atividade humana da qual a intervenção intelectual possa ser completamente excluída; não é possível separar o *Homo faber* [Ser humano capaz de criar] do *Homo sapiens* [Ser humano sábio] (tradução independente).

sabem que você não é diretamente contratado daqui”. Para o trabalho a ser feito, reconhecia essa “confusão” como um efeito significativo e importante do que estávamos produzindo na Unidade de Saúde.

Reforçamos que foi imperioso criar condições para que existisse um campo transferencial sustentado com a equipe. Dispúnhamo-nos a estar nas reuniões, a discutir sobre a Saúde Mental Coletiva e o seu funcionamento no âmbito hospitalar. Tínhamos o costume de dialogar, sem nos opormos desconsiderando os seus saberes. Diante de comentários preconceituosos, e ignorantes (relativos a um “não saber”) a respeito de casos de Saúde Mental, mencionávamos o que eram as Redes de Atenção Psicossocial. Debates sobre a considerável função dos trabalhadores da Saúde neste sentido, transmitindo-lhes um pouco do que seria possível escutar das tentativas de suicídio, dos surtos e das crises, sem nos assustarmos. Tínhamos uma aposta de que o campo transferencial estaria se consolidando, na medida em que fôssemos percebendo que éramos uma referência, para a escuta da dimensão psíquica, no seio dos atendimentos hospitalares.

Portamos um desejo na prática, mais do que tudo, de produzir intercessões o suficiente para criar o senso crítico das classes populares através do proletariado. Afinal, não são os trabalhadores aqueles que operam os dispositivos públicos de Atenção? Para Gramsci (1999), o labor incessante de intensificar a intelectualidade das camadas populares, numa orientação crítica quanto à consciência de classe, é uma necessidade para a substituição do senso comum e dos velhos conceitos do mundo. Gramsci (2001; 2020), foi quem qualificou os intelectuais orgânicos como os que atuam a favor de seu grupo social econômico de origem, subordinado ou dominante. Mais do que querer o comparecimento de intelectuais para “doutrinar” ou “colonizar” a classe operária, pelo DI, defendemos a presença de um trabalhador de um outro tipo, ancorado na luta social e resguardado dos conflitos psíquicos atravessados pelo sujeito dividido (designado por Lacan (2012) de o indivíduo afetado pelo inconsciente).

A diferença entre intervenção e intercessão é primordial nessa leitura, a intervenção às vezes pode soar violenta por pretender a mudança sem levar em consideração as qualidades e as condições do objeto (BENELLI, 2019). A intercessão, por sua vez, reconhece que não há movimento da vida humana que não esteja em contínuo processo de mudança. Sublinhamos que os seus efeitos dizem primordialmente sobre o estatuto da prática que está sendo empreendida.

Atestamos a passagem do *Um a mais* para o *Mais um*, por termos sido integrados pelo coletivo de atores institucionais e pelas suas respostas quanto à presença do trabalhador-intercessor. Exemplificamos isso com o nosso último dia na Santa Casa, ao comentar com os

trabalhadores que o contrato estava se encerrando, deparamo-nos com diversas reações vindas deles: alguns agradeceram a oportunidade de termos trabalhado em equipe, outros choraram, outros ainda tiveram uma reação de surpresa seguida de raiva. Perguntamo-nos a respeito das reações, em primordial, os que manifestaram raiva, estariam se sentindo abandonados, traídos, por ter lhes surpreendido? Pensamos se as reações hostis poderiam ter sido evitadas, se teria sido diferente caso comunicássemos com mais antecedência, concluímos que era inevitável o resultado de uma separação, o fim de um ciclo, visto que não haveria perda que não carregasse consigo uma resposta, especialmente se uma presença foi sentida e reconhecida.

Neste ponto de vista, estamos certos de que em nenhuma das reações dos trabalhadores com quem convivemos encontramos indiferença, longe disso, não houve um sequer que não tenha manifestado de alguma jeito uma surpresa, seja de desapontamento ou de gratidão, com o anúncio de que não continuaríamos atuando ao lado deles como psicólogo. A repercussão do fazer-saber do *Um a mais* nos forneceu mostras, indícios de como nos posicionar de um determinado lugar, e não de outro, para provocar agenciamentos de subversões de práticas.

Efeitos de intercessão e a instalação do *Mais um*

Na teoria do DI o lugar do *Mais um* é o posicionamento que configura, com o trabalhador-intercessor, a transição do trabalho instituído para uma posição de movimento e interpelação. A locução “Mais um” é emprestada do que Lacan cunhou por “Cartel”, no âmbito da transmissão e formação em Psicanálise no campo de Freud e Lacan. Conforme Jimenez (1994), os cartéis, indicados por Lacan pela primeira vez em 1964, articulam a psicanálise em intensão (a formação de analistas mediante a análise) e a psicanálise em extensão (o trabalho da teoria). Caberia ao Mais-um, neste sentido, instigar a elaboração do grupo.

Ao que nos importa, extraímos deste conceito algumas de suas características que servem bem às nossas intenções. Segundo Miller (1994), o papel do Mais-um exige que se deva ser um agente provocador, correspondendo melhor ao DH e ao seu compromisso de interrogar o discurso de mestria – sem se identificar como lugar de poder-saber sobre e pelos outros.

E de que modo confirmamos o *Mais um* na práxis do trabalhador-intercessor? Tal como no DA, asseguramos a sua operatividade pelos seus efeitos e sob transferência. “Vale ressaltar que, para o trabalhador-intercessor estar operando na posição de mais-um, é preciso antes estar sob um campo transferencial, no qual uma suposição de saber recai sobre ele” (SOUZA, 2015, p. 92). Asseguramos a sua consistência em momentos pontuais em que as pessoas, trabalhadores

ou sujeitos do tratamento, indagam os seus significantes mestres se colocando a (e)laborá-los, de maneira a transformar o(s) seu(s) saber(es)[-fazer].

Ao ter se estabelecido um vínculo com os colegas, quase todos os dias um integrante da equipe plantonista nos procurava e comentava sobre pessoas para atendermos. Isto acontecia de tal forma que as pessoas em tratamento descobriam, por meio de outras, que havia um psicólogo na Santa Casa. Os sujeitos, mesmo com dores físicas, demandavam das equipes a presença do psicólogo para escutá-los, que, curiosamente, não era para tratar de suas dores físicas. Uma senhora que escutamos, acompanhante do marido que estava internado em razão do agravamento de um câncer, encontrou-nos no corredor e disse para o filho, olhando-nos, “falei com ele da minha angústia e isso me ajudou”. O seu filho, posteriormente, veio nos solicitar para atender também o seu pai. Pelos efeitos da práxis de intercessão, constatou-se a grande pertinência de uma escuta analítica no hospital.

Referimos mais quatro situações, estas proporcionaram refletir sobre a convivência das equipes com a prática do trabalhador-intercessor na função de *Mais um*, bem como o despertar do interesse na dimensão psíquica da dor: uma das enfermeiras escolheu o tema “cardiopatia” em sua pós-graduação, da perspectiva de estudar as influências das emoções em “doenças” do coração, após nossas discussões em reuniões debatendo os atendimentos. O assistente social, em suas visitas aos leitos, constantemente nos encaminhava casos, e, escutando os sujeitos para além das entrevistas protocolares, disse-nos certa vez: “Nossa, bem que você falou, de todos os casos que acompanhei, dos que evidenciam complicações cardíacas, é cada um com uma história mais complexa, sofrida, realmente não dá para reduzir tudo a órgãos”. E expôs que o que dizíamos, a respeito dos “pacientes”, às vezes parecia tão misterioso que depois se apercebia tentando pensar sobre as suas condutas.

Noutra vez, uma enfermeira disse que depois do atendimento psicológico realizado com um garotinho, e de ter percebido uma melhora no seu quadro de saúde, começou em seus procedimentos de enfermagem a fazer algo parecido com o que fazíamos, passou a dar mais atenção, a falar e escutar as pessoas contrariamente ao que preconizavam as práticas de enfermagem e médica. Esta e aquela se resumia em buscar resolver o mais rápido possível os casos para que logo recebessem “alta” do Estabelecimento.

Uma outra colega, Cristina, desta vez do setor de “limpeza e higiene”, veio conversar conosco sobre a filha adolescente que era violentada pelo namorado (mais velho do que ela), decidimos por recepcioná-la, dar sustentação ao que ela queria dizer. Pudemos lhe falar sobre a Redes de Atenção à Saúde e de Assistência Social do seu município que poderiam acolhê-la.

Conforme o que nos contou, Cristina procurou o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), foi ouvida e a sua família passou a ser acompanhada.

As cinco vinhetas “clínicas” expressam a estruturação do lugar de *Mais um* do trabalhador-intercessor em torno da atividade das funções de fala e uso da linguagem, de transmissão de uma postura por meio da experiência, de função de enigma como causa para a movimentação discursiva, de reformulação de um trabalho e de instrumentalização de um saber.

Compreendemos que em cada um dos casos em que foi possível identificar a posição do *Mais um*, operou estilhaços das atividades de funções: a produção de sentido e inscrição de significante, com a senhora acompanhante de seu marido; a abertura para outra significação de saúde e doença, com a enfermeira na escolha de seu tema de pós-graduação; o reposicionamento na teorização dos casos, na suspensão e histericização do discurso em forma de enigma, com o assistente social e a sua prática; a ressignificação de um saber, com a outra enfermeira descobrindo um outro modo de “tratar”; e Cristina, apropriando-se de seu saber, com a ciência e o reconhecimento das possibilidades de circulação e vinculação no Território, quanto à luta pelos seus direitos.

É digno de nota que o trabalho de intercessão ecoou na movimentação do Estabelecimento institucional, no que toca à sua apropriação de tratamentos aos sujeitos não fixados às incisões clínico-cirúrgicas. A partir da inserção no hospital, a administradora da Santa Casa, mediante a elogios e solicitações das chefias plantonistas, decidiu fundar o cargo de psicólogo na Santa Casa, em um estilo de prática similar à que exercitávamos naquele momento. Igualmente, pontuamos com a exposição, que o intuito não é garantirmos que na práxis do trabalhador-intercessor há um paraíso de promessas a ser efetivado. Entretanto, embora seja uma abordagem recente em termos históricos, há na literatura encontrada registros de outras reflexões de posturas do trabalhador-intercessor (PÉRICO, 2014; SOUZA, 2016; BASOLI, 2018; COSTA, 2019; SOUZA, 2019; SHIMOGUIRI, 2020; TONON, 2021).

Por conseguinte, destacamos que o investimento nas ações de intercessão tem a mesma direção ética no particular e nos grupos. Citemos Lacan, o próprio assentiu com as práticas ditas de grupo que entram em cena, ao se situarem no discurso analítico:

[...] essas práticas desvelam apenas um efeito purificado, se me atrevo a dizê-lo, do próprio discurso que permitiu sua experiência.

Não há nisso nenhuma objeção à prática dita de grupo, desde que ela seja bem indicada (o que é pouco) (LACAN, 2003a, p. 476).

Uma das prerrogativas éticas do trabalhador-intercessor é estar em um discurso que dê caminho para o sujeito se apossar do lugar de viver o protagonismo de exercer a palavra. Assim posto, a condição para tal empreitada é ter o seu saber intensificado a um saber que deve ignorar o poder saber pelo outro (LACAN, 1998c; GALIEGO; COSTA-ROSA, 2018).

A postura de não-saber é essencial para operar conforme as bases do DI, uniformemente, dar-se conta das impossibilidades dispostas na e pela experiência. Ao título de recordação dos riscos que estão implicados em nosso fazer, ainda que como caso isolado, lembramos do que julgamos ter sido uma “ameaça” que sofremos, ouvindo de pessoas ligadas à gestão que era para tomarmos cuidado com as perguntas que fazíamos, pois, podíamos estar mexendo em “vespeiro”.

A demonstração de “método” para o DI, adquire importância em seus fracassos e impasses, assemelha-se ao que Lacan retomou (2003b, p. 113) em relação à desenvoltura de Bion em seus grupos terapêuticos: “Nele reencontro a impressão de milagre dos primeiros avanços freudianos: encontrar no próprio impasse de uma situação a força viva da intervenção”.

É de costume um sujeito chegar a uma análise com uma questão relacionada a um impasse que o faz sofrer, por efeito, porém, não de maneira linear, há as intercessões do analista que se fazem presente nessa circunstância. E no caso de um Estabelecimento institucional, e o que dele é endereçado ao trabalhador-intercessor, não podemos pensar o mesmo? Qual será a questão de análise institucional, como ela será recepcionada por um operador do DI? Antes de mais nada, e de ponto de partida, é certo que a abordagem do problema pelo trabalhador-intercessor passa por um horizonte específico. Em suas passagens de *Um a mais* a *Mais um*, em seus recuos e avanços táticos, ampara-se na meta de que os atores institucionais, as pessoas que habitam o Estabelecimento, possam encontrar em suas próprias questões a formulação de uma forma radicalmente diferente de se relacionar com o outro e com o seu desejo.

O DISPOSITIVO INTERCESSOR E OS SEUS MOMENTOS

Conforme Costa-Rosa (2019a), o “método” intercessor, ao qual se nomeia de Dispositivo Intercessor (DI), sugere uma variação radical em comparação ao modo tradicional de se conceber um instrumental científico,

[...] trata-se de produzir saber sobre o processo de produção do saber na práxis, ou seja, um saber sobre o processo de produção do saber na ação/para a ação; não mais um saber para a prática, mas um saber sobre os processos de Intercessão no processo de produção da própria práxis (como integração fazer-saber) (COSTA-ROSA, 2019a, p. 14-15).

O DI pode ser dividido em dois momentos, o que não quer dizer que essas fases também não possam ocorrer simultaneamente (por isso falamos em anterioridade lógica, e não cronológica, da prática em relação à pesquisa). A práxis propriamente dita se instala no primeiro momento e o trabalhador-intercessor, em seu momento, será a posição expressa [encarnada] que assumirá as vestes do DI. A pretensão é ser um trabalhador transdisciplinar, este deve se instrumentalizar por outros saberes que não unicamente aqueles das disciplinas de sua formação originária. O mote é alavancar processos de intercessão em dois âmbitos: no plano institucional (no que se refere à divisão social do trabalho) e na relação com os sujeitos ao se apresentarem por meio de seus impasses psíquicos (COSTA-ROSA, 2019b).

Relatemos um caso que acompanhamos durante algumas semanas no hospital, caracterizamo-lo como paradigmático quanto aos esforços do trabalhador-intercessor de agir em sua oferta de tratamento, por intermédio dos seus movimentos no Estabelecimento. Buscamos ao mesmo tempo tensionar os processos de trabalho enrijecidos e instituídos.

Cláudia estava internada por conta de uma cirurgia, em razão de uma úlcera produzida no corpo. Era bastante obesa e tinha sérios problemas no coração. Depois de nos apresentarmos como psicólogo, perguntamos sobre o que a havia trazido ao hospital. Ela nos respondeu que foi devido a uma queda que teve, o tratamento não foi eficaz e por isso precisou voltar. Pontuamos: “Uma queda te trouxe aqui?”. Ela sorriu e disse que não propriamente, mas sim um mal-estar, as dores que estava sentindo. Sublinhamos: “As dores às vezes dizem de dores outras, muitas vezes antigas”. Ela assentiu e continuou: “Eu estou com uma ferida no corpo e essa ferida não conseguiu se cicatrizar. Eu sou diabética também. A ferida estava fedendo muito, fedia ovo podre essa ferida. Aí eu tive que vir até aqui”. Ficou em silêncio e olhando-nos. Resolvemos lhe dizer: “As feridas ficam abertas e nos chamam a dar respostas, trazem aquilo que sentimos”. Perguntou-nos: “É mesmo. Mas, como assim?”. Dissemos: “Você trouxe o significante ‘ferida’, fale sobre o que ele te representa”. Respondeu: “Ah, tem feridas que são físicas, outras são da alma. As feridas, delas tem as da alma e as físicas”. Destacamos: “Importante isso, as feridas da alma ligadas às feridas físicas”.

Nesse momento, desatou a chorar em som alto, de maneira intensa e aos soluços: “As minhas feridas da alma não se fecham, eu perdi meu filho quando ele era bem novo, eu não aguento, ele morreu por aspirar veneno. Tentei me matar várias vezes, inclusive com veneno, e não consegui. É muito difícil”. Pontuamos: “É difícil, você fala de uma perda”. Replicou: “E não é só uma perda, foram várias”. Continuou Cláudia:

Depois, em seguida, minha mãe morreu e logo meu pai também morreu. Eu tive outros três filhos, mas não esqueço essas mortes. E foram mortes num momento em que meu casamento estava todo destruído. Hoje não, estamos há quarenta anos juntos e meu marido me trata como se eu fosse um bebê.

Sublinhamos: “bebê?”. Assentiu com a cabeça e contou que era ele quem cuidava dela. Emendou e disse que sofria também pelos outros, entre choros, admitiu que não aguentava o sofrimento e a dor dos outros, sentia como se fossem as suas, assim como quando os outros estavam felizes também ficava contente. Proferimos a ela que o seu dizer trazia questões que poderiam ser de análise. Cláudia completou, revelou que um de seus filhos comentou que ela se preocupava muito com os outros, “meu filho fala pra mim: ‘eh, que coisa, mãe, você se preocupa muito, não pode se preocupar muito com os outros’”. Chistosamente, relançamos os significantes: “Éh, Cláudia, ‘coisa, de mãe!’”. Ela ficou olhando e repetiu o que dissemos, “coisa de mãe”. Encerramos: “Vamos interromper nesse momento, interessa-me se pudermos continuar a falar disso e das outras questões. Agradou-me escutá-la”. Cláudia respondeu: “Me agradou muito falar com você, quero continuar sim, por favor, volte”.

Enfatizamos umas das formas de assinalamento dos significantes, oriundos dos discursos dos sujeitos. Em muitas situações, não assinalamos a mesma palavra que emerge, em repetição, de um discurso, mas a representação de um significante, uma palavra, que o sujeito disse e que retorna reiterando um significante anteriormente expresso. Por exemplo, Cláudia expressava que se preocupava por não saber como deixar de se angustiar. Noutro momento, disse que se sentia sufocada e não sabia do porquê. Expressiu que se sentia mal por não resolver os problemas dos outros. Sublinhamos, relançando a ela, de modo diferente, os significantes que emergiram em sessão precedente e pareciam a representar: “Você disse que não deixa de se angustiar”. Ela nos fitou fixamente e confessou que não sabia como responder, como permanecemos em silêncio, continuou e discursou sobre algo que ficava martelando na sua cabeça.

Noutra sessão, Cláudia se interrogou se a sua vontade incessante de ajudar os outros, e sofrer com o que os outros sofriam, não teria surgido quando o seu filho morreu. Interessante como o trabalho com o significante a possibilitou falar mais e a questionar-se, ao ponto de admitir em forma de pergunta: “como solucionar os seus problemas quando se quer tanto resolver os dos outros?”.

Após uma semana voltamos ao quarto em que estava, ao nos aproximar ela disse que perguntou por nós às enfermeiras da UTI (Unidade de Terapia Intensivo). Precisou ficar em observação para fazer uma bateria de exames. Pedimos que continuasse, do ponto em que

terminamos na última sessão. Contou que sentia uma angústia, um sufoco que não sabia explicar, revelou que era muito sensível e chorava por qualquer coisa. Desta vez, resolveu afirmar que depois da morte do filho começou a se preocupar com o sofrimento das pessoas. Sentia-se satisfeita quando resolvia o “problema” dos outros e que, por outro lado, dava-se conta de que não conseguia encontrar as soluções para as suas próprias questões. Comentou novamente sobre as suas tentativas de suicídio. Quando solicitamos que relatasse sobre a angústia, respondeu que era algo que ficava martelando na cabeça, havia uma porção de pensamentos. Não gostava de incomodar os outros. Mencionou que a mãe era muito doente, cuidou dela até a sua morte. Perguntou novamente sobre como solucionar os seus problemas, percebia que prestava tanto atenção nos outros que se esquecia do que precisava verdadeiramente.

Decidimos encerrar a sessão neste momento. Ao sugerirmos que procurasse o psicólogo da sua UBS, respondeu que não conseguiria ir sozinha. Enfatizamos que não queríamos mais do que desejar que ela pudesse desejar se analisar, sugerimos que solicitasse a algum familiar uma ajuda para se locomover até a Unidade de Saúde. Disse-nos que queria sim e iria pensar nisso, agradeceu-nos depois que lhe passamos o contato de um psicólogo que atendia em uma Unidade de Saúde, já tínhamos conversado com o ele a seu respeito.

Depois do atendimento, retornamos para a sala do setor administrativo e ligamos para a enfermeira responsável pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do território de Cláudia. A enfermeira nos contou que desde que conhecia Cláudia nunca a viu sair da cama. Dialogamos sobre o caso, discutimos as possíveis ações a servirem como um projeto de atendimento. Chegamos à conclusão de que seria válido solicitar uma visita da equipe do NASF, um atendimento que teria o seu caráter compartilhado, para construir um tipo de oferta que se harmonizasse à singularidade e à demanda de Cláudia. Ao telefone, a enfermeira nos disse que iria entrar em contato com o NASF e depois nos ligaria para avisar quando a visita à Cláudia acontecesse.

No dia seguinte, recebemos mais uma ligação da enfermeira da Unidade de Saúde, dizendo-nos que Cláudia recusara atendimento, não queria receber visitas da equipe e nem trocar os curativos de seus ferimentos. Decidimos que ligaríamos para ela e, apostando na transferência estabelecida, perguntaríamos se poderia nos receber em sua casa. Com a sua concordância, fomos visitá-la, já que não conseguia se locomover da cama, para a escutar e, depois em equipe, pensarmos melhor sobre uma direção de tratamento. Segundo a enfermeira, o seu marido havia dito que ela não queria visitas. Ligamos e de pronto Cláudia concordou em nos receber. Neste ínterim, o assistente social da Santa Casa ligou para o Centro de Referência

de Assistência Social (CRAS) de referência. A psicóloga do Estabelecimento (CRAS) se prontificou a ir à sua residência. A partir dessa visita, junto a Assistência Social e à ESF do seu território, trabalharíamos vias de fato em Rede. A única renda de Cláudia era um salário mínimo – tendo em vista que o seu marido havia sido demitido por se ausentar do trabalho para cuidar da esposa.

Este foi um caso bastante complexo. Considerando que o nosso contrato com a Santa Casa estava por se encerrar, a intenção era escutá-la, encaminhar a continuação do trabalho para outro psicólogo que estaria situado a respeito. Em equipe, na reunião de alta hospitalar, com todos os equipamentos de Saúde da Atenção Básica presentes, pretendíamos construir uma discussão que pudesse abordar as possibilidades de escuta que alcançassem o desejo de Cláudia.

Na visita, percebemos que ela estava sentada do lado de fora de sua casa, aguardando a nossa chegada com uma cadeira à sua frente. Era uma casa bastante humilde. Falamos mais sobre as suas condições materiais, os recursos financeiros que ela possuía para adquirir os aproximadamente vinte e oito tipos de medicações dos quais fazia uso. Mostrou-se interessada em do mesmo modo receber a visita do CRAS, bem como a visita da equipe de saúde da ESF. Disse-nos que dias atrás não recebeu a enfermeira para trocar os seus curativos, pois, algumas semanas antes, os agentes comunitários de saúde e a enfermeira responsável disseram que iriam até a sua casa para atendê-la e não foram, como a promessa não foi cumprida, não quis mais os acolher em sua casa. Segundo Cláudia, foi justamente naquela semana que os curativos das feridas não foram trocados que o seu estado de saúde piorou, por consequência disso, foi obrigada a ser internada na UPA e depois transferida para a Santa Casa.

Conversamos a respeito de direitos sociais e da importância de ela reconhecer que o atendimento que lhe era ofertado era uma conquista sua. Contou-nos que trabalhou a vida toda, cozinhou, trabalhava na roça, ajudava os outros. Segundo ela, depois da morte do seu segundo filho, afundou-se nas medicações. Após comentar sobre esse evento, concordou em receber a visita da equipe da ESF. Como o marido estava desempregado (aguardava uma indenização da usina onde trabalhou por muitos anos, em decorrência de um acidente de trabalho, cujo ocorrido lhe custou a perda de metade de um dos dedos da mão), a única fonte de renda da família era o Benefício de Prestação Continuada (BPC) de Cláudia.

Vejamos o encadeamento do processo de trabalho subjetivo empreendido por Cláudia na medida em que o trabalhador-intercessor operou com os discursos, no sentido das suas subversões e passagens. Em um primeiro momento, Cláudia se remeteu à ferida no corpo que não se cicatrizava, em seguida, apropriando-se do poder de colocar a palavra em movimento, admitiu que próximas às feridas físicas existiam as “feridas psíquicas” que não se fechavam.

Conseguiu associar as feridas da alma com a morte do filho e dos pais, confessou que não sabia o porquê de se sentir angustiada e sufocada. Diante de seus infortúnios, também sofria pelos outros e a satisfação que tinha na vida era quando solucionava os problemas que não eram os seus.

Após assumir que tentou se matar algumas vezes, na continuidade das ações discursivas, Cláudia se deparou com o que teria sido a sua solução de compromisso, a produção de sintoma, para não entrar em contato com o conteúdo traumático evocado pela morte do filho: perguntou-se sobre a possibilidade de ter se despertado pelo ímpeto de se identificar com a dor dos outros depois da morte do filho, ocasião que iniciou com o uso abusivo de fármacos.

Denotamos as passagens discursivas pelos giros dos discursos. No DM, a ação era para que a fala fosse instaurada, por isso, do lugar de mestre (S_1) a solicitação era para Cláudia colocar o seu saber (S_2) para trabalhar, convocando-a a falar de onde tinha parado, a dizer sobre as feridas, as suas mortes, as faltas sentidas (a). Este ato era paralelo à necessária posição no DU, com o saber (S_2) no lugar de agente, sublinhávamos para Cláudia que as feridas (a), as quais ela expunha, narravam a presença de dores psíquicas que também marcam os sujeitos (\$).

É indubitável, em nosso ponto de vista, que as transições de discurso viabilizaram Cláudia (\$), no DH, a questionar a sua “angústia e sufoco” (S_1) a ponto de as associar com a morte do filho (S_2), conseguindo a partir disso perceber que a preocupação excessiva com os outros não a permitia olhar para as suas próprias questões. Tal percurso acenou para impasses a serem tratados numa análise, indicando-nos fagulhas do que teriam sido pequenas passagens pelo DA.

Movida pela questão (a) emergida ao abordar a angústia, é notada a existência de pensamentos que a acompanham; Cláudia se põe a perguntar como sujeito dividido (\$) sobre a relação entre a identificação com os outros e a angústia (S_1). E noutro encontro, aproxima-se de algo que numa direção de análise tem o seu estatuto de brecha para uma mudança em um posicionamento frente ao saber [inconsciente] (S_2): como poderia Cláudia ter trabalhado a vida toda na roça ajudando os outros e, pagando os seus impostos, naquele instante em que se encontrava debilitada fisicamente, recusar os atendimentos da Unidade de Saúde territorial e não se inquietar com as suas próprias questões?

Conforme dito, concentrava tanta atenção nos conflitos alheios que se esquecia do que realmente precisava. Cláudia permitiu entrever um pouco do que foi o laço com a sua mãe (de quem cuidou até o seu falecimento) e o que é isso que era a “coisa de mãe” para ela. É certo que ela muito poderia continuar a avançar (evidentemente, em condições propícias para que

conseguisse chegar ao dispositivo de Saúde) com o seu engajamento em um tratamento pela palavra.

Por outro lado, talvez os acontecimentos não teriam sido tais como foram, se não tivéssemos intensificado os contatos para a construção do caso de forma intrainstitucional, nas figuras do assistente social e da coordenação de enfermagem. O diálogo com o CRAS e a ESF, no domínio interinstitucional, referências de Cláudia, foi crucial, engendrou inclusive o desejo dos Estabelecimentos em discutir nas pautas das reuniões, de Rede e Alta Hospitalar, a estreita ligação entre as problemáticas sociais, afetivas, físicas e as demandas dos sujeitos.

E, de igual modo, debatendo a experiência de Cláudia, passaram a pensar sobre os mal-entendidos com as pessoas acolhidas nos dispositivos institucionais, situações embaraçosas que, muitas vezes, eram provocadas pela enorme carga de trabalho. Mais do que espaços protocolares, de auditoria de condutas eficazes, tivemos reuniões em que interrogamos os procedimentos, pensando a organização do trabalho e o coletivo de trabalhadores em linha mais participativa e horizontal.

Ao cruzamento dos sujeitos (e o uso que fazem de seus equipamentos de Políticas Públicas²⁰) com as Redes e com os trabalhadores-operadores das ditas Políticas, Costa-Rosa (2008) nomeia de “Redes de contratualidade social”. Descreve-as como um componente fundamental e tático na abordagem do DI. Segundo Costa-Rosa (2008), as redes de contratualidade social são criadas pelos sujeitos para serem estratégias complexas, erigidas em cooperação com os trabalhadores da Saúde orientados pela ética da Atenção Psicossocial, numa lógica antípoda à médico-centrada e hospitalocêntrica.

Em ressonância à conceituação de Redes de contratualidade social, encontramos no conceito de Rede transferencial, oferecido por Seincman (2017), uma valiosa interlocução: a escuta de um sujeito enodada aos discursos que o circundam. Nessa prática de rede, o manejo do campo transferencial se faz necessário para a percepção das repetições, resistências e sugestionabilidades que estão em jogo na condução coletiva dos casos clínicos. Por conseguinte, a apropriação da noção de rede transferencial não só amplia o conceito de transferência, como permite a revisão de conceitos atrelados a práticas em campos não tão explorados pelos psicanalistas.

Destarte, as redes de contratualidade social, levando em consideração a polissemia dos determinantes sociais e psíquicos imanentes à vida humana, são apreendidas para que as pessoas sejam os seus verdadeiros protagonistas. São portanto, uma multiplicidade de vínculos à

²⁰ Há uma parte importante dessa discussão no Ensaio 2 desta Tese.

disposição para a efetiva realização de trocas socioculturais, subjetivas, afetivo-relacionais e econômico-produtivas (COSTA-ROSA, 2008).

Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc) e a intercessãopesquisa

Descrevemos extensivamente o DI em seu primeiro momento – a práxis propriamente dita –, anexado a este tempo da intercessão, destacamos o seu segundo momento, chamado de “Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento” (DImpc). O trabalhador-intercessor dá passagem ao intercessor-pesquisador e este terá o objetivo de criar não *um saber sobre* os sujeitos da práxis, mas um saber de outra ordem, proveniente das suas inquietações, das reflexões acerca dos efeitos de seu posicionamento no campo de trabalho. O que não quer dizer que nos períodos da “práxis propriamente dita”, ele não esteja refletindo *in acto* sobre a sua prática (COSTA-ROSA, 2019a; PÉRICO, 2014).

O diário de campo de intercessão é o instrumento manuseado pelo trabalhador-intercessor para pensar as indagações que lhe são acarretadas. O registro das impossibilidades, das impotências e dos possíveis flancos a serem ocupados, fazem parte do reposicionamento das táticas eleitas no campo.

O diário de campo pode ser uma referência entre outras – que podem incluir também documentos oficiais, livros de atas de reuniões, circulares internos, jornal institucional, material institucional de formação, cartilhas etc. – que será utilizado quando e no caso de se pretender fazer uma reflexão sistemática, crítica e analítica, apresentando formal e teoricamente a intercessão realizada no campo da práxis institucional (BENELLI, 2019, p. 106-107).

Os materiais teóricos colhidos do diário de campo de intercessão, servem à prática do trabalhador-intercessor em sua análise política e institucional do Estabelecimento. Nos processos de elaboração dos problemas e das dificuldades encontradas, os estudos do seu *savoir-faire* [saber-fazer] auxiliam o operador do DI a não se deixar levar pela sedução de se confundir com a posição do especialista; e a não esquecer que a sua luta tem íntima relação com as demandas da classe trabalhadora que são subjugadas. O atributo de refletir sobre a experiência se mostra indispensável, permite o trabalhador se haver com a dimensão do trabalho que é estranhada de si própria, ou seja, conecta-o ao desejo de saber e ao que lhe é mais essencial quanto aos seus horizontes éticos contrários ao do capital.

A finalidade é transformar/agir operando com uma epistemologia de uma valência diversa, no que diz respeito aos métodos de pesquisa convencionais produzidos na Universidade, no sentido de não usurpar os sujeitos como dados, objetificando-os. A empreitada do trabalhador-intercessor-pesquisador não é conhecer para transformar, mas sim, transformar conhecendo. Ao ter em vista o DH, o intento é “[...] instaurar no campo *processos de produção de saberes singulares*, que façam frente à reprodução dos saberes colonizadores e bancários” (GALIEGO; COSTA-ROSA, 2018, p. 272, *grifos dos autores*) e produzir um conhecimento que servirá aos trabalhadores que estão na (in)tensão da práxis cotidiana. Portanto, este modo de produção de conhecimento concebe a pesquisa por meio de um plano que não é o dos moldes clássicos.

A Intercessão-Pesquisa e o intercessor-pesquisador

A pesquisa regida pelos princípios do DI é tributária do método de atendimento clínico em psicanálise, que, para Lacan (2003c), dá-se na inter-relação dialética entre “psicanálise em intensão” e “psicanálise em extensão”. Neste caso, a intercessão, a escuta dos sujeitos (psicanálise em intensão), distingue-se da pesquisa, construção teórica acerca dos atendimentos (psicanálise em extensão). Para tanto, utilizaremos a categoria conceitual “Intercessão-Pesquisa” com o intuito de afirmar que o lugar ocupado pelo trabalhador-intercessor foge das convenções perpetuadas pelos métodos científicos positivistas, funcionalistas e sistêmicos. Na intercessão, o trabalhador-intercessor não está fazendo pesquisa, ou levantando dados, quando está escutando (em atendimento clínico) os sujeitos do sofrimento ou os demais trabalhadores. Nestes termos, a forma do DI de conceber a pesquisa é similar à da psicanálise.

Trata-se, contudo, de um *modo* de conceber e de fazer pesquisa que deve ser claramente diferenciado, em sua especificidade, do modo *científico* de conceber e de fazer pesquisa. As razões dessa exigência de diferenciação sustentam-se, em última instância, nas relações que a psicanálise mantém com a ciência clássica (ELIA, 2000, p. 20, *grifos do autor*).

Valendo-nos dessa concepção de Elia (2000), naquilo que interessa à psicanálise, entendemos que, diferente da ciência clássica, a pesquisa derivada da intercessão não é feita para esquadriñar um sujeito e conferir sentidos a ele, à sua revelia. Ela é realizada para tratar dos limites e dos alcances do método psicanalítico. E isso não é algo que é produzido para a ciência (em seu teor tradicional), é para os operadores da escuta em formação. Partimos do pressuposto de que, desta forma, é possível fazer outro tipo de ciência, sob o reconhecimento

de que ao invés de operar a partir de um “saber sobre” o mais fundamental é criar as condições para que os sujeitos possam “saber-se-de-si” e subverter o seu modo “padrão” de se subjetivar. Assim, na transmissão de conhecimento tal como pensamos, não se transmite somente um conhecimento sobre como se deu o modo de funcionar do atendimento clínico. Por isso, ressaltamos a existência de um tipo de pesquisa em que o sujeito e a sua experiência com o inconsciente venham em primeiro plano em relação à elaboração teórica.

Essa maneira de encarar a produção teórica na Universidade atende pelo nome de intercessor-pesquisador, uma das vestes do trabalhador-intercessor na reflexão quanto ao seu fazer. O compromisso na publicação de artigos, dissertações, teses e livros é poder instrumentalizar outras posições intercessoras. Galiego e Costa-Rosa (2018) sugerem o conceito de *efeitos-demonstração*, configuram a função do intercessor-pesquisador no compartilhamento da experiência com o princípio de persuadir os trabalhadores a conclamarem outros meios de produzir saber junto e a partir da Universidade. Os *efeitos-demonstração* tem como alvo a geração de outros trabalhadores-intercessores, recorrendo à exposição das possibilidades de ampliação das representações sociais de operar no campo político das instituições e de seus Estabelecimentos.

Conjecturamos que há nos postulados de pesquisa do DImpc muito do que o “método Paulo Freire” já antecipou: uma pesquisa como ato criativo e não como ato de consumo e “[...] a ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho” (BRANDÃO, 1989, p. 21-22). A intercessão se encontra nesse entretempo, em que as palavras e os atos de linguagem podem ser propulsores na criação de um trabalho que tenha em primeiro plano a experiência. Apostamos em um caminho de contestação à realidade social, que responde a um tipo de ciência [a qual pode ser denominada de “capitalista”] desvinculada da consciência de classe e que é reprodutora de seres que não conseguem pensar nas consequências do que fazem.

Ao título de resumo, destacamos que no primeiro momento, enquanto um trabalhador com as credenciais conferidas pela instituição, os atendimentos clínicos dos sujeitos do sofrimento são trabalhados na direção da escuta em seu sentido psicanalítico. Importa-nos destacar esta nuance, uma vez que concordamos com a psicanálise ao destacarmos que toda pesquisa é clínica por excelência, “implica que o pesquisador-analista [leia-se trabalhador-intercessor] empreenda sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista, lugar de escuta e sobretudo de causa para o sujeito” (ELIA, 2000, p. 23). A função do trabalhador-intercessor não será menos, e nem mais, do que ajudar o outro *a saber se ajudar*, ser facilitador de um processo de agenciamento que em si já é agenciamento de mudanças (COSTA-ROSA, 2019b).

Está em questão o sujeito se servindo do *dispositivo* psicanalítico e trabalhando para transformar o seu sintoma em um enigma. Ocorre aqui a produção de um saber genuinamente novo, radicalmente oposto à categoria de doente tão cultuada pelas ciências médicas em seus meios de tratamento. No segundo momento, estão em jogo as formulações teóricas e a escrita a respeito do primeiro momento. A Intercessão-Pesquisa se ancora na psicanálise de Freud e Lacan na medida em que esta postula que, para que haja as novas elaborações teóricas, a práxis deve vir em primeiro lugar. Em outras palavras, de acordo com Freud (1996a), em psicanálise é a experiência que contesta a teoria obrigando-a a se redimensionar, não o contrário.

Na especificidade dessa reflexão, a atuação do trabalhador advertido pela Psicanálise, pelo Materialismo Histórico, Análise Institucional e Filosofia da Diferença, foi realizada em um contexto distinto do consultório clássico particular, contou com diversos atravessamentos e influências externas. Expomos a pertinência de uma clínica em outras configurações de tempo e de espaço (COSTA, 2016; ELIA, 2000; GALIEGO, 2013; PÉRICO, 2014).

Neste propósito, a ideia de “contradispositivo” nos parece próxima da noção de “Dispositivo Intercessor” (DI) caracterizada por Costa-Rosa (2013a; 2019b). O aspecto notório ressaltado por Agamben (2009), serve-nos para encontrar nas próprias raízes do conceito de “dispositivo” a centelha necessária para os transformar, em um modo de uso criativo e avesso às formações de subjetividades capitalistas. Se falamos de contradispositivo é por nos referirmos a um dispositivo singularmente contraditório aos que se regem por controlar, governar e assujeitar corpos. Nos termos atribuídos pelo DI (COSTA-ROSA, 2008), argumentamos que na práxis em que se apreende as intercessões de um trabalhador, orientado pela concretude da luta social e do conflito psíquico, não há implicação subjetiva sem implicação sociocultural.

CONCLUIR...

Buscamos no decorrer do ensaio, ser o mais minucioso possível na sedimentação das bases de formalização e estruturação do DI em seu modo de operar. Para isso, resolvemos dedicar uma parte do texto à sua construção epistemológica, por meio da etimologia conceitual da noção de “Dispositivo”, mesmo que de maneira embrionária e tímida.

Compartilhemos uma curiosidade envolvendo a história da escrita deste texto. Em um diálogo com Costa-Rosa (2018), ouvimos dele o seu desejo de escrever um artigo sobre o DI em suas definições de “Dispositivo” em Foucault e Deleuze, com ênfase ao que Agamben pôde escrever sobre o conceito. Fomos surpreendidos com a “coincidência” de que naquele exato

momento estávamos escrevendo uma reflexão com este propósito. Porém, é nítido e evidente que a escolha do caminho para elaborar o ensaio que se integra à tese se deve por inteiro à transmissão, ensino e influência de Abílio da Costa-Rosa, criador da *abordagem multirreferencial DI*.

Em relação às definições do conceito de dispositivo em Foucault, Agamben (2009) propõe o que viria a ser uma possível saída quanto ao seu modo de funcionamento. É importante notarmos, tanto em Deleuze quanto em Agamben, as ampliações da teorização feita por Foucault a respeito desta ferramenta teórico-conceitual chamada de dispositivo. O caráter subversivo que há na sua conceituação, dada por Agamben (2009), salta aos nossos olhos, abre-nos uma janela para os possíveis caminhos que podemos construir diante dos dispositivos que regem e governam os sujeitos nas instituições e nos demais âmbitos da vida em sociedade.

O ato de “profanar” os dispositivos, proposto pelo filósofo italiano, não remeteria ao ignóbil entendimento de desonra ou de desrespeito ao que é sacro, porém, estende-se à restituição dos desejos que foram elevados ao divino, mantidos no regime das leis, para o seu uso comum e livre. A profanação nada mais seria do que recuperar os sentidos singularizantes e subjetivantes dos sujeitos, aqueles que em sua dimensão criativa e constitutiva os podem unir enquanto comunidade [nas relações tecidas entre si e com os desejos que os habitam]. E em que essas reflexões dialogam com a noção de Dispositivo Intercessor proposta por Costa-Rosa?

Costa-Rosa (2019b) sugere, com o Dispositivo Intercessor, a operacionalização de uma forma concreta do que Agamben (2009) explicita no plano filosófico: uma transformação/subversão de condições que antes eram propícias para o assujeitamento de corpos e da subjetividade. As suas teorizações, dirigidas ao campo da Saúde Mental Coletiva e das Políticas Públicas em geral, partem de uma técnica e de uma ética que visam interceder num plano da realidade que além de psíquica é social.

Assim sendo, tanto Agamben (2009), quanto Costa-Rosa (2013a; 2019a; 2019b), insistem em um tipo de dispositivo que pretende superar a lógica de registros de uma verdade absoluta, centrada no imaginário, de acreditar que determinados desejos e estilos de gozo são melhores do que os outros pela posição social que ocupam, ou pelos privilégios que são “sagrados” à sua classe social. Igualmente, ambos parecem apostar no desejo e na vida enquanto arte e superação dos modelos hegemônicos de concepção de sujeito-objeto. A possibilidade múltipla de criar sentidos, e dar respostas simbólicas aos acontecimentos que se apresentam, está na proposta de um dispositivo que seja contra-hegemônico e que, portanto, seja intercessor.

Em outros termos, operar com o Dispositivo Intercessor (DI) é ter como mote de ação-reflexão o horizonte que interessa às classes e sujeitos subordinados ao absolutismo do mestre

moderno: o mercado capitalista. Na lógica de raciocínio que se apresenta, destacamos a luta de classes e os efeitos do Modo Capitalista de Produção na vida material, social e psíquica, como as centralidades que compõem a técnica, a teoria e a ética do DI. Essa especificidade teórica é um dos aspectos que diferencia Costa-Rosa de Agamben: a vinculação íntima e cravada do primeiro às referências de Marx.

As outras referências do DI não estão incluídas em seu arcabouço ao acaso, no que toca a Análise Institucional (em Lourau e Lapassade), a Filosofia da Diferença (com Deleuze, Guattari e Foucault) e a Psicanálise de Lacan²¹, os autores dessas “correntes de pensamento” tinham em comum a sua inspiração em Marx.

Lourau (2014), colocava em prática as suas análises das instituições e da ideologia amparado nas teses marxistas. Do seu modo, Foucault (1979), numa de suas entrevistas publicadas em a **Microfísica do Poder**, reconheceu ser impossível fazer história sem utilizar os conceitos de Marx e sem estar no horizonte definido e descrito por ele. Já Deleuze (1992), em uma entrevista a Toni Negri, revelou que tanto ele quanto Guattari, ambos, de maneiras diferentes, permaneciam marxistas.

Os pensadores: Lourau, Lapassade, Foucault, Deleuze, Guattari e Lacan eram contemporâneos e não faltam menções elogiosas de uns em relação aos outros, em momentos específicos de suas respectivas obras e ensino. Cremos que para futuros desenvolvimentos teóricos, desdobrados da tese, pode ser importante uma justificação argumentativa do uso e anexação das referências bibliográficas utilizadas pelo DI. Soa como significativo um trabalho mais detido de exegese histórica, acerca das proximidades éticas e transdisciplinares entre as referências que engendram essa abordagem multirreferencial.

E a respeito da formação transdisciplinar existente no DI, possuímos a compreensão (também a ser melhor argumentada noutras possíveis pesquisas) de que mesmo em Freud, é exequível defender que na Psicanálise há a sua inclinação para a transdisciplinaridade (COUTINHO; FONTELES, 2019). Em “O interesse científico da Psicanálise”, Freud (1996b) apregoa como os interesses da Psicanálise: a Psicologia, a Filologia, a Filosofia, a Biologia, a perspectiva de Desenvolvementista, a História da Civilização, a Ciência da Estética, a Sociologia e a Educação. Arriscaríamos, com essa amostra histórica encontrada, uma pergunta: não poderíamos afirmar que a Psicanálise seria um produto de todos estes domínios do saber e do conhecimento e, portanto, um “método” cujo funcionamento opera de forma transdisciplinar?

²¹ Sobre as influências de Marx em Lacan, apresentamos algumas delas nas Considerações Finais desta Tese.

No tocante às coisas referentes ao sujeito, Lacan (2006) alegou que ser psicanalista naquela época era estar entocado em “lojinhas de truques” e vislumbrou que talvez existirá um tempo em que estar nessa função será ocupar um lugar na sociedade. Desses excertos, subtraímos pertinentes indicações para o refinamento dos conceitos do DI (até o momento contabilizados como os 13 conceitos-chave: DI, *Um a mais*, *Mais um*, posições intercessoras planejadas/construídas, intercessor encarnado, trabalhador-intercessor, DImpc, intercessão-pesquisa, intercessor-pesquisador, trabalhador intercessor pesquisador, efeitos-demonstração, posições intercessoras e diário de campo de intercessão).

Reivindicamos a necessária abertura da caixa de ferramentas do trabalhador-intercessor, para manipular instrumentos que o orientem em seu processo de trabalho. O trabalhador-intercessor, em suas fisionomias, tem o seu lugar na sociedade e não é indiferente às coisas que interessam ao sujeito. Este é afeito ao arranjo de “truques”, no manejo de uma escuta que lida com os impasses produzidos diante de injunções da realidade, sobremaneira inóspitas para os que dela são afetados.

O grande mérito das contribuições do DI está em anunciar um posicionamento advertido na práxis, avisado pela complexidade que há numa dada forma de assumir a realidade social e psíquica como entrelaçadas uma à outra. Felizmente, isso não acontece somente se estivermos posicionados no DI, entretanto, entendemos que de um outro jeito as posições intercessoras ocorreriam inadvertidamente. A intenção com o DI, vias de fato, é propor uma postura orientada em direção à superação da divisão social do trabalho e dos processos de saúde-adoecimento-Atenção no campo das Políticas Públicas sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009. p. 25-54.

BAPTISTA, M. R. A profanação dos dispositivos em Giorgio Agamben. **Revista estação literária**, Londrina, v. 13, p. 10-23, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/letras/EL/vagao/EL13-Art1.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

BASOLI, L. P. **Figuras da clínica psi na atualidade: algumas à Saúde Mental Coletiva**. Bolsista CAPES. Duração: março de 2016 a setembro de 2018. Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Faculdade de Ciências e Letras de Assis/UNESP. Bolsista CAPES. Defesa em 14/09/2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/158274>>.

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, p. 88-120, 2019. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea06.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, Rio de Janeiro July/Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**, 15 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização**. Projeto - PNH/2005- 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

CHIGNOLA, S. Sobre o dispositivo: Foucault, Agamben, Deleuze. **Cadernos IHU ideias**, Ano XII, v. 12, n. 214, 1-25, 2014. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/214cadernosihuideias.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

COSTA-ROSA, A. **Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave: integrando a estratégia saúde da família e estratégia atenção psicossocial no território**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2008. (Trabalho não publicado).

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

COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013b. p. 233-270.

COSTA-ROSA, A. **Orientação de Intercessão-Pesquisa como parte do programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia e Sociedade** – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2018. (Trabalho não publicado).

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 a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (2008). **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, p. 9-36, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1541/1351>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. **Revista de Psicologia da UNESP** 18 (número especial), p. 37-54,

2019b. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

COSTA-ROSA, A. Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS). **Revista de Psicologia da UNESP**, v, 18, n. especial, p. 5-8, 2019c. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1540/1350>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento**: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, SP, Brasil, 2016.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito numa unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduep, 2019.

COUTINHO, D. M. B.; FONTELES, C. S. L. A perspectiva transdisciplinar da psicanálise. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2019, v. 35, e35440. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/BHwPJRW3GfnMJw9pgJxSBxQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2021.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. “O que é um dispositivo?”. In: DELEUZE, G. **“O mistério de Ariana”**. Lisboa: Veja, 1996.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rios Ambiciosos. Rio de Janeiro, 2000. p. 19-35.

FIGUEIREDO, A. C.. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. 2000. p. 124-130

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber, 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão, 34ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 123-136.

FREUD, S. O interesse científico da psicanálise (1913). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 171-198.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: FREUD, S. **Cultura, sociedade, religião**: O mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 137-232.

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), Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, SP, Brasil, 2013.

GALIEGO, A. H. B.; COSTA-ROSA, A. Saber e conhecimento: uma reflexão acerca do Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc). In: TOLEDO, R. F. [et al. ...] (Orgs.). **Pesquisa participativa em saúde**: vertentes e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 265-292.

GARCIA, A. S.; COSTA-ROSA, A. O Dispositivo Intercessor: contribuições da filosofia da diferença. In: TOLEDO, R. F. [et al. ...] (Orgs.). **Pesquisa participativa em saúde**: vertentes e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 167-186.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere volume 1**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere volume 2**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. **Guerre de mouvement et guerre de positionn** : textes choisis et présentés par Razmig Keucheyan. Paris : La Fabrique éditions, 2020.

JIMENEZ, S. O cartel. JIMENEZ, S. (Org.). **O cartel**: conceito e funcionamento na escola de Lacan. Rio de Janeiro: Campus, 1994. p. 11-34.

JUDITH, R. Dispositivo. In: JUDITH, R. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 39-40.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17**: o avesso da psicanálise [1969-1970]. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. A coisa freudiana [1956]. In: LACAN, J. **Escritos** [1966]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 402-437.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder [1958]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 591-652.

LACAN, J. Variantes do tratamento-padrão [1955]. In: LACAN, J. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p. 325-364.

LACAN, J. O aturdido [1973]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 448-497.

LACAN, J. A psiquiatria inglesa e a guerra [1947]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 106-126.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola [1967]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. p. 248-264.

LACAN, J. **Meu ensino** [1967-1968]. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

LACAN, J. **O Seminário, livro 19: ...ou pior** [1971-1972]. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

LOURAU, R. **A análise institucional**, 3. ed. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

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

MARCELLO, F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, p. 199-213, 2004. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/25426/14752>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

MARCELLO, F. A. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. **Currículo sem Fronteiras**, v. 9, n. 2, p. 226-241, 2009. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol9iss2articles/marcello.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

MARON, G. Grupos de recepção: interrogando (n)os grupos. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17., p. 47-57, 2000.

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, 2010.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MILLER, J. -A. Cinco variações sobre o tema da elaboração provocada. In: JIMENEZ, S. (Org.). **O cartel**: conceito e funcionamento na escola de Lacan. Rio de Janeiro: Campus, 1994. p. 1-10.

OTO, A. Escritura, representación y colonialidad. Una hipótesis de trabajo a partir de Fanon. In: ALVES, M. C.; ALVES, A. C. (Orgs.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. p. 22-34.

OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 19, n. 4 Supl 2, p. 33-41, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Maico/Downloads/v19n4s2a06.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, SP, Brasil, 2011.

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

RACIONAIS MC's. Diário de um detento. [Gravada por Racionais MC's] **Sobrevivendo do Inferno [MP3]**. São Paulo, SP: Cosa Nostra, 1997.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl.1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

SEINCMAN, P. M. **Rede transferencial e a clínica migrante: psicanálise em urgência social**. 2017. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC SP, São Paulo, 2017.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial**. 2020. 295p. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020. Defesa em: 18/12/2020. Link: <http://hdl.handle.net/11449/202764>.

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

SOUZA, H. B. **O psicólogo no cenário do Sistema Socioeducativo em Meio Aberto: problematizando saberes e fazeres**. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo. 2019. Defesa em 13/03/2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191001>

SOUZA, W. A. **A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: um campo de intercessão**. 2015. 162f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2015.

SOUZA, W. A. O dispositivo intercessor na Assistência Social: um modo de transformação da realidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2016, v. 15, n. 1, p. 53-69, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v15n1/a05.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

STASSUN, C. C. S., & ASSMANN, S. J. Dispositivo: Fusão de objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, v. 11, n. 99, p. 72-92, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/14744/18821>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. 2000. p. 79-90.

TONON, F. H. **O adolescente consumidor de álcool e drogas e as internações: deslocamentos e posicionamentos para práticas psicossociais**. 2021. 255 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2021. Bolsista CAPES. Data da defesa: 04/12/2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/202653>

WEINMANN, A. O. Dispositivo: um solo para a subjetivação. **Psicologia & Sociedade**; v. 18, n. 3, p. 16-22, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/sg6tCv5VrHKSGWTYp9bTymz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 de junho de 2021.

ENSAIO 2

AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: exposição, investigação e análise de uma Santa Casa de Misericórdia

Levanta Patrão

Um pobre trabalhador para melhorar de vida
Deixou a terra querida, seguiu pra lugar distante
A fim de ganhar dinheiro, chegou na cidade grande
Onde o progresso se expande, dinheiro corre bastante.

Trazendo rica esperança, na sua pobre bagagem
Saúde e muita coragem, uma força de gigante
É de cortar o coração, coitado não teve sorte
O seu prêmio foi a morte, numa firma importante.

O caboclo tinha raça com seus dois braços roliços
No seu primeiro serviço, tarracou de unha e dente
Homem de sangue na veia, honrado e trabalhador
Derramava seu suor, sorrindo sempre contente

Para Deus ele dizia estou fazendo o seu gosto
Com o suor do meu rosto, ganho o pão honestamente
Perdemos um companheiro, no serviço trabalhando
Quem ficou ficou chorando, meu Deus quem é que não sente.

Levanta patrão levanta pra ver o enterro passando
Perdemos um companheiro no serviço trabalhando.

Quase sempre ele dizia minha estrela ainda brilha
Vou rever minha família minha mãezinha doente
Foi tudo por água abaixo, o sonho desse coitado
Hoje vai ser enterrado, distante dos seus parentes.

Levanta patrão levanta, pra ver um brasileiro morto
Procurando o seu conforto, morreu firme no batente
Amanhã vem outro dia, tenho que mandar o máio
Chorando vou pro trabalho, tocar o serviço pra frente

Tião Carreiro e Pardinho

RESUMO

O objetivo com esse ensaio é apresentar as bases teóricas para uma práxis exercida, sob o método expositivo e investigativo, em uma Santa Casa de Misericórdia. O desenvolvimento teórico originou de uma hipótese: o fazer de um trabalhador da Saúde inserido no Estabelecimento hospitalar, alertado dos efeitos de sua prática, requer a produção de um saber acerca de sua experiência. Reconhecemos a pertinência nesta reflexão ao discutirmos a necessária análise institucional, histórica e social. Julgamos válido difundir a aceção de que há uma grande influência do modo de produção do capital nas técnicas e teorias erigidas para atender a população. As questões levantadas, são oriundas da vivência de trabalhador na Santa Casa em um município do Interior Paulista. Utilizamos as referências de Marx, de Lourau, de Guattari, de pensadores do Movimento Sanitário e de Costa-Rosa. Escolhemos os autores que possuem uma leitura crítica e materialista da realidade. Apontamos uma divisão social do trabalho similar aos moldes fabris de produção. Acusamos em paralelo, à divisão no trabalho, a divisão de raças: a população preta ocupando a maior parte dos cargos subalternos e a população branca representada nos cargos de maior remuneração no hospital. O pensamento de Marx, conciliado aos estudos freud-lacanianos, auxiliou-nos interrogar a práxis e os paradigmas: o flexneriano (as práticas pautadas nas ciências naturais e concepções unicamente biológicas de tratamento) e o da produção social da Saúde (paradigma contraditório, terapêuticas que têm por princípio a ideia de saúde conectada à produção da vida material e social). O Paradigma da Produção Social da Saúde, impulsionado pelos referentes éticos e técnicos-teóricos da Reforma Sanitária, é a indução aos movimentos instituintes de funcionamento em grupos-sujeitos. À maneira de Marx, diante do Modo Capitalista de Produção, manifesto no Paradigma Flexneriano, propomos a mobilização do Sistema Único de Saúde: as capacidades de saúde-adoecimento-Atenção ampliadas às formações socioculturais, ou seja, as potenciais mudanças dos sujeitos, tendo em vista a sua constituição e a relação com o Território.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia; Práxis; Paradigma; Análise Institucional; Movimento Sanitário.

INTRODUÇÃO: a experiência e as suas questões

Duas foram as perguntas, suscitadas pelo trabalho na Santa Casa, que impulsionaram a escrita deste ensaio, sendo que a resposta da primeira abriu caminho para a solução da segunda: quais são e como se relacionam os modelos de tratamento em Saúde²² no hospital? Quais os diferentes tipos de produção de saúde desses modelos de Atenção? Acrescentaríamos finalmente duas perguntas, para arrematar as inquietações que nos mobilizam como trabalhadores: qual é o modo de atendimento hegemônico na Saúde hospitalar? E a qual lógica

²² Em alguns momentos do ensaio, grafamos com “s” minúsculo o termo “saúde” para nos referirmos a um estado de si do sujeito a ser produzido em suas relações sociais, no Território e nos lugares por onde se pode circular e viver. A “Saúde” com a letra “S” maiúscula, refere-se ao conjunto de práticas profissionais que é ofertado a partir de um Estabelecimento de atendimento público à dor e ao sofrimento humano.

de sociabilidade ele responde? As interrogações nesse momento podem nos auxiliar a notarmos a realidade das instituições de uma forma mais complexa.

O trabalho no cotidiano dos hospitais se demonstra exaustivo, impondo aos agentes institucionais muitas responsabilidades e obrigações diante das demandas surgidas. Reconhecemos a pertinência desta reflexão ao discutirmos a necessária análise institucional, histórica e social de um Estabelecimento hospitalar de média e alta complexidade. Assim, é importante percebermos a história em seu caráter de movimento, em suas crises e em suas intensificações (CARLSON, 2007). Justificamos tal preocupação, com o não desconhecimento de que existem ideias, interesses e valores que suplantam as diferentes práticas de saúde. Indicamos essa nuance como indispensável, se atuamos no campo da Saúde. E por fim, julgamos válido difundir a aceção de que há uma grande influência do modo de produção do capital nas técnicas e teorias erigidas para atender a população.

Desta forma, o objetivo com este ensaio é apresentar as bases teóricas para uma práxis exercida, sob o método expositivo e investigativo, em uma Santa Casa de Misericórdia. Pensamos sobre a experiência de psicólogo, procurando problematizar os conceitos de saúde e doença numa perspectiva materialista. No que concerne à Saúde Coletiva hospitalar, visamos a definição dos paradigmas, é uma postura de ação que inclui noções transdisciplinares de gestão política de equipes e contraposição aos modelos biomédicos de cuidado. Projetamos partir de uma práxis subversiva ao Estado capitalista, tendo como arena de luta o campo de práticas ofertadas via Saúde Pública. Neste caso, inserimos como parte da Saúde Pública também os dispositivos institucionais não geridos pelo Estado, mas abertos ao grande público.

As questões levantadas são oriundas da vivência de trabalhador na Santa Casa em um município do Interior Paulista. Utilizamos as referências de Marx, de Lourau, de Guattari, de pensadores do Movimento Sanitário e de Costa-Rosa. Escolhemos os autores que possuem uma leitura crítica e materialista da realidade. A pretensão foi de nos servirmos das suas investigações e, por meio de cenas de trabalho, examinar a nossa experiência, os seus limites, os problemas, os avanços e as proposições alternativas à atual conjuntura.

Dirigimo-nos, em especial, aos atores dos Estabelecimentos hospitalares que atuam em qualquer função, seja ela direta ou indiretamente vinculada ao contato com o povo. Sendo assim, o texto pretende ser um instrumento, um guia para o reconhecimento de campo, bem como, para as suas possíveis mudanças na atividade vital do trabalho.

HOSPITAL: instituição e história social

Associamos a Santa Casa de Misericórdia, conhecida simplesmente como Santa Casa (tomada como instituição e Estabelecimento), com o conceito de hospital. No intuito de notarmos na sua intensificação histórica, de acolhimento às pessoas tidas como “doentes”, os aspectos de seu funcionamento que dizem respeito ao hospital contemporâneo. Sob a perspectiva do complexo lógico-categorial marxiano (PETO, 2018) e da análise das instituições, procuramos, tendo por base a práxis, compreender o hospital por meio da luta de classes e do modo de produção do capital, modelo hegemônico de produção da vida material e social (MARX, 2011a). Esse estudo tem a sua legitimidade por abordar o Equipamento de Saúde em sua estrutura lógica [histórica] de organização.

Com isso, suscitamos a pergunta: por que precisamos conhecer a história dos hospitais? Respondemo-la com um antigo ditado, “é importante conhecer o passado para entendermos melhor o presente”. Conferimos ao ditado o nome de adágio, pois, também há neste uma ascese, eis um dos motivos para não desprezarmos a sabedoria popular. Se estamos falando de tempos antigos, que se atualizam diferentemente no presente, segue uma citação interessante sobre a etimologia da palavra “Hospital”, em um texto escrito e editado pelo Ministério da Saúde na década de 40:

A palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes (BRASIL, 1944, p. 7).

A história dos hospitais, numa análise possível, pode explicar muito das práticas e compreensões que possuímos acerca da doença, do doente e dos seus tratamentos. Pela história, vamos de uma concepção mística (da Grécia antiga, por exemplo), e uma relação não distanciada das pessoas com a figura dos discípulos e do próprio Deus Asclépio (que vinha em sonhos instruir o sujeito²³, para que ele mesmo realizasse os procedimentos necessários na cura de suas feridas), até as técnicas de assepsia médica, existindo no médico a referência soberana de condução dos procedimentos de curar a doença. Nossas conjecturas vão nessa direção, o campo hospitalar da Saúde, localizado nos seus Estabelecimentos e se tecendo no transcorrer

²³ Utilizamos a locução “sujeito” atribuída pela psicanálise, definido como o sujeito do [desejo] inconsciente ou entre significantes.

dos séculos, é uma metonímia do modo de produção²⁴ dominante em seu tempo histórico. Os hospitais são como as linhas de um novelo que se constituem numa trama de instrumentais científicos, alvejam a contenção, o controle e a manipulação da afecção corporal. Eles foram e são até o momento norteados por interesses de cunho ideológico, ideias a respeito de saúde e doença.

O mito de Asclépio nos é um exemplo interessante, ajuda-nos a compreender as concepções de doença e de cura que havia na Grécia antiga. Asclépio (depois reverenciado como um Deus) foi um mortal na antiguidade grega, exímio na arte da cura, ele teria despertado a ira dos deuses ao ressuscitar um homem. Os templos *Asklepieia*, construídos em memória do mito Asclépio, eram Estabelecimentos destinados, por intercessão divina, à cura dos moribundos. Os enfermos deviam dormir nos templos para serem curados, dizia-se que em sonho o próprio Asclépio se apresentava para o “doente” com o intuito de o ajudar na cura de seu mal-estar. Os sinais eram emitidos pelo Deus Asclépio, de modo que em vigília o enfermo pudesse realizar os procedimentos devidos a sua recuperação. Muitas vezes esses sonhos eram induzidos pelos próprios sacerdotes do templo, garantindo invariavelmente certa lógica na atenção prestada às mazelas do corpo. A população também fazia suas preces à Higeia, filha de Asclépio, responsável e identificada como aquela que iria garantir a manutenção da saúde, e, Panaceia, mencionada como representante da cura das enfermidades. Por intermédio de uma livre interpretação e exercício reflexivo, pode ser oportuno lermos a medicina assistencial e curativa como representada em Panaceia, enquanto a medicina preventiva em Higeia. E não nos faltam autores que escreveram sobre o campo da Saúde, delineando a medicina curativista e preventiva, respectivamente, como saberes que se esmeram por pretender a cura de todas as doenças ou por evitar incessantemente o adoecimento do corpo humano (AROUCA, 2003; DONNANGELO, 2014).

Avançando um pouco mais no tempo, na Roma antiga existiam os *Valetudinaria*, por volta dos séculos I a.C. e I d.C., eram arquetetadas tendas, espaços destinados a atendimentos aos militares, doentes, feridos, próximos aos campos de guerra. A medicina era voltada somente para militares. A atenção hospitalar não era ofertada nas cidades, pois, se tinha o costume de tratar os “doentes” em casa (ANTUNES, 1991).

²⁴ Organização dos meios de produção em suas múltiplas possibilidades. Já os meios de produção, são definidos como os instrumentos (da vida material imediata) criados pela cultura, pelos sujeitos, para ampliar os limites de seu funcionamento como seres humanos e sociedade.

Se na Grécia antiga se cunhou o tratamento aos enfermos na pessoa de uma entidade divina ou sacerdotal, na Roma antiga se constituiu uma Atenção²⁵ institucional, a configuração de um espaço próprio para os atendimentos médicos. Em Roma, o cristianismo começava a influenciar uma atenção hospitalar estendida também aos “pobres”, ou seja, a toda a população em geral.

No império Romano, com a adoção e instituição do cristianismo como sua religião oficial, os principais Estabelecimentos que tratava os doentes eram cristãos. Os “doentes”, entregues a toda a sorte, eram acolhidos para os cuidados hospitalares, independente de sua classe social. Da antiguidade cristã à idade média, inúmeros hospitais foram construídos sob a batuta do cristianismo. Contudo, o saber médico era incipiente, ainda que tivessem em si o fervor da caridade e proporcionassem atendimento zelosos, tendo em vista a carência do conhecimento científico, isso não era o bastante.

Com a assunção da idade moderna, percebemos que as origens do Hospital contemporâneo (exemplar a essa passagem é o *Hôtel-Dieu*) coincide com a estrutura arquitetônica dos atuais Hospitais Gerais. O *Hôtel-Dieu*, em Paris, é inaugurado por volta do século VII, mesclando em sua organização os atendimentos baseados na caridade e a atenção aos doentes, “esse hospital teria se apegado a um propósito medieval e extemporâneo – o de promover assistência de modo indiscriminado a todos os necessitados; uma inesgotável vocação caridosa que em outros países, ante o novo contexto social, teria sido abandonada como inoperante” (ANTUNES, 1991, p. 141). O *Hôtel-Dieu* ultrapassava em muito a sua capacidade máxima, o ambiente não tinha controle mínimo de higiene e das morbidades, as camas coletivas comportavam até oito pessoas e o número de mortes dentre os sujeitos atendidos era elevadíssimo. Com esse cenário, e depois de ter sofrido muitos incêndios, no decorrer dos anos de sua existência, em meados do século XIX a realeza francesa conseguiu fechar o hospital (ANTUNES, 1991).

Encontramo-nos ainda no século XIII, marcado pela tomada dos hospitais pelos regimes de governo das cidades, foi o período histórico que anunciou o que se consolidaria em fins do século XVIII: a derrocada dos hospitais cristãos. Os Estabelecimentos hospitalares serviam para controlar o perímetro urbano, livrando-o do abarrotamento de mendigos, eram um

²⁵ Segundo Costa-Rosa (2013), o uso de Atenção com a inicial maiúscula não é sem propósito, atribui à palavra o seu caráter de conceito e expressa o conjunto de ações que são realizadas no âmbito da Saúde Mental: cuidado, promoção, atenção e tratamento. Beneficiamo-nos da sugestão terminológica para a Saúde Hospitalar, introduzindo junto às ações citadas a educação, a cura, a reabilitação e a prevenção.

importantíssimo instrumento de controle da população, da doença, da saúde e de vidas (FOUCAULT, 1978).

Com as dissensões na igreja católica e reorganização dos complexos hospitalares, os médicos investiam no aprimoramento de suas práticas para curarem rapidamente seus enfermos, a estratégia era: quanto mais rápida a liberação de leitos, menos superlotados os hospitais ficariam e menos gastos os governantes teriam. Na idade moderna os “mendigos” (pessoas em situação de rua), imigrantes, vadios, loucos, não mais seriam atendidos pelos principais hospitais do seu tempo. No século XVI, as transformações econômicas e sociais advindas do Renascimento, período das revoluções científicas (KUHN, 1991), alcançaram o hospital. A instituição hospitalar não era mais destinada aos desprovidos e, com o êxodo rural, sobretudo nas grandes cidades, as intenções da nascente burguesia se dedicavam a limpar as ruas.

A organização dos hospitais contemporâneos, em fins do século XIX e início do século XX, não se deu somente por um atributo de melhoria nos procedimentos médicos, visava-se um aprimoramento e intensificação das suas dependências, bem como dos seus atendimentos. Ceder a gestão aos médicos era o ideal a se fazer, colocando-os na hierarquia funcional dos trabalhadores hospitalares. Em parte, isso se deu por conta da profissionalização e fixação da classe médica à Atenção hospitalar. A clínica médica encontrou o sítio para a sua formação e as faculdades de medicina se aliaram aos hospitais. Mais do que um local para se tratar do doente e da doença, o hospital se tornara um ambiente asséptico, terapêutico e de cura, coerente com uma sociedade arregimentada na cultura de massa. Essa sua forma de funcionamento não diferia de muitos sistemas prisionais da época (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 1998).

Portanto, nos hospitais contemporâneos a doença não é mais vista como uma evolução consequente da vida orgânica do doente. Porém, ao retornarmos para os templos *Asklepieia*, vimos que na antiguidade grega os “[...] doentes ali atendidos não eram pacientes e sim agentes de suas curas” (ANTUNES, 1991, p. 21). Posto isto, o que teria mudado na sociedade, em particular a ocidental, para que a vida em sua constante transformação, em seus baixos e altos níveis, passasse a ser entendida sob os juízos de valor: boa ou má capacidade de viver, sadio ou doente? Canguilhem (1982) constrói críticas à psicopatologia que transforma uma condição, que é imanente à vida humana, em uma concepção de patologia, de um mal que precisa ser extinguido. O hospital contemporâneo, então, acompanhando as revoluções científicas e o desenvolvimento do modo de produção do capital, teria fragmentado o doente da doença, deixando-o alheio dos movimentos de seu próprio corpo, separando-o de seu mal-estar. Com a

evolução dos hospitais, a eliminação da doença se mostra como o investimento inequívoco para a reintegração da vida em sociedade.

Em suma, os primeiros hospitais dos quais se tem informações tinham um caráter religioso, seja nos templos da Grécia antiga ou no império romano (com a adoção do cristianismo), os Estabelecimentos de tratamento ao sofrimento humano eram respaldados de maneira fundamental nos valores da religião, nas crenças em entidades transcendentais, divinas e espirituais, porém, não eram delegados de todo à entidade divina (ANTUNES, 1991; TOMASCHEWSKI, 2007).

Como exemplo de um hospital cristão, existem as Santas Casas de Misericórdia, desde a sua fundação no ano de 1498 em Lisboa, elas possuem uma característica filantrópica. No início de sua fundação, recepcionavam os “loucos”, os pobres, os escravizados, os tubérculos, os doentes de diversas espécies, as mulheres, as crianças e os imigrantes. As provedorias desses Estabelecimentos hospitalares eram [e ainda são] ocupadas por sujeitos de grande destaque na sociedade, com grande aquisição financeira em bens e dinheiro. Este fato, também foi verdadeiro na Santa Casa onde trabalhamos: os traços de um hospital contemporâneo, operando pela lógica capitalista de produção, misturados com os resquícios de uma instituição caridosa.

O método expositivo e investigativo: análise do campo hospitalar de Atenção ao sofrimento

A Ciência da história em Marx foi a ferramenta analítico-teórica que utilizamos, para compreender as mudanças nas formas de se entender a “doença” e a organização social dos hospitais. Acreditamos que o método expositivo e investigativo de Marx (2011a) é primordial na análise das instituições. O complexo lógico-categorial marxiano nos permite conhecer a práxis e vislumbrar as possíveis intercessões²⁶ a serem provocadas a partir dela. O estudo dos Estabelecimentos institucionais requer esse nível de abstração. Neste sentido, intensificar as categorias conceituais com que trabalhamos, do abstrato ao concreto, não é menos do que refletir sobre a singularidade da experiência, “o método de ascender do abstrato ao concreto é somente o modo do pensamento de apropriar-se do conceito” (MARX, 2011a, p. 54-55). Nessa concepção de práxis, apropriar-se do fazer é poder pensar e saber sobre as formas de produção engendradas no trabalho, os seus princípios e em que tipo de formação social este está colocado.

²⁶ Este conceito está mais amplamente discutido no ensaio 1.

Logo, optamos por ser marxianos nesse percurso. Não estamos realizando uma aplicação leviana, inocente ou descontextualizada da obra de Marx, para refletir sobre o que fazemos. Encontramos nos escritos marxianos, antes de tudo, um modelo heurístico de tratar dos problemas oriundos do modo de produção do capital. Em essência, o modo de produção do qual falou Marx, global e hegemonicamente, salvo as características particulares de seu tempo histórico, é o mesmo que o nosso: sustenta-se na exploração, no trabalho forçado e no acúmulo de riquezas nas mãos de poucos. A história na lógica apresentada ganha o *status* de movimento, repete-se de diferentes formas. Assim, resolvemos interpretar os textos de Marx segundo a nossa questão, nosso objeto, preocupando-nos em não distorcer a originalidade da sua teoria. Escolhemos no momento categorias mais gerais do que foi a práxis no hospital, na Santa Casa do município de *Areias*²⁷, situado no Interior do Estado de São Paulo. Estas categorias são representativas dos tipos de relacionamento existentes na sociedade capitalista: a população, a divisão social do trabalho, o trabalho e o Estado (MARX, 2011b).

Em relação à primeira, definimos “população” como um determinado número de sujeitos que habitam uma mesma área geográfica. No tocante a população frequentadora do hospital, dividimos ela entre os seus trabalhadores (contratados, estagiários, voluntários e pesquisadores), os sujeitos do tratamento, os demais trabalhadores da Rede e os visitantes sazonais (as figuras políticas do cenário “burguês”, em sua maioria, interessados em realizar doações), diga-se de passagem, bem esporádicos. Com exceção dos médicos, da Diretoria, da provedoria e de algumas pessoas atendidas via convênio²⁸, a grande maioria das pessoas que circulava pelo hospital era de uma classe social categorizada como baixa financeiramente: mulheres e pessoas pretas (marcador social que queremos destacar).

Sendo o máximo possível fiéis à realidade concreta, estes são marcadores sociais que merecem ser expostos. Portanto, cabem-nos as interrogações: por que será que a maior parte da população que frequentava e era atendida no hospital possuía baixo poder aquisitivo monetário? O que justificaria este nítido fato? Para Marx (2011a, p. 54): “Se consideramos um país de um ponto de vista político-econômico, começamos com sua população, sua divisão em classes, a cidade, o campo, o mar, os diferentes ramos de produção, a importação e a exportação, a produção e o consumo anuais, os preços das mercadorias etc”. De nossa interpretação, o autor ainda responderia às perguntas, afirmando que nos mantemos numa noção puramente abstrata

²⁷ Nome fictício utilizado na dissertação de mestrado (COSTA, 2016) e agora nesta tese de doutoramento.

²⁸ Modalidade de uso do hospital mediante pagamento em dinheiro, sob a troca, prometida no discurso não-oficial, de se ter maior conforto nas instalações do prédio e agilidade no atendimento da equipe médica e de enfermagem.

de população quando não incluímos as classes que a constituem. Por conseguinte, fica difícil responder às nossas perguntas sem introduzir a noção de luta e de classes (MARX, 2011a).

Nesta perspectiva, as classes sociais estão indeterminadamente em conflito, uma detém os meios de produção, o poder de compra das mercadorias, enquanto a outra subordinada serve a primeira. O polo subordinado é destituído dos seus meios de produção, recebendo, por sua vez, apenas uma pequena parte daquilo que ele próprio produziu para a classe que é a dominante. A expropriação de uma classe pela outra é o que ajuda a definir o Modo Capitalista de Produção (MCP), estruturando-se por meio da desigualdade social. Isso responderia a uma terceira pergunta, sobre o porquê as pessoas em condição precária de vida eram as que mais adoeciam, a ponto de serem conduzidas ao serviço (no sentido degradado do termo) de Urgência e Emergência.

Na cidade de onde se originava a população a qual referimos, bem como as demais da mesma região, tinha na agricultura a sua principal economia, possuíam em seu Território indústrias agrícolas que eram de grande renome, plantações de cana-de-açúcar, de soja e de milho. O dado curioso é que os proprietários das terras, das indústrias e dos comércios do município eram justamente representados pelos nomes mais influentes na política local.

Por outro lado, no que se refere às categorias “divisão do trabalho” e “trabalho”, percebemos que ambas estão articuladas com a análise empreendida da população e de sua constituição por classes. Nesta esfera de análise, o que alguns conseguem ler como acaso ou detalhes sem importância, entendemos por um conjunto de elementos que compõem um modo de funcionamento societário que é histórico, político e econômico. Chamamos essa leitura que realizamos de lógica-histórica-estrutural e, portanto, materialista (COSTA-ROSA, 2013a).

Conforme Braverman (1987), a divisão do trabalho é uma das características da sociedade presente nas mais diversas formações sociais conhecidas. Assim sendo, falar em divisão do trabalho é expressar a sociabilidade que lhe é própria, esta divide a sociedade por ocupações, cada qual responsável por um pedaço da produção. Dentre os ramos da produção, citamos os setores de: alimentos, roupas, habitação, de saúde, educação e de cultura.

Em cada tempo histórico diferentes civilizações produziram e criaram os meios necessários de subsistência para os seus povos, dividiam-se para a produção da vida material e social. Todavia, a divisão do trabalho no MCP tem aquilo que lhe é de mais próprio. Na Santa Casa de *Areias*, por exemplo, no ramo da produção de saúde, havia as especialidades médicas e as suas equipes de enfermagem. Em relação à medicina, ressaltamos o médico clínico geral, o cirurgião ortopedista, o médico cardiovascular, o pneumologista, o otorrinolaringologista, o médico obstetra e o oftalmologista. No atendimento ao público, cada especialidade médica era

incumbida de uma parte do corpo em “disfunção”, que exigia uma intervenção para que a saúde física fosse restabelecida, todas as ocupações citadas possuíam como subordinados os seus enfermeiros, técnicos e auxiliares. Os médicos especialistas avaliavam e diagnosticavam, prescreviam e determinavam que as equipes de enfermagem aplicassem as medicações. Na realização das cirurgias o procedimento era parecido, o médico definia e intimava, a cada instante de seus comandados, qual instrumento queria para o específico momento da incisão cirúrgica.

Esta parte da cadeia de produção era referente ao contato direto com o produto do trabalho, os sujeitos em sofrimento sendo tratados e “normalizando”, na melhor das hipóteses, os seus quadros clínicos. Na relação indireta com a produção de saúde havia os especialistas, responsáveis, das tarefas administrativas, de manutenção da infraestrutura, de telefonia, de recepção ao grande público, de costura e de lavagem das roupas dos sujeitos em tratamento. Existiam também os profissionais que cozinhavam, o nutricionista, o farmacêutico e outros.

Portanto, na oficina (entendida como um espaço de onde se exerce um ofício, ou aonde se concerta veículos automobilísticos), as ocupações especializadas são inerentes à sociedade capitalista, nesta, cumpre afirmarmos que o trabalhador não consegue acompanhar qualquer processo completo da produção (BRAVERMAN, 1987).

Por hora, sem ainda trazermos as repercussões dessa organização de trabalho à produção de saúde, indagamos, qual a crítica que subjaz ao particular *modus operandi* tão universalizado em nossa sociedade? Recorrendo a Marx (2010), descobrimos que a divisão do trabalho é justamente o que empobrece o trabalhador, o reduz à condição de máquina, é o preço pago para o aprimoramento e aumento das riquezas da sociedade. O porquê da estratificação do trabalho no campo da Saúde é a geração de mais-valor (mais trabalho explorado) e, por conseguinte, mais capital acumulado; o corpo cada vez mais fragmentado, não devido às exigências dele mesmo, mas, do mercado. Indo mais longe, o corpo, deste modo, é só uma peça, para ajuste ou desajuste, a ser vendido e devolvido à sociedade em um estado perfeito, para ser consumido e se consumir.

Destacamos, semelhante ao que falávamos sobre a população, no hospital, a divisão de classes era flagrante entre as profissões e as suas ocupações. Os colegas que possuíam cargos de menor “relevância social”, por exemplo, os que atuavam em serviços gerais e de limpeza, segundo o que nos revelavam, eram das camadas populares. Assim como eles, grande parcela dos técnicos e auxiliares de enfermagem precisavam estar em mais de um trabalho, para não deixarem as suas famílias desprovidas materialmente.

Aliada à divisão do trabalho, é de extrema relevância recorrermos a um marcador social singular a realidade brasileira: a divisão de raças. Na história do Brasil, colonizado pelos portugueses até o século XIX, concomitante ao florescimento da primeira revolução industrial europeia, a colonização dos povos originários e da população preta é um registro significativo e inquestionável a resvalar na mão-de-obra escrava. A população branca europeia subjugava os povos do “mundo novo” por terem uma cultura e uma cor de pele diferente da sua (JESUS, 2016).

O racismo, em sua especificidade, é um assunto a ser lembrado em nossos problemas de intercessão-pesquisa. Em especial, é digno de menção nos darmos conta de que a maior parte do povo brasileiro é representada pela população preta. A prova disso é não deixarmos de reconhecer o número de assassinatos ocorridos no país nos últimos dois anos, dos quais, 71% eram de pessoas pretas²⁹. Adicionamos à informação o dado de que no Brasil, em vinte anos, houve um aumento de 429% de assassinatos de jovens pretos³⁰, sem contar os índices de desigualdade social que também atingem as raças: na área da educação e nos quesitos de renda, de trabalho e de participação política, as pessoas pretas possuem menor acesso em relação às brancas³¹.

Esses dados não podem ser isolados da história, antes, trazem uma divisão de raças, conectada à divisão do trabalho na sociedade capitalista. Os elementos da experiência nas instituições contrastam essas evidências (GONZALEZ, 2018; PETO, 2020). Na Santa Casa, por exemplo, os cargos de menor expressão social, braçais e de menores remunerações, eram em sua maciça maioria ocupados por pessoas pretas, assim como, dentre a população pauperizada atendida, o maior número era de pessoas pretas (RIBEIRO, 2017).

A investigação teórica que construímos acerca da exposição dos acontecimentos, não os enxerga como deslocados da história ou como fenômenos descontextualizados de outros determinantes sociais. “No contexto colonial, o colono só dá por findo seu trabalho de desencantamento do colonizado quando este último reconhece em voz alta e inteligível a supremacia dos valores brancos [capitalistas]” (FANON, 1968, p. 32). Resende (2017), referenciando-se em Frantz Fanon, explica os comportamentos dos pretos e colonizados como o resultado de uma relação desigual.

²⁹ Fonte: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/negros-representam-71-das-vitimas-de-homicidios-no-pais-diz-levantamento.ghml>.

³⁰ Fonte: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/assassinatos-de-jovens-negros-no-brasil-aumentam-429-em-20-anos/>.

³¹ Fonte: <https://exame.abril.com.br/brasil/os-dados-que-mostram-a-desigualdade-entre-brancos-e-negros-no-brasil/>; <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>.

Insistimos, em nenhum momento queremos ficar no terreno das coincidências ou dos acasos. Para tanto, é providencial uma análise materialista da perspectiva da unidade e luta de contrários. Concebemos que se há uma verdadeira guerra, esta é derivada da luta que se trava entre a classe social dominante (capitalista) e a classe social dominada (superexplorada). Identificamos as pessoas superexploradas na população pobre, também nomeadas como grupos minoritários [árabes, ciganos, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersex, Agêneros e Assexuados)]. Destarte, os grupos minorizados pela sua condição de classe, de raça, de gênero ou de sexo, são os mais atingidos pelas opressões (KAWAHALA; SOLER, 2010).

Segundo nossa análise, há na divisão de classes outras determinações sociais que são intrínsecas às relações que constituem o trabalho na instituição. Desta maneira, o trabalho enquanto categoria abstrata, constitutivo da subjetivação humana, conquista no capitalismo globalizado um caráter de exaustão, de degradação e de anulação das potencialidades de existir (ZIZEK, 2011).

Em Marx (2010), a noção de trabalho humano é vital, expressa uma interconexão com a natureza que é o seu corpo inorgânico, o sujeito é parte da natureza e se subjetiva na medida em que se objetiva nela, a essa atividade é dado o nome de modo *Art*. De acordo com Braverman (1987), também lembrando que para Marx essa capacidade humana é chamada de “força de trabalho”, o ato laborativo é uma atividade consciente, ultrapassando o que é meramente instintivo. De forma notável, com a assunção do MCP, o trabalho no modo *Art* é estranhado nele mesmo, o sujeito se vê estranho de seu próprio corpo, estranhado daquilo que ele próprio produziu (MARX, 2010).

Diariamente no início do turno, do plantão, encontrávamos com os colegas da enfermagem, sobretudo, técnicos e auxiliares, no extremo do cansaço físico e psíquico, como diziam eles. Os seus plantões eram de doze horas por trinta e seis, trabalhavam doze horas seguidas e descansavam as outras trinta e seis. No entanto, considerando os seus salários baixíssimos, os auxiliares e técnicos de enfermagem recebiam cerca de mil e cem reais, precisavam trabalhar mais nos períodos que seriam os seus horários de descanso. Nas horas vagas, realizavam plantões extras ou eram contratados para trabalhar em residências, como cuidadores³² de idosos acamados, ou em outros hospitais do município e região.

³² Profissão regulamentada, destinada a assistência de famílias e idosos. Muitas vezes o trabalhador não possui diploma ou credencial com qualificações conferidas por uma instituição de ensino. Em geral, os cuidadores se encontram no contexto hospitalar, são contratados pela família que não consegue se organizar para estar de acompanhante de seu ente querido. No Brasil, é uma cultura o cuidador atuar de maneira informal, sem qualquer tipo de vínculo empregatício.

Os trabalhadores da Santa Casa admitiam atuar com sono, muitas vezes precisavam se drogar, ingerir altas doses de cafeína (café e refrigerante combinados) para aguentarem a alta carga de trabalho. Em todos os setores do hospital o quadro de funcionários era o mínimo, visto que com frequência era alto o fluxo de pessoas que circulava pelo Estabelecimento. Muitos técnicos adquiriam lesões musculares na coluna, nas pernas e nos joelhos, por ficarem o tempo todo de seu turno deslocando os sujeitos de um leito ao outro, para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para as consultas médicas na parte superior do prédio, para a realização de exames, de cirurgias, ou por darem banhos naqueles acamados, mais debilitados, que não conseguiam se lavar sozinhos.

Retratamos uma cena, escutamos uma mulher de aproximadamente setenta anos, estava internada há mais de trinta dias devido a uma fratura de fêmur. Os técnicos reclamavam muito de atendê-la, arguindo que ela constantemente os ofendia, gritava com eles. Certo dia, de caso pensado, sabendo que os trabalhadores no hospital se vinculavam muito uns aos outros, e aos sujeitos em tratamento, por meio da identificação, resolvemos partilhar com os técnicos um pequeno detalhe da história de Maria Paula, ela era aposentada e durante trinta anos trabalhou como auxiliar de enfermagem. Disse-nos uma técnica ao ouvir a sua história, “tá vendo, trabalhamos tanto, ganhamos tão pouco, desgastamos nosso corpo e depois acabamos como a Maria Paula: numa cama de hospital”. A ironia no discurso da trabalhadora apontava para a seguinte interrogação, como era possível um local aonde se tratava das “doenças” produzir adoecimento naqueles que atuavam para eliminá-las? O mote imbricado neste aspecto da discussão ilustra o que é o trabalho no MCP.

O trabalho no MCP tem a artimanha de se intensificar em trabalhadores assalariados, os que poderiam ser os donos dos meios de garantia das suas subsistências (lê-se “meios de produção”). De produtores, aqueles que não possuem “patrão”, a trabalhadores que servem às ordens de um chefe, esta é a única liberdade que os trabalhadores possuem, logo, o que lhes resta é trabalhar ou morrer de fome.

Em geral, a escravidão disfarçada dos assalariados na Europa necessitava, como pedestal, da escravidão *sans phrase* do Novo Mundo. *Tantae molis erat* [tanto esforço se fazia necessário] para trazer à luz “as eternas leis naturais” do modo de produção capitalista, para consumir o processo de cisão entre trabalhadores e condições de trabalho, transformando, num dos polos, os meios sociais de produção e subsistências em capital, e, no polo oposto, a massa do povo em trabalhadores assalariados, em “pobres laboriosos” livres, esse produto artificial da história moderna. Se o dinheiro, segundo Augier, “vem ao mundo com manchas naturais de sangue numa de suas faces”, o capital nasce escorrendo sangue e lama por todos os poros, da cabeça aos pés (MARX, 2013a, p. 829-830).

Marx (2013a) aponta como um evento sem precedentes, o movimento histórico em que os trabalhadores são transformados em “trabalhadores assalariados”, esta passagem é interpretada por historiadores burgueses como a liberação da servidão dos antigos senhores feudais. A parte não contada dessa história, que alcança proporções mundiais, é que com a ausência das instituições feudais os meios de produção desses trabalhadores, outrora camponeses, lhes foram tirados, possuindo neste momento nada a não ser a si mesmos para venderem. Os traços de sangue e fogo, aos quais Marx se refere, datados da 2ª metade do século XIV à 2ª metade do século XIX, não parecem ter se esmaecido, foram inscritos na história da humanidade por um regime societário que se mantém, reproduz e progride pela exploração.

Encontramo-nos em pleno século XXI e pouco nos veio de notícias, sobre uma civilização que, para se reproduzir enquanto sociedade, não se baseasse no sistema capitalista³³. Para Zizek (2011), o MCP tem uma capacidade imensa de se entranhar em qualquer cultura, quanto mais acesso ao espaço público universal o sujeito tem, mais esse espaço é privatizado. Neste modo de produção existem significantes, representações de valores e de desejos, que inscrevem uma posição nas relações sociais. E o dinheiro, existente noutras épocas, associando-se ao capital³⁴, escorre pelas mãos dos trabalhadores, assujeitando-os a relações dominantes (ZIZEK, 2011; MARX, 2010; MARX, 2011a).

A saída para os membros componentes das classes populares, diante da ampla concorrência e escassezes, é trabalharem cada vez mais para ganharem cada vez menos e, sob os efeitos da ideologia, sentirem-se agradecidos por serem explorados. Lembramos do que disse uma das colegas de equipe:

Trabalho que nem uma condenada e ganho uma merreca no final do mês: da região é o hospital que paga menos, mal consigo pagar minhas contas, chego arrebrandada em casa. Não tenho nada que é meu, nem a casa onde eu moro. Mas não posso reclamar não, tá cheio de gente procurando emprego lá fora, tenho que levantar as mãos para o céu e agradecer que tenho um.

Os discursos dos trabalhadores não eram somente palavras, escancaravam as mazelas de uma classe administrada pelo Estado moderno capitalista (há autores, como Costa-Rosa (2014), que preferem utilizar o termo “hipermoderno”). A categoria de Estado é analisada, na presente intercessão-pesquisa, na medida em que estamos discorrendo sobre a sua versão

³³ Há, entretanto, a exceção de pequenos números de comunidades tribais ao redor do planeta. No Brasil, por exemplo, existem reduzidas tribos indígenas habitando nos recônditos da floresta amazônica, espalhadas pelos Estados do Acre, Rondônia e Mato Grosso. Fonte: <https://www.survivalbrasil.org/povos/indios-isolados-brasil>.

³⁴ Na definição marxiana, capital é trabalho acumulado, não-remunerado (ZIZEK, 2011; MARX, 2010; MARX, 2011a).

contemporaneizada de “Estado mínimo”. Esta compreensão também não deixa de ser controversa, pois, ainda estamos falando de um Estado que se organiza pela economia capitalista, tal como historicamente se erigiu, investindo na iniciativa privada, contendo gastos para gerir recursos, coletando tributos e acumulando riquezas. Na Santa Casa, por se tratar de uma Organização Social de Saúde (OSS)³⁵, esta lógica se enxergava com clareza, não havia sequer um trabalhador do Estado. Embora o dinheiro, consideravelmente, fosse de origem estatal, a responsabilidade pela produção de Saúde no Estabelecimento era da “empresa”, termo que os próprios colegas o tempo todo utilizavam.

O sentido dicionaresco do conceito afirma que o Estado é a organização dos poderes políticos de uma nação (FERREIRA, 2001). Ultrapassando a definição corrente e a destituindo do seu aspecto de neutralidade, por outro lado, em outro dicionário, do pensamento marxista (BOTTOMORE, 1988), o Estado é uma instituição que tem como função precípua conservar a dominação e a exploração de classe por meio da estabilidade da ordem social, objetivando apaziguar a luta de classes.

O que não é um governo executivo e suas medidas austeras, seus posicionamentos ultraconservadores, privilegiando entes familiares consanguíneos em cargos federais e cultuando políticas governamentais privatistas, senão um Estado burguês capitalista? Aqui conservamos o significante “burguês”, em sua representação comum de designar todo aquele que é detentor dos meios de produção, ou age como se o fosse, empregando o trabalho assalariado (MARX; ENGELS, 2009). Neste sentido, o Estado que se ampara em ideias repressivas, mantenedoras de ideais mercadológicos, reconhece na máquina pública a sua propriedade privada e nos trabalhadores apenas os seus servos.

O Estado no MCP, como dito, tem um papel nevrálgico para a sustentação dos interesses da classe dominante.

Tendo o Estado o poder de decretar impostos, regular o comércio internacional, as terras públicas, o comércio e o transporte, a manutenção das forças armadas, e o encargo da administração pública, tem servido como um aparelho para drenar a riqueza para as mãos de grupos especiais, tanto por meios legais como ilegais (BRAVERMAN, 1987, p. 242).

Contudo, vejamos que as suas ações não são sem o consentimento da população. Como forma de compreender isso, beneficiamo-nos do conceito de Processo de Estratégia de

³⁵ Em nossa dissertação de mestrado, as OSS foram discutidas de maneira extensa. São organizações que funcionam como associações “sem fins lucrativos”, atuam no ramo das Políticas Públicas e recebem subsídios do Estado para atender a população.

Hegemonia (PEH) de Gramsci e do uso que Costa-Rosa (2013a) fez deste para analisar o campo da Saúde Mental Coletiva. Através de suas instituições, o Estado transmite um tipo de política de Atenção que é por meio do suprimimento das demandas populacionais. A intenção é que haja um conjunto de práticas com o alvo de fixar em equilíbrio a formação social, os interesses dominantes e subordinados, “hipostasiá-los”. O PEH se caracteriza pela estratégia e táticas existentes em uma prática institucional, cujo objetivo é a hegemonia de um polo social dominante (COSTA-ROSA, 2013b).

E como o poder do PEH se exerce no Estado capitalista? A efetividade do domínio se faz pela ideologia. Em uma nota de rodapé Marx e Engels (2007, p. 87) afirmam, “[...] quase toda a ideologia se reduz ou a uma concepção distorcida dessa história ou a uma abstração total dela. A ideologia, ela mesma, é apenas um dos lados dessa história”. A citação nos auxilia a justificar a contradição nos discursos de alguns colegas trabalhadores da Saúde, muitos asseguravam que perto do que a sua função exigia do corpo e de seu conhecimento, o que recebiam como salário da gestão era irrisório, porém, alegavam que não podiam reclamar, tinham que ser gratos pela oportunidade de trabalho que receberam.

O trecho relatado, confronta-nos com o que julgamos ser a parcela distorcida da história e com a oportunidade de formularmos uma questão: por que será que no lugar de ser enfatizada a exploração da sua força de trabalho o que aparece é a gratidão por poderem desempenhar o seu ofício? Não encontramos outra resposta que não passasse pela própria argumentação de Marx e Engels, complementando que a distorção da história corresponde a uma abstração total dela. A real concretude de sua expressão, portanto, é escamoteada por ideais socioculturais hegemônicos que acabam por constituir uma realidade, habitada pelos sujeitos e não reconhecida em sua singularidade por aqueles que nela vivem (ZIZEK, 1996).

Ressaltamos que a reflexão sobre o Estado capitalista é justificada pelo fato de que, na altura de realização da nossa práxis, as suas características eram as que mais prevaleciam no governo em exercício, tanto no que toca às práticas de saúde quanto no que diz respeito à vida em sociedade. Nestes termos, recuperamos o propósito de nossa Tese, que tem como um de seus objetos o trabalho no campo da Saúde, de não esquecer que qualquer uma de suas práticas não pode prescindir dos princípios fundamentais do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 1990). No entanto, é inevitável que ao estarmos sob o regime de um Estado capitalista, sabemos que mesmo os Equipamentos públicos, entre os variados setores das Políticas Públicas, dificilmente atuam de maneira elementar a partir do SUS e da Constituição Cidadão de 1988, quiçá então, uma OSS como a Santa Casa, um dos hospitais de *Areias* (COSTA, 2016; PÉRICO, 2014; SOUZA, 2015).

Tínhamo-nos perguntado a respeito da mudança provocada na sociedade, em relação a vida humana que passou a ser reconhecida em torno da concepção binária “saúde e doença”. Questionamos o que havia mudado, provocado essa transformação, por exemplo, na Grécia e Roma antigas os sujeitos, independente da classe social de sua origem, recebiam os mesmos tratamentos hospitalares, dos quais, possuíam uma participação ativa, não eram meramente passivos às intervenções exógenas.

A intensificação das noções de saúde e doença, de tornar o processo de adoecimento como um evento externo ao sujeito e dentro de um padrão de anormalidade, solavancada nos hospitais contemporâneos, é acompanhada pela assunção do MCP. Deste modo, parte das nossas teorizações foi dirigida para uma interpretação de saúde enquanto um campo, atravessado e erigido das formações sociais, por onde perpassa a luta de classes. Adiantamos que há pelo menos duas formas possíveis de produção e intercessão de trabalho em Saúde, uma aliada (conduzida) aos interesses do capital e outra posicionada com base nas demandas e desejos da população. Esses diferentes modos de conceber a saúde e a doença coexistem por tempos indeterminados.

DOENÇA-CURA, A HEGEMONIA DO SABER MÉDICO E O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

A investigação das práticas de saúde se revela necessária, no instante em que operamos com um modelo de Atenção que tenha o objetivo de escutar o sujeito do inconsciente, os diversos meios de manifestação da demanda e os distintos modos de produção de sociabilidade. A escuta ao inconsciente é dar importância à entrada do sujeito em cena, deste em relação com a sua história, e fornecer lugar à sua emergência (como ente de linguagem) por meio das formações do inconsciente, ou seja, os lapsos, os atos falhos, os sonhos, os sintomas e os chistes são as suas formas de manifestação, se é e diz muito mais do que se aparenta ser e dizer³⁶.

Nesse sentido, escutar para além dos ditos é escutar os dizeres em sua enunciação, isto se aproxima da práxis sanitaria na medida em que não reduzimos o sujeito ao indivíduo (classificando-o em torno de uma doença e não o diferenciando na massa). Os pensadores sanitarios são referentes de leitura que utilizamos, do ponto de vista materialista e da ciência da história, eles abordam a reflexão do trabalho na instituição. Trata-se, portanto, de nos

³⁶ Assunto trabalho com maior intensidade no Ensaio 3.

apropriar desses exercícios críticos-teóricos, relacionados ao âmbito da Saúde, em seu sentido universal, para destiná-los ao que é de particular nos Estabelecimentos hospitalares.

Em todo Território nacional, a noção de saúde, oriunda das legislações (BRASIL, 1986; 1988; 1990), é prevista como um direito articulado a outros direitos, ela possui uma definição complexa, ou melhor, é dividida em termos de complexidade: básica (primária); intermediária (secundária) e alta (terciária) (MENDES, 2011; COSTA-ROSA, 2013c). Na Atenção Básica, os dispositivos ofertados são majoritariamente de Território³⁷ – as Unidades Básicas de Saúde (UBS); os Programas Saúde da Família (PSF); as Estratégias Saúde da Família (ESF), o Consultório na rua e outros) –, as equipes precisam contemplar em seu *métier* a realidade social e material dos sujeitos. Mais do que agir para eliminar a doença, o serviço [com destaque ao significativo “viço” desta palavra, de força motriz e energia vital] é construído para que os sujeitos sejam os protagonistas em seus processos de produzir saúde, em suas formas de se vincular ao mundo, entre si e em sociedade.

Assim sendo, a Atenção Básica é a porta de entrada da população para os Estabelecimentos de Saúde, apresenta-se como o nível de Atenção regulador e organizativo das Redes, é o ponto de partida e de chegada, de onde tudo começa, termina e tem a sua continuidade. As Redes³⁸ de Saúde, por sua vez, significam um modo de organização legal-institucional dos Estabelecimentos e seus equipamentos, em torno da construção articulada de estratégias e políticas, congregam diferentes densidades tecnológicas para atender as pessoas em suas mais variadas demandas (BRASIL, 2006; 2010; 2011; 2013; MENDES, 2006; 2011).

A Atenção Intermediária é definida como a disposição dos Equipamentos de média complexidade, de caráter mais investigativo, de maior densidade tecnológica em termos de procedimentos clínicos na recepção e tratamento dos casos³⁹. São os ambulatórios médicos de especialidades e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – reguladoras de fluxo e pretendidas a substituir os Prontos-Socorros. Para representar a Atenção Alta, ou terciária, designa-se os Hospitais Gerais e Especializados, são Estabelecimentos que funcionam para acolher e tratar os sujeitos que experimentam algum tipo de risco de morte, baixo (Urgência)

³⁷ Caracterizamo-lo como o campo de pulsação da vida, em constante e ininterrupto deslocamento. Mais do que um espaço geográfico comumente conhecido, refere-se às possibilidades sempre plurais de produção de desejo.

³⁸ No ensaio 1 discorremos sobre uma outra configuração conceitual de Rede, superamos o seu fundamento legalista para a ideia de “Redes de contratualidade social” (COSTA-ROSA, 2008).

³⁹ Ressaltamos que o significativo “básica” não faz da Atenção Básica uma Atenção de menor complexidade, no sentido de ser uma oferta de tratamento mais “simples”, pelo contrário, ao mencionarmos a proximidade das equipes junto aos sujeitos e o conhecimento que possuem acerca destes e da realidade na qual vivem, é o nível de complexidade de maior relevância.

ou alto (Emergência). Por muito tempo a alta complexidade foi o setor que recebeu mais investimentos financeiros do governo federal (GIOVANELLA et al., 2012).

Enfatizamos que estes princípios legais de Redes foram construídos a partir de conquistas populares. As normativas que regem os Equipamentos de Saúde asseguram que os sujeitos precisariam ser atendidos em sua Integralidade, serem vistos não só sob o prisma da doença e serem escutados em seu todo. A Equidade seria o outro princípio a garantir que a população tenha um cuidado prioritário de atendimento, de acordo com a exigência e gravidade de sua demanda, independente de méritos e de valores morais. O outro princípio, dentre os fundamentais, adquiridos por intermédio das lutas populares, é a Universalidade. O SUS é um sistema de acesso gratuito [o que não quer dizer que não pagamos por ele, em sua forma de impostos], é destinado a todo brasileiro ou estrangeiro (que habita ou está momentaneamente no país), sejam eles pobres ou ricos.

A inserção na Santa Casa possibilitou reconhecer uma certa sintonia da Unidade de Urgência e Emergência com o preconizado pelo SUS. No entanto, embora de maneira mais atenuada, quando comparamos com as experiências anteriores (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016), levantamos ao menos dois problemas: 1) Uma Atenção em Saúde privilegiando unicamente a supressão da doença, desconsiderando a história e o lugar daquele que sofre neste processo; 2) A maior parte dos sujeitos que estavam internados era em decorrência da falta de acompanhamento da Atenção Básica em seu Território e da precária organização de Rede do município. Preferimos, portanto, expor com situações cotidianas de trabalho, a materialização encarnada destes problemas.

Havia no hospital, internados nos leitos do setor de “Cirúrgicas”, uma quantidade considerável de sujeitos “diabéticos” aguardando para amputar partes de seus corpos, a principal causa se devia as dificuldades de seguir a dieta necessária recomendada e manter regulada a elevação da glicose no sangue.

Um dos sujeitos que escutamos enunciou que se na sua cidade as pessoas, sobretudo as mais humildes, fossem informadas e recebessem regularmente visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e das ESF, elas poderiam ser conscientizadas a respeito do tratamento adequado à “Diabetes Mellitus” – não haveria tantas pessoas precisando amputar partes do corpo, como por exemplo, a perna, os dedos da mão, e outras. Resolvemos, após essa entrevista, ligar para a UBS referência do caso, localizada em seu município de origem. Ao telefone, a enfermeira responsável nos relatou as dificuldades estruturais que enfrentavam, a respeito do sucateamento do SUS, da diminuição de recursos materiais, financeiros e da diminuição de funcionários na prefeitura, fatores prejudiciais, segundo ela, para atender toda a demanda do município. Disse

a trabalhadora, “com essa situação da Saúde, não fazemos prevenção, fazemos somente curativos”. Considerando essas problemáticas e outras, entendemos que a lógica do curativismo predominava no Território junto às famílias. Na leitura que os trabalhadores da Santa Casa faziam, os muitos casos de Diabetes existiam pelo fato de as pessoas não saberem ao menos o mínimo a respeito do seu tratamento.

Noutra cena, aproximamo-nos de uma enfermeira para nos informar sobre qual procedimento (no que tocava aos protocolos do Estabelecimento) deveríamos adotar diante do atendimento de uma mulher que escutamos. Ao invés de nos responder, colocou-se a falar da grande quantidade de pessoas que careciam de atenção e de que, constantemente, a doença era só a ponta de todo um resto de coisas que aconteciam às pessoas internadas.

Contou que muitos viviam sozinhos e se sentiam sós. Em seguida, revelou-nos uma conduta que teve, a qual acreditamos ter sido muito sensível e interessante. Certa vez, a enfermeira percebeu que em um dos quartos coletivos havia um homem sozinho, ele estava internado há dias, sentia-se isolado e estava bastante triste. Decidiu, portanto, remanejá-lo a um quarto com mais pessoas. A enfermeira falava sobre a história chorando, da sua sensação de impotência, de não conseguir resolver os problemas de todas as pessoas e de não poder cuidar melhor delas. Dissemos a ela que se sensibilizar diante dos casos era um ato humano, precisávamos disso para apostar nas pessoas. Concordou e reiterou o que dissemos, apontando outros sujeitos para que pudéssemos ir à beira dos seus leitos para escutá-los. Esboçamos, naquele momento, um início de construção de estratégia para responder às demandas subjetivas, não nos limitando aos curativos e cumprimento dos protocolos. Entretanto, quando notamos que o médico plantonista havia chegado, e ela se encontrava com mais planilhas a preencher, despedimo-nos, ela acenou com as mãos e nos agradeceu ao mesmo tempo.

Em relação aos protocolos de atendimento hospitalar, é justo situarmos que as práticas organizadas para acolher a população na Santa Casa se pautavam no modelo da Saúde Pública. A regra preponderante a ser cumprida era a supressão da doença, tendo o discurso médico como a liderança principal, no centro das tomadas de decisões. Arouca (2003) nos esclarece que o discurso da Medicina, em especial a Preventiva, funda as práticas de produção de saúde na sociedade, representa o modo de produção dominante, notabilizando uma estrutura hierárquica em que o saber médico está no comando do poder. No discurso médico, considera-se a doença como decorrente dos “maus hábitos” de vida, da desestabilização do organismo e da suscetibilidade dos corpos a elementos externos e nocivos à saúde.

As Ciências Médicas, ao enveredarem por este caminho, privilegiam o controle da doença e da morte, ao invés de partirem da vida e da saúde. Conforme Donnangelo (2014), a

epidemiologia convencional, sob influências da prática médica, reduz a propagação das doenças ao plano individual. Na redução da doença ao seu plano individual as formações sociais não são levadas em conta, como participante primordial na produção de saúde e de adoecimento, consequentemente, os indivíduos são enxergados como doentes que precisam ter os seus sintomas atenuados e/ou eliminados.

Acompanhando este raciocínio, os colegas da medicina e da enfermagem tinham uma apreensão do corpo humano, via de regra, como se fosse a de uma máquina a ser regulada e desregulada. Limitavam-se unicamente, em seu tempo todo no hospital, a irem aos leitos conferirem e aplicar a medicação, mover, colocar e deslocar as pessoas de seus leitos. Noutras situações, apareciam para informar o estado de saúde, prescrever as medicações e decretar como seria a continuidade do tratamento. Inúmeras vezes fomos interrompidos em uma sessão de escuta analítica, para que os médicos pudessem cumprir com o seu protocolo de atendimento diário, nestas ocasiões eram raras as situações que os presenciávamos fazendo uso de um outro recurso que não a prescrição medicamentosa. Em seus leitos, os sujeitos recebiam os profissionais da saúde para serem informados, jamais para informar ou revelar os seus desejos.

A razão medicalizadora possuía o hábito de banalizar a vida e a morte. Sobre as pessoas que se recuperavam, dizia a equipe médica e de enfermagem: “o paciente do leito número 42, do quarto 3, está bom para voltar pra casa, logo já poderemos ocupar este leito. Ufa, que bom, menos um caso”. Em relação às pessoas que faleciam, falavam: “aquele do quarto 5 teve alta celestial, morreu essa noite”. E sobre os que estavam em estado crítico, mas, conscientes de seu quadro, um colega médico se divertia ao descrever como relatava o prognóstico clínico às pessoas que estavam ao seu cuidado: “você não está apto para voltar para casa. E se não diminuir a comida e o álcool, quando sair daqui você vai morrer”. Complementou este colega, falando conosco em ambiente informal: “é simples assim, a pessoa vai ter que ouvir que ela vai morrer, não tem que ficar passando a mão na cabeça. E a morte é a morte, é isso mesmo, não tem o que fazer”.

Alguns setores do hospital eram destinados às pessoas que julgavam estarem mais próximas da morte do que as outras. Em uma conversa, disse-nos um enfermeiro: “o setor ‘Clínicas’, é onde se encontram as pessoas que possuem muitos conflitos familiares e estão prestes a morrer, geralmente lá é muito tranquilo, você como psicólogo pode gostar de lá, tem muitos para atender”. Os fundamentos da produtividade, do descarte, do “apto” e do “não apto”, absurdamente propagados na cultura do consumo, apareciam com frequência nos discursos das equipes ao se referirem sobre o prognóstico clínico das pessoas que atendiam.

De acordo com Arouca (2003, p. 226), a noção de saúde e doença, cultuada pela Medicina Preventiva, está associada à ideologia:

[...] Portanto, em uma primeira análise, podemos dizer que a Medicina, atuando sobre valores que constituem o modo de andar a vida dos sujeitos, refere-se a dois valores de uso: o primeiro, que no processo de produção cria a mais valia [mais-valor], e o segundo, que, no mesmo processo, se apropria dela.

Continuando neste circuito, o cuidado médico é um lugar de consumismo, as ferramentas médicas e os seus serviços especializados, reunidos com os fármacos e os seus procedimentos-padrão, são criados para atender pedidos de uma população que aprendeu que saúde só se faz a “toque de caixa”, com a simples eliminação do mal-estar (LUZ, 1979; AROUCA, 2003).

Segundo Luz (1979), a Saúde com S maiúsculo, atrelada ao Estado, enquanto setor⁴⁰, encarrega-se das doenças da população e atua conforme os valores das formações sociais capitalistas. O Estado, nesta função, teria o intuito de suprir uma carência de saúde que é provocada pelo seu próprio modo de gerir as demandas sociais e criar relações de mercado: de um lado o dono da mercadoria e o seu comprador, e do outro, o detentor do capital e o que depende deste para sobreviver. Ilustramos tal reflexão com um fragmento de experiência, os assuntos que apareceram foram o dinheiro e a saúde vendida como mercadoria.

Porém, observamos antes que o regime de trabalho em que a maior parte dos médicos se encontrava era o autônomo, eram contratados por Pessoa Jurídica (PJ). Na modalidade de vínculo empregatício PJ, o profissional tem uma empresa registrada em seu nome, responsabilizando-se por todas as implicações de seu trabalho, ele tem a possibilidade de atuar por várias empresas concomitantemente. Diferente do vínculo por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o profissional, embora não tenha direito ao 13º salário e trinta dias de férias, não tem a obrigatoriedade de estar atuando nos mesmos períodos e turnos de trabalho que os demais. Sobre este tema, na sua tese de livre-docência em 1976, Cecília Donnangelo já analisava a defesa que os médicos faziam do trabalho autônomo, em favor dos valores tradicionais de sua profissão (DONNANGELO; PEREIRA, 2011).

Na Santa Casa de *Areais*, a maioria dos profissionais da medicina atendia os casos de modo pontual, apareciam sempre de maneira furtiva, seja em cirurgias ou nas visitas aos leitos (no setor público e setor convênios), quase todos eles tinham outros locais de trabalho. Segundo o assistente social, parceiro constante em nossas atividades, como na cidade a oferta de médicos

⁴⁰ Esfera de organização da Atenção nomeada como “Saúde Pública”, para diferenciá-la da “Saúde Coletiva”, cuja ética é avessa.

era pouca, eles faziam o que queriam no hospital. O mínimo evento que os desagradasse, no sentido do reconhecimento financeiro, principalmente, era motivo para pedirem demissão ou se manifestar em greve.

Incomodada com os comportamentos da classe médica, a enfermeira responsável pelo acesso e controle de vagas na Santa Casa, expunha a sua angústia por não conseguir leitos para as pessoas que realmente precisavam. Disse que muitos dos problemas relacionados às vagas no hospital, deviam-se a falta de comunicação entre os dispositivos da Rede. Os médicos, responsáveis legais pelos sujeitos em tratamento, preferiam transferir as suas responsabilidades, de encaminhamento dos casos, aos técnicos-administrativos que já estavam com sobrecarga de tarefas.

Outro fragmento da experiência nos apresenta o poderio do discurso médico, enquanto uma categoria representativa da ideologia capitalista. Uma das psicólogas que atendia os trabalhadores do hospital como voluntária, revelou-nos uma situação envolvendo uma mulher, de aproximadamente noventa e três anos. Ela foi internada no setor “Convênios”, tinha uma cirurgia de fratura de fêmur agendada, contudo, um médico procurou a família dizendo que se a família tivesse interesse ele poderia acompanhar o outro médico que realizaria a cirurgia, esse acompanhamento custaria dez mil reais. A família se recusou. Posteriormente a esse ocorrido, a cirurgia da idosa foi desmarcada. Em resumo, a cirurgia foi reagendada para uma nova data, o quadro clínico da idosa se deteriorou e ela veio a óbito.

Essa notícia desencadeou uma série de debates internos no Estabelecimento: 1) a prestação de serviços dos médicos na modalidade PJ; 2) os médicos não possuem um vínculo empregatício mais duradouro com a instituição; 3) a ausência de uma relação afetiva do corpo médico com os trabalhadores e com os sujeitos em internação; 4) as confusões dos médicos nas mudanças de plantões (relacionadas ao conhecimento das demandas dos sujeitos), consequência da falta de troca de informações entre os médicos; 5) a concessão médica de atestados e procedimentos clínicos mediante a pagamentos de terceiros, por exemplo, familiares que pagavam uma quantia em dinheiro aos médicos, sem o conhecimento da Santa Casa, para que oferecessem um tempo maior de atenção aos seus entes queridos que estavam internados.

Tendo em vista tais eventos, o último provedor da Santa Casa ameaçou denunciar os esquemas ilícitos orquestrados pelo corporativismo médico local, entretanto, ele teria sido jurado de morte pelos envolvidos e aconselhado a desistir da denúncia. Os trabalhadores mais próximos da diretoria administrativa compartilharam essas informações como forma de nos advertir, quanto aos riscos de morte que corríamos caso decidíssemos ir adiante nas discussões internas sobre o ocorrido com a idosa de 93 anos.

As práticas calcadas no binarismo doença-cura, impulsionadas por interesses financeiros, respondem, ao passo que também produzem, a uma lógica dominante de relacionamento social, tendo o dinheiro, e os valores inerentes a ele, como a central moeda de troca. Citamos o corporativismo médico e outras condutas, como destituídas de uma compreensão mais complexa da vida e do adoecimento humano. Frisamos que essas abominações éticas não são restritas a classe médica, mas, estende-se a todas categorias profissionais que sucumbem a produção de sociabilidade do MCP.

Fundamentados em Marx (1996), entendendo que o ser social é o que produz a consciência e não o contrário, damo-nos por conta de que a vida concreta, as práticas de trabalho, engendram ideias, repercutem na subjetividade dos sujeitos. Noutra linha de análise, recorreremos à leitura dos paradigmas com o auxílio das teorizações de Mendes (2006), do movimento sanitarista (TEIXEIRA, 1989a) e de Costa-Rosa (2013a). Explicita-se a importância de se a ver com o que está em jogo nas atividades dos diferentes modelos de Atenção que coabitam o Estabelecimento hospitalar de Saúde.

PARADIGMAS E OS SEUS MODOS DE PRODUÇÃO

Encontramos a exposição do campo da Saúde como um lugar de onde pulsam e emergem os antagonismos, as diferentes noções de saúde operando segundo dois diferentes modos de produção (MENDES, 2006). De acordo com Costa-Rosa (2013b), os paradigmas se caracterizam como conjuntos de instrumentos teóricos e técnicos de distintas éticas e propósitos, são utilizados nos processos de trabalho e cada qual é apreendido pelos respectivos efeitos de saúde e de adoecimento que produzem.

Os paradigmas são os modelos de conduta dos trabalhadores, cunhados numa peculiar técnica e teoria, compartilhados entre si e aspirando uma ação. São definidos também pelo conjunto de valores e interesses que se materializam em dispositivos leves e pesados, eles convivem e estão em conflito por tempos indeterminados (COSTA-ROSA, 2013b).

A discussão paradigmática foi incluída em nossa dissertação de mestrado, exploramos consideravelmente tal plano de análise (COSTA, 2016). Desta maneira, para ilustrar os modos de produção existentes na Saúde e sublinhar em qual vamos nos posicionar, é importante destacarmos, segundo Mendes (2006), o Paradigma Flexneriano (PF) e o Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS).

O PF se expressa na aplicabilidade positivista das metodologias de procedimentos médicos em saúde, baseia-se numa “fisiopatologização” do sofrimento humano. A doença é

somente vista na ausência de saúde e a saúde se vê na ausência de doença, prevalecendo nessa configuração uma concepção binária (ou se é sadio ou se é doente). O corpo e a patologia são conceituados a partir de um entendimento essencialmente biológico. O organismo humano, e os seus sistemas de órgãos, é apreciado segundo os valores de mau ou bom funcionamento, portanto, o que se entende por equilíbrio físico é o que assinala uma “boa saúde”.

Para examinar o estado de saúde dos sujeitos, o principal procedimento adotado pela enfermagem e pela medicina era avaliar se o corpo estava respondendo bem às intervenções medicamentosas. Prioritariamente, a análise dos casos era realizada tendo por base o período de internação: o tempo de entrada, de permanência e de saída das pessoas. Os sujeitos eram conhecidos pelas equipes pelo nome da patologia ou da fratura que sofreu os seus órgãos, era comum serem lembrados pelo número de atendimento e de prontuário. Essas constatações também foram apreendidas nas outras intercessões-pesquisas. Não nos espantemos com o fato de que no país, nos Estabelecimentos institucionais de Saúde, as experiências de trabalho orientadas pelo PF são em maior número (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2019; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2013a; MENDES, 2006; AROUCA, 2003).

Neste ensaio, uma de nossas teses defende que o modo de produção do capital impulsiona a materialidade dos conceitos de saúde e doença que é gerada pelo PF, as suas produções estão entrelaçadas aos valores que interessam a formação social capitalista. Na Santa Casa, para se dirigir aos sujeitos internados, era corriqueira a utilização do signifiante “Cliente” pelos trabalhadores. Admitimos que isso ganhava força de expressão, em razão do fato de que a Santa Casa era uma empresa.

Segundo Donnangelo (2014), a sociedade capitalista possui uma forma de organização básica, da qual se criam condições-limite para formas específicas do processo saúde-doença. A doença é reconhecida como uma manifestação individual. Nesta concepção, os processos biológicos relacionados à saúde e a doença estão subordinados a uma ideia de ciência que é destituída de conflitos e de desarmonias.

Portanto, as ferramentas do PF atuam no nível individual dos processos de saúde e adoecimento, com o objetivo de eliminar qualquer tipo de perturbação orgânica. O PF para Mendes (2006, p. 238) “[...] expressa-se por meio de um conjunto de elementos que coexistem, se complementam e se potenciam e que são”: o mecanismo (o corpo como máquina); o biologismo (a natureza biológica das doenças como preponderante); o individualismo (a exclusão dos aspectos sociais da vida dos sujeitos); a tecnificação (as dicotomias profissionais e doenças mediadas pelo ato médico); e o curativismo (a ênfase no aspecto curativo do problema, em detrimento da estética e da causa em questão). Acrescentamos, dentre os

elementos que coexistem, o oportunismo de classe: o Paradigma Flexneriano sendo impulsionado pelo modo de produção de sociabilidade capitalista. Deste, ele se aproveita das vidas humanas ao transformá-las em órgãos convalescidos e esvaziados de história, em números, valores de troca, como meios para obtenção de dinheiro.

Em relação à doença, de acordo com Donnangelo (2014), interessa-nos mais subvertê-la da sua particularidade originária – que está ligada ao determinismo orgânico. A esse respeito, preferimos a compreensão de saúde não restrita ao individual, ou tão somente à queixa, descentramo-nos de uma naturalização/biologização do adoecimento, pois, “[...] o processo da saúde à doença [a saúde e a doença] são algo que deriva diretamente da forma de organização social” (DONNANGELO, 2014, p. 55), ou seja, subordinarmos estes processos ao plano das formações sociais nos abre para a visão de questionarmos a ideia de doença e a maneira como ela é produzida.

Compreendemos que inerente à práxis na Urgência e Emergência hospitalar, precisamos ter em vista as concepções de saúde que são adquiridas e construídas pelo movimento da Reforma Sanitária ⁴¹ (TEIXEIRA, 1989a), considerando o horizonte da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000). Posicionando-se de maneira contraditória ao que se chama Saúde Pública (aliada à máquina de Estado), partimos da Saúde Coletiva. Concebemos a noção de coletivo nas relações sociais e subjetivas, nos diferentes espaços nos quais os sujeitos podem viver, sozinhos e em comunidade. Portanto, é através da Saúde Coletiva que notamos o sujeito a partir do seu Território – o lugar em que ele habita material e subjetivamente em suas redes afetivas, simbólicas, culturais e socioeconômicas.

O Movimento Sanitarista é um movimento revolucionário de conquista pelo SUS, desde o seu início a pretensão era subverter a ordem hegemônica capitalista de Estado e possuir como arena de luta o campo da Saúde (TEIXEIRA, 1989a). No que consta o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mesmo antes da Constituição de 1988, a saúde já se inscrevia dentro dos ideários societários da Saúde Coletiva, fulgurava-se como o resultado das condições de Habitação, de Cultura, de Assistência Social, de Lazer, de Esporte, etc. (BRASIL, 1986; CAMPOS, 2000; TAMBELLINI, 2003). Por isso, como propõe Costa-Rosa (2013a), agrada-

⁴¹ Estamos cientes da significação problemática do termo “Reforma”. A reforma como um retorno para o mesmo, maneira atenuada de combater a exploração da força de trabalho ou o aperfeiçoamento do modelo estatal na manutenção dos interesses do capital (LUXEMBURGO, 1986). No entanto, a Reforma Sanitária como um movimento social, representado pelos trabalhadores da Saúde, marxistas assumidos, tem um sentido diferente da atenuação das forças sociais dominantes, historicamente, é muito mais a eleição de uma nomenclatura estratégica para subverter o Estado de “dentro”, tendo como palco de luta o campo da Saúde, do que um “retorno para o mesmo” (TEIXEIRA, 1989a; GIOVANELLA et al., 2012).

nos tratar a Atenção aos sujeitos do sofrimento na direção de processos de produção de saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A).

Diante dos efeitos perniciosos do PF ao estado de saúde, sustentado pela lógica do capital, sugere-se o PPSS.

Essa teoria diz que, salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. 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 ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades (MENDES, 2006, p. 239-240).

O PPSS emerge como o seu contraditório, é o lugar que introduzimos em nosso horizonte, caracterizando-se por ser sintônico ao ideário de saúde apreciado pelos Sanitaristas no âmbito da Saúde Coletiva. A saúde é reconhecida como o cultivo de vida imanente ao social, circunscrita em processos, do sujeito partindo do seu Território. Nessa medida, não devemos dissociar a saúde de Atenção, de Gestão e de População. Portanto, a saúde poderá ser produzida na multiplicidade dos vínculos criados pelos sujeitos, em torno de suas redes sociais (COSTA-ROSA, 2008).

Mesmo que seja uma ordem dominante de trabalho, que alcança proporções em escala mundial (MARX, 2011a; ZIZEK, 2011), notamos brechas para a práxis resguardada pelo PPSS. Durante o tempo no hospital, enquanto trabalhador, encontramos porosidade para agir segundo uma Ética Outra (no sentido lacaniano do significante “Outra”, há a pluralidade de uso das diversas aberturas simbólicas que permite a palavra). Em contrapartida às experiências anteriores que tivemos, malfadadas nestes aspectos, nos termos do PPSS, houve na Santa Casa algumas ações da parte dos trabalhadores.

Havia o acompanhamento dos sujeitos com uma preocupação para além da doença. Existia o esforço do Estabelecimento em diversificar as ofertas à população, não se limitando aos princípios curativistas ou preventivos. O convênio do hospital com as faculdades de psicologia pretendia dar conta desta intenção. No processo de recebimento de alta, antes do retorno ao Território, existiam reuniões mensais com as Unidades Básicas de Saúde na tentativa de construir articulações de Rede e de envolver outros Equipamentos das políticas sociais: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Academia da Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Tendo em vista as demandas dos casos mais graves, o intuito era criar um projeto de atendimento intersetorial. Visava-se descobrir se os sujeitos que foram tratados na Santa Casa, depois continuavam a ser acompanhados em seus bairros. Essa medida era preventiva, de forma

que não houvesse “reincidentes” e retornos ao hospital pelas mesmas problemáticas. Radicalmente falando, não podemos dizer que estas iniciativas institucionais situavam o hospital no modo de trabalho PPSS, contudo, era o que havia de mais próximo do que precisávamos, referente ao trabalho de intercessão que propusemos. Sendo assim, pensamos em expor com uma cena o que foi o esboço de uma atuação no modo PPSS.

Princípios de tratamento e a análise de um caso

Durante o período de um mês, acompanhamos um homem de 73 anos. Diferente da maioria dos casos, os quais escutamos à maneira do trabalho em Psicanálise⁴², estivemos por perto nos posicionando de um outro lugar, tirando proveito de outras táticas: enquanto um articulador de Rede e intercessor junto aos indispensáveis vínculos entre a família, o sujeito do tratamento e a equipe do Estabelecimento hospitalar.

No quarto com Benedito, depois de uns dias o visitando, desvendamos porque ele falava pouco. Havia retirado um câncer de garganta há três anos, a cirurgia afetara as suas cordas vocais, impedindo-o de voltar a se expressar verbalmente como outrora. Todos os seus exames clínicos e neurológicos apontavam para um quadro estável, sem quaisquer complicações, no entanto, Benedito não respondia, parecia deprimido. Constatamos com o seu acompanhante (incumbido pela família para estar com Benedito) que com algumas pessoas ele interagia com mais entusiasmo do que com outras. Com o seu genro, por exemplo, parecia responder melhor aos estímulos criados por ele.

À vista disso, resolvemos adotar a estratégia, compartilhando a ideia com o assistente social, de investir em seus familiares, nas pessoas com quem Benedito possuía um laço de caráter sentimental. Por anos, desde que parou de trabalhar como caminhoneiro, não tinha um lugar fixo para morar. Morou com uma de suas filhas, com o irmão e no momento residia no fundo da casa da ex-esposa e de seu atual companheiro. Benedito era um sujeito muito conhecido no hospital, uma considerável parte da equipe de enfermagem o reconhecia. Na descoberta do câncer de garganta, foi internado várias vezes.

Na manhã seguinte fomos ao seu quarto novamente, estava sozinho, não havia outras pessoas internadas por perto, estava somente o seu filho, Silvio, como acompanhante. Benedito continuava a olhar para a parede e sem movimentar os braços e as pernas. O filho disse que ele estava agitado nos últimos dias. Detalhe, ao dialogar com o enfermeiro responsável pelo setor,

⁴² Tema de discussão do Ensaio 3.

ouvimos que ele ficava mais agitado na presença de Silvio, ao passo que longe dele parecia ficar mais animado, esboçando até mesmo um sorriso para as técnicas de enfermagem. Silvio contou que por vezes o pai teve convulsões. Revelou que decidiram entre os irmãos que seria ele próprio quem iria morar com o pai, dali em diante Benedito não poderia ficar mais sozinho.

Embora houvesse os dados alegados pelo enfermeiro, de que Benedito se agitava na presença do filho, escutamos uma história relatada por Silvio que nos deixou estupefatos e pensativos quanto ao desânimo e tristeza expressos por Benedito. Silvio nos confessou que um dos médicos disse para a família, próximo do leito de Benedito e com ele escutando tudo, que o seu estado era paliativo, ele poderia morrer a qualquer momento e não tinha mais o que fazer. Uma outra médica, ao ouvir o seu colega falando sobre o prognóstico de Benedito, discordou imediatamente, ela o acompanhara noutras oportunidades, disse que pensava o contrário. Após ter escutado o seu prognóstico e presenciado o debate entre os médicos, falando sobre a sua saúde, Benedito ensinou de não responder aos estímulos externos como antes. A despeito da conduta, achamos estranho tal “sentença”, era praticamente nítido que o médico pouco conhecia do que se tratava o caso, uma vez que era visível o quanto Benedito estava progredindo em seu tratamento. Conversando com o assistente social, discutiríamos na reunião de Rede as especificidades das demandas de Benedito.

Sem demora, encontramos Silvio e o orientamos sobre a existência da ESF, salientamos que ela seria a referência no Território para o acompanhamento de Benedito, no momento em que ele recebesse alta e estivesse em casa. Pareceu interessado e ficou um pouco mais aliviado. Quando falava que seria ele quem ficaria com o pai, lacrimejava os olhos, relatava o seu desespero em se ver cuidando sozinho de Benedito.

Em conversa com o assistente social, ele nos disse que em dias anteriores foi falar com Silvio e ele estava um tanto desorientado, sob efeito de “Diazepam”. Silvio se medicou porque estava nervoso, havia admitido ele próprio ao assistente social. Ligamos para a ESF (referência de Benedito) e a enfermeira responsável contou que conheciam o seu caso. Com isso, marcamos uma visita da ESF à Santa Casa para que pudessem ir acompanhando Benedito de perto, de modo que assim fôssemos capazes de tecer as devidas orientações à família e dar continuidade do tratamento no Território. Depois de avaliá-lo, a enfermeira disse que iria acionar o NASF para que a equipe os auxiliasse na conduta.

Na semana posterior, Silvio nos encontrou nos corredores e disse ter conversado com a enfermeira responsável da ESF. Revelou que a enfermeira referiu que não havia fisioterapeuta e nem mesmo outros profissionais para atenderem as necessidades de Benedito. Retorquimos que insistisse na atenção devida que o município deveria disponibilizar ao seu pai e que, de

último caso, procurasse o Conselho Municipal de Saúde para debater a realidade que se apresentava.

Em outra ocasião, na qual nos encontrávamos próximos ao quarto de Benedito, Silvio nos admitiu ter recorrido ao conselho de saúde e que expressou aos conselheiros os seus impasses com a ESF. Percebeu ter surtido efeito a sua solicitação junto ao conselho, pois, a unidade de Saúde foi acionada e, por conseguinte, o discurso da coordenação do Estabelecimento havia mudado, avaliando como possível pensar em outras estratégias de cuidado para o seu pai – em breve Benedito precisaria ficar acamado por um tempo em domicílio próprio.

Em reunião com o assistente social da Santa Casa, chegamos a uma conclusão: o fato de a família estar bastante imbuída na causa e de estarem se esforçando para que Benedito se recuperasse, era mais do que um motivo para estarmos com Silvio, propondo pensar um projeto de atendimento em Rede para o primeiro. O assistente social se comprometeu em falar com o CRAS, enquanto nos comprometemos a dialogar com a coordenadora da Atenção Básica do município. No que dizia respeito ao seu acompanhamento, quando Benedito estivesse de alta, todas as articulações em termos de Rede, entre a Assistência Social, os cuidados médicos básicos e a Rede hospitalar (Santa Casa), estavam seladas.

Um fato surpreendente entre as articulações em Rede e os atendimentos foi a interação de um cuidador, Juliano, com Benedito. O cuidador estava acompanhando um outro sujeito em tratamento em um leito ao lado do de Benedito. Intencionalmente, escutando as dificuldades da equipe em encontrar meios para que Benedito saísse de seu estado deprimido, o próprio cuidador teve a iniciativa de buscar aproximação com ele. Depois de encontros diários, visitas aleatórias e espontâneas de Juliano, Benedito começou a sorrir, movimentar mais o corpo, as pernas e os olhos. Notamos que havia um investimento afetivo da parte de Juliano, o cuidador contava piadas, provocava risos, entoava músicas e dialogava com Benedito, apostando que ele estava respondendo.

A equipe ao perceber tal fenômeno permitiu que os encontros tivessem prosseguimento. E de fato, Benedito parecia melhorar o seu quadro de saúde. Porém, com exceção de uma filha, os demais filhos planejavam conseguir uma vaga para Benedito em uma instituição de longa permanência para idosos (mais conhecida como “asilo”). Segunda a filha que se opunha aos seus irmãos, Benedito revelara no passado que preferia ser morto a ser internado em um “asilo”.

Os filhos lucubravam a possibilidade de conseguir uma internação para o pai por não chegarem a um acordo de quem poderia cuidar dele, bem como, arcar com os gastos de fraldas e medicações. Era uma nova conjuntura que se colocava para a família naquele momento.

Informamos que poderiam instar junto ao município na consecução de fraldas e medicação, como recursos indispensáveis ao tratamento e aos cuidados básicos de Benedito.

Em reunião com o assistente social, propomos pautar essa problemática na próxima reunião de alta hospitalar. A reunião tinha uma frequência mensal, era o espaço que congregava a participação dos representantes da maior parte de instituições públicas de recepção ao povo da cidade e região. Com o consentimento do assistente social, conversamos com a enfermeira que coordenava as equipes médica e de enfermagem do hospital e, ulterior a sua concordância, debatemos o caso com os colegas dos demais Estabelecimentos institucionais.

A reunião foi satisfatória. Entre as equipes e os Equipamentos da Saúde e da Assistência Social, foram pactuadas as ações concernentes à particularidade da demanda de Benedito em sua alta hospitalar. Construímos um dossiê com uma significativa base de argumentação e acionamos a gestão municipal, como forma de apresentar as nossas reivindicações e requerer o necessário (dentre fraldas, medicações e cama hospitalar) para a continuação do tratamento de Benedito em casa. Ao receber uma resposta positiva da secretária de Saúde, em relação às solicitações, informamos a família, os filhos ficaram felizes com o desfecho de tudo e resolveram se organizar para se revezar no cuidado do pai.

Das notícias que tivemos após a alta de Benedito, as coisas se sucediam conforme o planejado entre todos: a família, a equipe do hospital, os demais Equipamentos da Rede e a gestão pública cumpriam com as pactuações. Os filhos decidiram contratar o cuidador Juliano para estar com Benedito alguns dias da semana. De acordo com Silvio, retornando ao hospital apenas para assuntos administrativos, Benedito parecia estar reagindo bem em casa, voltando aos poucos ao curso de sua vida cotidiana.

Como meio de ilustrar o que seria uma atuação no campo hospitalar da Saúde, na alçada do PPSS, apresentamos o trabalho realizado com Benedito. Atuamos em torno de pelos menos 10 princípios, os quais propomos como os pilares do PPSS: a) a descentralização da doença e do Estabelecimento institucional, como os únicos lugares a se levar em conta no processo de tratamento; b) a história vista como motor historicizante e de historicização da vida, ou seja, a importância da história como oportunidade de novas significações e retomada da posição de protagonismo; c) a saúde e a doença reconhecidas pela Atenção, sob a noção de processos; d) o indissociável tripé população-Atenção-gestão; e) o sujeito e o Território como peças fundamentais na produção de saúde; f) a construção de estratégias com base no trabalho transdisciplinar e horizontal; g) a articulação de Rede e a intercessão, em companhia dos indispensáveis vínculos no tratamento entre a família, o sujeito do sofrimento e a equipe do Estabelecimento; h) a efetivação de Redes como elemento de contratualidades criadas pelos

sujeitos; i) o saber está na práxis e não no especialista; j) a transformação local da produção de saúde como tática de intensificação micropolítica frente ao Estado capitalista. Os princípios citados estão ligados e são inseparáveis, fazem parte das metas da Saúde em sua estrutura de Política Pública e social. Ao longo da práxis no hospital, procuramos operar com eles na experiência de atendimento dos casos.

A participação no tratamento de Benedito não se baseou em modelos *a priori* de ações, muito menos nos portamos como os especialistas, aqueles que detém o saber a ser injetado em outrem. A decisão de atuarmos adjacentes à família e à equipe se baseou no que a realidade nos mostrava, em nenhum momento nos servimos da intuição. Ao percebermos que Benedito não verbalizava, mal conseguia se locomover do leito e, por alguma razão, não se vinculava a nossa presença, decidimos investir noutros atores, também peças-chaves importantes no tratamento: a família, a equipe de enfermagem, o assistente social e a ESF. Com isso, descobrimos quais eram as pessoas que mais despertavam em Benedito o seu desejo de se relacionar socialmente, portanto, decidimos apostar na sua escolha.

Até então não conhecíamos a sua história, existiam fragmentos, partes disjuntas, entendíamos que era necessário que a equipe e a família se dessem conta de que Benedito não poderia ser confundido com a doença, o diagnóstico que o selava em seu período de internação. Desde a descoberta do câncer, da separação da esposa e da perda de um lugar para morar, Benedito se deprimia e aumentava as idas ao hospital. O genro era uma das poucas pessoas que o entusiasmava, baseado neste dado, procuramos aproximá-lo ao dia-a-dia de Benedito na Santa Casa, conjuntamente com o seu filho Silvio e o cuidador Juliano.

As atitudes adotadas têm em sua raiz a saúde e o adoecimento anexadas a ideia de processos. O estado de saúde de Benedito estaria associado às suas formas de relacionamento social, aos seus hábitos de vida e às suas dificuldades de encontrar um lugar para ser chamado de seu. A lógica biológica, localizada no mau-funcionamento dos órgãos vitais, não era negada, porém, não nos era a essencial. Era flagrante como Benedito participava mais do tratamento ao estar mais disposto corporalmente, ao querer se levantar para ir ao banheiro, sem a exigência constante do uso de fraldas, e ao poder comer sem a necessidade do uso de sonda. Ele esboçava uma melhora em seu estado de saúde no momento em que encontrava as pessoas com quem conseguia se comunicar e, por meio das quais, se relacionar, por exemplo, os encontros com o seu genro e o cuidador Juliano foram fundamentais. A mobilização da família e da equipe para estes aspectos da Atenção foi igualmente importante.

Para que ele se colocasse, ao seu modo, no papel de protagonista de sua terapêutica, o acompanhamento diário a Benedito não podia perder de vista outras dimensões cruciais. Perante

a possibilidade levantada pelos filhos de o internar em um asilo, mesmo contra a sua vontade, precisávamos agir rápido e, mais do que nunca, considerar o Território. E, para um desfecho que estivesse à altura do que se escutava da demanda de Benedito, eram providenciais as operações táticas: com a ESF, as reuniões com a equipe do hospital, com a secretária municipal de Saúde e com a Rede em um todo, as conversas com Silvio e seus irmãos, a indicação de que houvesse uma participação pontual do Conselho Municipal de Saúde. A compreensão do caso de forma complexa corresponderia com as respostas que esperávamos em termos éticos.

De um lado, tínhamos uma Rede precária com os seus Equipamentos desmobilizados. E do outro lado, havia uma gestão municipal descomprometida com a sua função de representar os interesses da classe popular, limitada aos protocolos. O trabalho em equipe, dedicado na não superposição hierárquica de funções e escutando todos os colegas igualmente nas reuniões, facultou traçarmos planos de ação que transcendiam as disciplinas originárias de cada um: estávamos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas. Todos reunidos para discutirem as principais demandas atendidas pela Rede e, em especial, a situação de Benedito.

A empreitada foi efetivar uma verdadeira noção de Rede⁴³ de Atenção à Saúde e ao mesmo tempo criar condições para que os sujeitos pudessem produzir as suas próprias fontes de contratualidade social, afetiva e simbólica. Para convocar a participação da gestão municipal, o representante do Estado nesta história, unindo de maneira inextricável as esferas: Atenção-População-Gestão, este caso [em singular] exigiu que todos se mobilizassem igualmente (COSTA-ROSA, 2008; 2013a).

No tripé “Atenção-População-Gestão”, está imbuído um viés de trabalho que preconiza um questionamento ao Estado capitalista, mantenedor dos privilégios da classe dominante. Em vista disso, o objetivo é poder tomar a instituição de Saúde como palco de lutas, em defesa dos interesses da classe social dominada – a classe trabalhadora. Vejamos a contradição que enfrentamos, de uma parte possuímos todo um aparato legal e legítimo conquistado por intermédio das lutas populares após a ditadura, enquanto de uma outra parte há o Estado capitalista existindo para destruir essas conquistas com a sua política de extermínio da coisa pública (LUZ, 1979). Apreciamos pertinente a tarefa de ordenar os tipos de posicionamento na

⁴³ Segundo Mendes (2011), a Rede se define por um sistema cujos componentes se relacionam sem qualquer tipo de organização rígida ou hierárquica, pautando-se na complexificação das questões sociais e na participação cidadã. As Redes têm a proposta de administrar políticas e projetos, dos quais se encontram problemas complexos e recursos escassos. Elas representam uma outra forma de organização de trabalho, sem a qual dificilmente poderiam ser resolvidos.

práxis que são avessos às práticas normalizadoras, tendenciosas a padronizarem o adoecimento humano através de rótulos e formas de terapêutica essencialmente medicalizadoras.

O paradigma da normatividade e o paradigma histórico-estrutural

Para Dâmaso (1989), não se trata de reformar o sistema, mas, de subvertê-lo estruturalmente. A finalidade não deveria ser consertar um erro aqui e outro acolá, atenuar um conflito ou diminuir os períodos de crise que eclodem. A estratégia é a subversão radical de uma perspectiva paradigmática de práxis. Dentre as suas táticas, mencionamos a luta pela intransigente garantia de Atenção em Saúde, tomando como base as exigências das populações mais pobres⁴⁴ e os seus valores sociais, tornando-os não cambiáveis pelo capital. A democratização dos processos de saúde, desde a forma como as equipes de trabalhadores se organizam ao modo como os sujeitos vivenciam o tratamento que lhes é ofertado, é uma questão para um movimento popular que visa a subversão do sistema social dominante.

O autor propõe como instrumento de avaliação da prática do movimento sanitário, uma noção de paradigma estruturada em eixos de subversão da burocracia estatal: o paradigma normativo e o paradigma histórico-estrutural. Os referidos paradigmas funcionariam mais como vetores, não contraditórios, de uma arquitetura teórica não-hegemônica diante do saber médico mercantilista, organicista e privatista. Interpretamos que nesta proposição se privilegia o saber intensificador de uma práxis revolucionária. O foco é a teorização do paradigma de saúde que se opõe aos modelos dominantes.

A práxis subversiva se colocaria em dois movimentos: primeiro, a compreensão de que as práticas de saúde curativistas e higienistas se atualizam na medicina preventiva. Lembramos que na medicina preventiva ainda se almeja antever a doença buscando eliminá-la, não se abre mão das tradicionais ideias de perfeito bem-estar físico a ser alcançado e de um específico padrão de saúde necessário a população. Segundo, exige-se a teorização de uma estratégia de enfrentamento, para tanto, é crucial o reconhecimento de que o sistema capitalista se expressa na realidade das práticas.

Ao partirmos do paradigma normativo definimos a doença e a saúde como aspectos que caracterizam a experiência humana. A normatividade, tal como é conceituada por Canguilhem (1982), são os processos inerentes à vida, variando de sujeito a sujeito: nascer, crescer, adoecer

⁴⁴ Compreendemos o conceito de pobre como aquela parte da classe trabalhadora que é superexplorada, são as pessoas que possuem menos condições ainda de acessar os itens, numa dada esfera, já impossibilitados de ser acessados pela classe trabalhadora em geral.

e morrer. Nesse recorte de análise, seria um contrassenso encarar a saúde como o silêncio dos órgãos, pois, “o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso” (1982, p. 145). É tênue, muito fina, a linha que demarca o limite entre o que é ser sadio e o que é ser doente. Benedito, assim como outros sujeitos, não foram escutados tendo em vista a grave pneumonia que os acometeram, ou avaliados sob o risco de produzirem um novo câncer, considerando que no passado foram operados de um câncer na garganta. Escutamo-los de acordo com as suas possibilidades de se inserirem como atores, a parte ativa, de seu próprio tratamento. Em nenhum momento Benedito foi julgado como incapaz pelo diagnóstico médico que portava.

Estava implícito no vetor da normatividade um outro vetor, atravessando-o, denominado de paradigma histórico-estrutural. Conforme Dâmaso (1989), o paradigma histórico-estrutural é uma ruptura histórica com o saber médico hegemônico, ao introduzir a doença como uma determinação social. Nesta lógica de apreensão do fenômeno, a doença é universalmente um traço constituído como uma verdade da qual o sujeito não pode ser apartado, enquanto algo que não lhe diz respeito, aponta também para outras linhas de sua existência que a ela estão conectadas. Confere ao sujeito a singularidade que o cabe e o faz único, por conseguinte, é a própria criação. Ressaltamos que circunscrever a doença em torno de uma produção social, relacionada com a história particular de cada um, é o que possibilita encontrar significações diversas ao sofrimento que lhe pode ser decorrente. O mutismo e a piora do estado de saúde de Benedito, depois de escutar do médico que o seu caso era sem solução, não foram um fato isolado em si mesmo, assim como não o foi a sua visível recuperação após a quotidiana presença de seu genro no quarto e dos novos relacionamentos com quem estabeleceu, a vinculação ao cuidador Juliano.

A reviravolta no tratamento de Benedito talvez não teria sido efetiva, se os vetores histórico-estrutural e da normatividade não tivessem servido de base teórica para a orientação da práxis que se efetuou. Ambos os paradigmas tiveram as suas setas direcionadas para o horizonte da Saúde Coletiva: o acompanhamento de Benedito teve por base o seu Território, as reuniões de equipe se realizaram sem a hierarquização de funções, houve interlocução entre os Estabelecimentos de Saúde e da Rede em seu conjunto. Com a construção comum de um projeto singularizado a Benedito, as profissões envolvidas puderam ultrapassar os saberes das disciplinas que são originários à sua formação. Foi possível uma organização entre os trabalhadores, de modo a solicitar da gestão as respostas que acolhessem os interesses do sujeito e não do Estado, ou seja, a gestão não atuou segundo os protocolos da burocracia, mas agiu sim, em conformidade com as reivindicações de Benedito, da família e das equipes de Saúde.

Enfim, é preciso enfatizar que o PPSS, e quaisquer outros paradigmas que dele derivem, existe senão de forma passageira, o PF ainda é o paradigma no campo da Saúde que é predominante. A práxis na Santa Casa guiada pelo PPSS se deu em alguns momentos localizados, aproveitando as brechas do Estabelecimento que permitiam uma prática reversa à costumeira. Outrossim, as intercessões em relação ao tratamento de Benedito e de outros casos, só foram factíveis por sabermos de que lugar estávamos partindo, por não estarmos inadvertidos de nossa posição no campo. Neste sentido, a análise das instituições nos foi uma ferramenta preciosa.

CONHECIMENTO DE CAMPO E ANÁLISE DO ESTABELECIMENTO

Realçamos que a estratégia de oposição às práticas de cunho patologizante (e mercantista) só operam se antes conhecemos os espaços geográficos e territoriais de onde trabalhamos. Neste processo, é relevante que saibamos como se dispõe o conjunto arquitetônico do Estabelecimento, os seus setores, as principais práticas e os efeitos que elas produzem, bem como, a relação do Estabelecimento com os outros Estabelecimentos institucionais da Rede. A Análise Institucional, na linha de Lourau, Lapassade e de Félix Guattari, relida por Costa-Rosa (2013a), foi o instrumento prático-teórico utilizado nesta ocupação.

A Santa Casa era um Estabelecimento hospitalar de média complexidade, porém, de maneira constante, para evitar maiores males nas relações públicas, recepcionava casos que deveriam ser tratados na alta complexidade, como por exemplo, no Hospital Geral Regional, Estabelecimento que ficava logo em frente. Era referência para treze municípios, a contar o município no qual estava instalada. Cada técnico de enfermagem no hospital era responsável por uma quantidade determinada de leitos, assim como havia uma enfermeira chefe para cada setor, cada “enfermaria”.

O hospital era distribuído em 35 setores: Oftamologia; Maternidade; Pediatria; UTI; Raio-X; Tomografia; Ultrassonografia; Serviço Social; Ouvidoria; Clínicas; Cirúrgicas; Farmácia; Brinquedoteca; Manutenção; Serviços Gerais e de limpeza; Cozinha; Telefonia; Informática; Recursos Humanos (RH); Administrativo (e seus subsetores); Laboratório, Clínica Especializada (Gastroenterologia, Geriatria, Ortopedia, Cardiologia), Centro Cirúrgico, Centro Avançado de Ortopedia e recepção, Hemodinâmica, Agência Transfusional, Lavanderia Hospitalar, Costura e Centro avançado de Oncologia.

Dentre os setores havia os consultórios particulares (salas alugadas por médicos para sua prática liberal); os convênios (setor conhecido como J2, dividia-se entre quartos individuais

e coletivos), o Pronto-Atendimento (Adulto e Pediátrico) e a sua recepção, eram restritos a pessoas que poderiam pagar pelos seus serviços, era o meio de serem atendidas com maior conforto e rapidez pela equipe médica e de enfermagem. Espalhados por todos os setores, havia aproximadamente 400 trabalhadores atuando pela Santa Casa. O hospital possuía um número estimado de 104 leitos, o que o caracterizava como um hospital de médio porte. De acordo com Giovanella et al. (2012), um hospital é classificado como de médio porte quando dispõe de 51 a 150 leitos.

No que diz respeito aos principais pontos da Rede, enquanto Rede de Saúde e Rede Socioassistencial, com os quais vinculamos a práxis exercida, citamos a Assistência Social, representada nos CRAS, a Atenção Básica e algumas de suas ESF's e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e I (CAPS infanto-juvenil).

Neste texto, como forma de nos referir aos serviços de atendimento ao público, valemos-nos de categorias conceituais originárias da Análise Institucional, tais como: Estabelecimento, instituição, Equipamento, além de introduzirmos as noções de instituído, instituinte, analisadores, encomenda social e Demanda Social. Fundada a partir dos referenciais analíticos de Marx e Freud, a Análise Institucional tem o intuito de ser uma afronta ao saber científico vigente, é uma ferramenta técnico-teórica que procura colocar as instituições em análise, buscando intensificar o Estabelecimento institucional a outros graus de determinação, nas direções da auto-gestão e da auto-análise. Entretanto, optamos por utilizar das teorizações de Costa-Rosa acerca da Análise Institucional, resguardadas por Marx, Freud e Lacan, para dela nos instrumentalizarmos.

E sobre qual instituição nos afiançamos por discursar? Comprometemo-nos refletir sobre a instituição de Saúde expressa em um complexo hospitalar, em uma Santa Casa. Para Costa-Rosa (2013b), acompanhando Lourau (2004a), a instituição tem uma carga polissêmica de sentidos, estes se referem às suas mais variadas manifestações. Mencionamos a instituição como uma articulação de saberes e práticas que se entrelaçam por um discurso lacunar, velando por meio de sua matéria o discurso ideológico que a compõe. Ela pode variar conforme o modo de produção que a sustenta. É um dispositivo social que congrega as normas, as práticas e a forma como essas mesmas práticas se exprimem ao tentarem reproduzir os seus regulamentos legalistas. A instituição, conseqüentemente, é uma lógica que tem como efeito o ato de instituir, determinar de maneira organizada a vida humana, não obstante, é uma formação social, representa um determinado tipo de sociabilidade. Destarte, é o intermediário necessário e imprescindível dentro de nosso propósito de práxis.

O Estabelecimento, por sua vez, é a expressão do modo como se organiza materialmente a instituição (LOURAU, 2004b; BAREMBLITT, 1994). A Santa Casa, por exemplo, é um Estabelecimento representativo da organização hospitalar, incumbida de cumprir com as legislações associadas ao que se entende por instituição de Saúde. O Equipamento, por outro lado, são os meios utilizados pelo Estabelecimento, o seu aparato tecnológico, para gerar a produção: os leitos, as máquinas, os instrumentos cirúrgicos de um hospital. E os agentes são os que irão conduzir a função que é destinada ao Estabelecimento, são os trabalhadores, protagonistas responsáveis pelo movimento *in vivo* da instituição.

Para conotar um caráter de movimento à instituição, em suas maneiras formalizadas de responder às demandas sociais, citamos o instituinte e o instituído, estes, no pensamento de Barembritt (1994), são forças produtivas de momentos de transformação da instituição em sua lógica de operar. O instituído são as leis, as regras e as regulamentações universalizadas após terem sido criadas pelas relações sociais, econômicas e políticas, é a repetição, a ordem posta como pura positividade de ações criadas, como efeito de contestação ao que antes estava em vigor. O instuinte é o próprio ato de contestar, de criar, de irromper como resistência à repressão, é a pura negatividade intensificadora do poder prescrito, ou seja, podemos em uma certa medida o chamar de subversão (LOURAU, 2004a).

Acreditamos que as noções de analisadores, encomenda social e Demanda Social são outros operadores conceituais da Análise Institucional, decisivos na leitura paradigmática que estamos realizando. Nas contribuições de Costa-Rosa (2013b), a encomenda e a Demanda Social são conceitos interpenetrados. A encomenda é o avesso da Demanda, são as queixas e os pedidos que se representam por meio de enunciados. A Demanda, de outra forma, é o que está recalcado e se traduz por intermédio das encomendas. Portanto, as representações de carências, de necessidades, de desejos e de falta para a população se associam à Demanda, esta, é “[...] o conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo [de classes sociais] das forças em jogo [entre o polo subordinado e o polo dominante] no espaço socioeconômico e cultural” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 39). Concluindo a tríade conceitual, os analisadores são nomeados para ilustrar os acontecimentos que colocam a instituição à prova, forçam a fala, fazem aquilo que estava oculto se revelar. Eles podem ser dispositivos inesperados ou construídos, rompendo com o habitual e convidando a analisar o que antes não era perceptível – seja pela instituição ou pelos enunciados da encomenda.

Estabelecimentos e Rede: desarticulação, ausência e sucateamento

Em relação aos limites da práxis, recorremos aos conceitos para subsidiar a nossa reflexão. Na intercessão-pesquisa, estes conceitos existem *a posteriori*, possuem uma aparência concreta. A experiência, na especificidade de pensamento que se apresenta, é irreduzível. Não pensamos antes para fazer, operacionalizamos os conceitos para nomear os fenômenos inomináveis e nos auxiliar a enxergar as contradições inerentes ao objeto que nos interpela.

As nossas interrogações correspondiam com as questões do nosso horizonte de trabalho, perante os conflitos originados da prática institucional, éramos chamados a formular determinadas perguntas: os discursos da fisiopatologização, do PF, serviam a quais interesses? Os processos de trabalho no hospital eram estruturados segundo qual modo de produção? O que sinalizava a articulação de Rede entre a Santa Casa e os outros Estabelecimentos institucionais? Aonde o instituído e o instituinte apareciam nas práticas de Saúde? Quais eventos nos despontavam como analisadores da instituição e seu Estabelecimento? O que diziam as encomendas e as demandas dos sujeitos às equipes?

A função de Rede realizada pela Santa Casa ocorria de modo bastante especializado e restrita ao prédio, era pouco relacionada com os outros Estabelecimentos das Políticas Públicas. O discurso das equipes e das chefias era sempre o mesmo: “O paciente precisa se curar logo, a ferida não está cicatrizando, se a medicação não está funcionando e o paciente não está reagindo, não tem o que fazer”. Via de regra, os sujeitos que estavam sendo atendidos recebiam cuidados médicos na Atenção Básica ou mesmo na UPA.

Os enfermeiros e médicos não se perguntavam sobre o histórico hospitalar dos sujeitos, muito menos se preocupavam com as incompreensões que lhes escapavam. Nestes casos, o instituído era visto como uma ignorância aos procedimentos clínicos que não eram pautados pelo PF. Noutras palavras, o instituído respondia pelo nome de PF. Comumente, as práticas de saúde serviam à lógica do modelo médico centrado, eram avessas aos trabalhos de base intersetorial.

Assinalamos uma situação em que o assistente social insistiu no direcionamento de um caso para um dos Equipamentos da Assistência Social, pois, não era da atribuição do hospital atendê-lo. Havia uma significativa falta de mobilização dos dispositivos assistenciais, no que dizia respeito a articulação de projetos para receptionar as demandas em suas particularidades. Indagávamos, então, sobre qual era a configuração de Rede do município no qual nos encontrávamos? No diálogo com o assistente social, averiguamos que não havia a tal Rede, no que propunha a política de Saúde.

Com respeito ao campo da Assistência Social, os trabalhadores Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) não eram receptivos a qualquer tipo de demanda. Na cidade não existia um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), porém, havia uma frágil Casa de Passagem (Unidade voltada para a proteção das pessoas em situação de rua e vinculada ao CREAS) com um número de funcionários e recursos materiais reduzidos. Em síntese, a gestão pública fornecia mostras do impetuoso descompromisso para com os Equipamentos socioassistenciais. É certo que, dentro de seus investimentos financeiros, eles não eram a sua prioridade. O real interesse do Estado não estava voltado ao patrimônio público, era suplantado por outras intenções e por uma cegueira às necessidades humanas mais básicas.

L'internationalisme du capital se fait donc par les structures nationales, et qui jouent le rôle d'archaïsmes à fonction actuelle. Le capitalisme monopoliste d'Etat, loin d'être une donnée ultime, est le résultat d'un compromis. Dans cette « expropriation des capitalistes au sein du capital », la bourgeoisie maintient sa pleine domination sur l'appareil d'Etat, mais en s'efforçant de plus en plus d'institutionnaliser et d'intégrer la classe ouvrière, de telle manière que les luttes de classe se trouvent décentrées par rapport aux lieux et facteurs de décision réels qui renvoient à l'économie capitaliste internationale et débordent largement les Etats⁴⁵ (DELEUZE, 2003, p. IV).

Isto quer dizer que a forma atual do MCP, deslocada para os Estabelecimentos públicos e seus Equipamentos, engendra no instituído um sem número de técnicas de acolhimento à Demanda Social. Isso ocorre porque a classe trabalhadora, desprovida de seu saber, identifica-se com a lógica de produção do Estado, fragmentando-se e sucumbindo aos ideais burgueses. Destacamos que há uma cadeia de eventos que perpassa este fato, dentre eles, lembramos que, com a pujança do capitalismo monopolista, os espaços de formação de trabalhadores estão cada vez mais pulverizados. A classe operária tem se esbarrado na dificuldade de passar adiante, para as novas gerações, os valores sociais de sua cultura.

Um cenário similar ocorria no campo da Saúde Mental, os casos de álcool e outras drogas eram atendidos via modalidade “portas abertas”, no entanto, em apenas dois dias da semana. Dado este contexto, a principal referência para atendimento da demanda no município era uma Comunidade Terapêutica – Equipamento mister em métodos de tratamento

⁴⁵ O internacionalismo do capital é realizado por meio de estruturas nacionais, que desempenham o papel de arcaísmos com uma função atual. O capitalismo monopolista do Estado, longe de ser um dado último, é o resultado de um compromisso. Nessa “expropriação dos capitalistas no âmbito capital”, a burguesia mantém sua plena dominação sobre o aparelho de Estado, mas num esforço crescente de institucionalizar e integrar a classe trabalhadora de tal maneira que as lutas de classe se encontram descentralizadas em relação aos lugares e fatores reais da tomada de decisões que se referem à economia capitalista internacional e transbordam largamente pelos Estados (tradução independente).

manicomiais e ultraconservadores. Essas informações foram constatadas a partir do atendimento ao senhor Dirceu. Do ponto de vista da inexistência de uma Rede formal, este caso foi um “analisador”, evidenciou o sucateamento das Políticas Públicas da cidade.

Dirceu era um homem de 75 anos, farmacêutico de formação e que vivia em situação de rua. A família se recusava a acolhê-lo e Dirceu rejeitava um retorno para a sua casa. Ele apresentava uma fala e pensamentos confusos, fazia uso de álcool havia muitos anos. Chegou à Santa Casa com problemas nos esfíncteres, tinha perdido o controle dos mesmos. Alegava dores nas pernas e na coluna, contudo, o seu quadro não justificaria a permanência no hospital por mais do que um dia. O CREAS recusou o acompanhar de imediato e, o CAPS, por sua vez, argumentou poder acolhê-lo somente nos dias em que aconteciam os acolhimentos de álcool e outras drogas. Sem possuir condições próprias para cuidados básicos, para aonde poderia ir o senhor Dirceu? Qual tipo de projeto singularizado poderia ser construído, envolvendo a articulação dos diversos dispositivos de Atenção municipal?

As equipes de referência, tanto do CREAS quanto do CAPS, arguíam a seu favor que possuíam excesso de trabalho, acúmulo de funções, os seus salários eram baixos e não tinham qualquer tipo de apoio material e formativo para desempenhar o seu ofício. Deram por encerrado o assunto, disseram que não era de sua competência a recepção da demanda. Assim sendo, analisamos o caso sob dois aspectos: 1) As equipes manejavam os dispositivos institucionais sem ao menos escutar a encomenda, recusavam-na de antemão; 2) Com a não valorização da Política Pública, a escolha do Estado foi o investimento na iniciativa privada, neste caso, as Comunidades Terapêuticas. Recordamos que três anos atrás, as Comunidades Terapêuticas da região tinham sido investigadas pela Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia, foram apuradas inúmeras infrações de Direitos Humanos, desde maus-tratos a severas privações de liberdade (CRP SP, 2016).

No que se refere a encomenda de Dirceu, ela se resumia aos pedidos de comida e de eliminação das dores no corpo. Deitado na maca, no corredor e em frente à sala do assistente social, ele ficava entre resmungos e choros. A demanda de Dirceu apontava para outras coisas das quais ele sentia falta, mesmo que confuso, elas apareciam na medida em que o seu discurso ganhava consistência. Dirceu revelou a mágoa com as filhas, por elas o terem “chutado para fora de casa”, admitiu orgulho em relação a sua profissão de farmacêutico e relatou que sentia dores intensas pelo corpo todo.

Após saírem os resultados dos exames, os técnicos de enfermagem decidiram dar um banho em Dirceu. Visto que ele cheirava urina, vestiram uma fralda nele e lhe forneceram uma marmita de comida. Ele ficou deitado em um leito por mais algumas horas e depois foi

convidado a se retirar, a ter que ir embora. Sem que houvesse uma “real necessidade”, a política do hospital não permitiria casos como o seu ocupando um leito hospitalar. Embora Dirceu fosse taxado de louco e alcoolista pelas pessoas ao seu redor, o seu discurso tinha um dado de realidade. No contato com a família, confirmamos tudo o que ele dissera.

Por esse motivo, por que então os dispositivos CREAS e CAPS não escutavam a demanda e insistiam a dar ouvidos a encomenda, para inclusive, depois rejeitá-la, valendo-se de verbalizações morais? “Ele é vagabundo, era violento em casa com a família, um bêbado, merece estar na rua”, diziam as equipes do CREAS e do CAPS. Ao contrário disso, mesmo permanecendo no terreno da caridade, da higiene e do curativismo, a Santa Casa se esforçou em dar um destino minimamente favorável às carências manifestadas. E por fim, como resolução do impasse entre os Estabelecimentos, o município decidiu encaminhar Dirceu para a Comunidade Terapêutica, local para o qual ele não queria retornar.

Quanto àqueles que fazem funcionar a “instituição Estado”, sob a égide do capital e do interior de seus prédios, notamos em suas condutas a efetivação do instituído, individualizando a questão do sujeito e o reduzindo a uma queixa. Guattari (2003) propõe, nesta direção, dois gêneros de grupo: o grupo-sujeito e o grupo-assujeitado. O grupo-sujeito se elucida por ser livre para viver as suas contestações, os seus deslocamentos lutam por se conduzirem sem as imposições de outrem, é o grupo que escuta e consegue ser escutado, superando as hierarquias. O grupo-assujeitado, por seu turno, sofre os efeitos da hierarquização das estruturas e ajusta os seus atos segundo as “regras do jogo”, sob pretextos de prestígio. Os seus deslizamentos são cristalizados, na medida em que mascara o sujeito da instituição e impede a emergência da palavra. O instituído, nesta visão, encarnado nos trabalhadores da Saúde, vê-se representado nos grupos-assujeitados que imperam nos Estabelecimentos.

O efeito da atividade dos grupos de fato persiste nos atores institucionais. No hospital, percebemos as expressões de grupo-assujeitado no diálogo com os enfermeiros, notamos que solicitar informações, referente às UBS na qual estavam referenciadas as pessoas internadas, era perda de tempo. A equipe de enfermagem ficava muito presa ao preenchimento de documentos e cumprimento de protocolos para os médicos, o que a impedia, possivelmente, de se apropriar do acompanhamento dos sujeitos em suas movimentações pelas Redes. Por hipótese, para que o cenário fosse diferente, seria necessário que os trabalhadores estivessem noutro paradigma, situados numa modalidade de grupo-sujeito. Permitamo-nos, neste instante, realizar uma livre interpretação textual e aproximar respectivamente os gêneros de grupo, sujeito e assujeitado, dos paradigmas PPSS e PF.

A característica empresarial e o voluntarismo

Desde as últimas intercessões-pesquisa, dirigimos críticas à organização dos processos de trabalho no contexto hospitalar. Defendemos que este é um registro de relação social que faz jus ao capital, impulsiona as práticas que cedem corpo ao PF com seus valores e ideais conjugados. Entretanto, em comparação com as experiências anteriores, a Santa Casa demonstrava uma estrutura organizacional menos violenta aos trabalhadores e ao povo, embora permanecesse no centro de sua ética o tributo ao capital. Foram recorrentes os encontros com os colegas e as coordenações de equipes, dos quais escutávamos se referirem ao hospital como “empresa” e aos sujeitos do sofrimento⁴⁶ e do tratamento como “clientes”. Do ponto de vista da Saúde Coletiva, é extremamente contraditório aos seus preceitos, discursos e práticas, o uso desses significantes em um espaço de Atenção regido pelo SUS, por mais que o Estabelecimento não fosse inteiramente público.

Em uma boa parte dos acontecimentos, notávamos o reflexo da cultura empresarial: na classe social que usufruía do setor de convênios, no grau como os sujeitos eram tratados e no que estava escamoteado no cotidiano e na convivência entre os trabalhadores. Reforçamos que a Santa Casa era uma OSS, a rigor, uma empresa de iniciativa privada, conquanto fosse sem fins lucrativos. Ilustramos a sucessão de eventos marcantes no setor dos quartos conveniados, as pessoas lá internadas eram temidas pelos trabalhadores, pois dado seu alto poder aquisitivo, tinham o costume de maltratar os técnicos, os auxiliares e as enfermeiras com ofensas e xingamentos de baixo calão. Em uma brincadeira, ironizando, disse um técnico de enfermagem: “e aí, já foi lá atender os bacana?”.

Muitos trabalhadores, tratando desses assuntos e de outros, relatavam a sua insatisfação, a forma como eram depreciados por não receberem reconhecimento pelo que realizavam. Em especial, uma enfermeira, com quem criamos um significativo laço de trabalho e parceria, disse-nos que estava muito triste e que se não fôssemos amigos iria nos querer como psicólogo. Noutra ocasião, um enfermeiro revelou o seu descontentamento em relação aos camaradas de equipe, estariam o perseguindo por inveja. Disse que seria de grande importância, se vivenciassem em seu cotidiano, atividades terapêuticas e espaços de mediação de conflitos, do tipo das formações de Educação Permanente.

⁴⁶ Estamos de acordo com Costa-Rosa (2013a) em suas locuções teóricas para o campo da Saúde Mental Coletiva. Ao invés do uso de termos já banalizados (usuário, paciente, cliente, portador de sofrimento, portador de transtorno), elegemos *sujeito do sofrimento* e *sujeito do tratamento*, intencionando conservar a ambiguidade criativa dos termos. Reputamos, portanto, o sujeito do sofrimento ou sujeito do tratamento ao que caracteriza a emergência do sujeito do inconsciente: o dito e o dizer.

Extraímos desta experiência os fatos de maior inquietação, no que se refere às condições existentes de trabalho. Cada um ao seu modo, expressava o excesso de funções desempenhadas, os abusos sofridos no Estabelecimento institucional. Sem contar as condições deficitárias de infraestrutura com as quais conviviam, segundo eles, aquém do mínimo necessário para desempenharem os atendimentos com excelência. Outras duas colegas, trabalhadoras da limpeza, continuamente pronunciavam sobre os incômodos que viviam em equipe, os desentendimentos com outras colegas, diziam que eram subestimadas e tratadas como inferiores por serem agentes de limpeza. Parecia evidente que precisavam de um lugar para discutir os seus processos de trabalho.

No seio médico-hospitalar, como terreno das urgências orgânicas⁴⁷, o sofrimento psíquico é relegado a segundo plano, quiçá é considerado. Os trabalhadores adoeciam e as pessoas em volta encaravam tal sofrimento como “manha”, um infantil pedido de atenção. Inúmeras vezes nos recorreram para escutar os técnicos de enfermagem como psicólogo, pontuávamos sempre que não nos propúnhamos à tarefa por sermos colegas de trabalho, mas, indicávamos nomes de nossa confiança. E assim o foi, nas conversas com um técnico, ele nos disse que os outros debochavam dele, dizendo que os seus medos e a sua falta de vontade de viver eram bobagem, incentivavam-no a voltar a acreditar em Deus. De nossa parte, posicionamo-nos de forma que ele soubesse e percebesse que não seríamos o psicólogo a escutá-lo, por outro lado, demonstramos que como colega o ajudaríamos com nomes de psicólogos sérios e competentes, capazes de escutar a sua demanda.

Notemos o quanto os significantes embutidos nos discursos da instituição expõem a lógica em que ela opera. Nos cenários relatados, existiam significantes associados aos protótipos de papéis criados pelo mercado capitalista. A competitividade instaurada entre colegas, companheiros que deveriam trabalhar sincronizados numa mesma missão, cuidar e tratar de vidas, criava um cenário de pessoas que se olhavam como rivais. As famigeradas e conhecidas metas, a produtividade incentivada pelo discurso empresarial, são igualmente transportadas para as gestões de saúde pública e privada. A finalidade principal não é mais a produção de saúde, o que importa é a geração de cifras, decorrentes das altas taxas de trabalho que se concretizam para deixar os “clientes” satisfeitos. Teríamos dúvidas, nestes casos, sobre qual é o estatuto de saúde produzido por este modo de produção, em que tanto a conquista quanto o fracasso dos trabalhadores são considerados sob a ótica individualista?

⁴⁷ Esse assunto está mais desenvolvido no Ensaio 2 desta Tese.

Respondemos que uma outra aparência da divisão social do trabalho no MCP, que se atualiza no Estabelecimento hospitalar, é a sua estratificação, construída não somente possuindo por base o parcelamento das funções, mas, junto a isso, revelando a hierarquia de cargos. No imaginário social, um cargo de alta remuneração financeira é sinônimo de um apreciado “*status*”, valoriza-se a pessoa por aquilo que ela aparenta ter. Neste sentido, a organização da instituição desperta sentimentos de inferiorização entre os profissionais em sua escala de trabalho, no átimo de tempo em que uns são superestimados em detrimento de outros. Consequentemente, produzindo minorias, minorização de sujeitos, estigmatizados por ocuparem uma posição de trabalho diversa dos outros e por não conquistarem a mesma notoriedade social.

Na hierarquia institucional, as pessoas que ocupam cargos de liderança são as próximas de serem confundidas com o capitalista. Nos ditos de Marx (2010), o não trabalhador é o capitalista, é aquele que não trabalha. O fato costumeiro de os seus trabalhos não serem braçais cria essa confusão. De acordo com o nosso julgamento, doce engano se acharem o capitalista, uma que vez que não os donos da propriedade na qual se encontram. Pelo contrário, o seu próprio corpo como propriedade também não lhes pertence, é todo daquele que os contratou, no caso da Santa Casa, quem ocupa o lugar do patrão é o provedor.

Entendemos que esses fenômenos, vistos como efeitos do capital no Estabelecimento de Saúde, foram descortinados pela análise marxiana que fizemos. Partindo deste pressuposto, se a “saúde” é vendida na forma mercadoria e se é apresentada enquanto promessa de felicidade, como um objeto que se adquire alhures e de outrem, a demanda de “mercado” é poder obter saúde como um objeto-consumo.

Nesta perspectiva, os sujeitos do tratamento tornar-se-ão nos seus verdadeiros *consumidores*: **1)** consumidos pelas dores de nunca obterem o produto que lhes foi prometido; **2)** consomem a dor eliminando o incômodo de se verem privados de algo que tanto queriam; **3)** consomem-dor ao se verem absolutamente colados no objeto “doença”, confundem-se com a doença e acreditam que cabe ao outro suprimi-la; **4)** consomem-se de júbilo com a extração da dor, como quem goza de uma mercadoria independente do conteúdo portado nela; **5)** consomem a dor do trabalhador, o trabalho explorado, escamoteado na relação empresarial *cliente satisfeito-funcionário*, afundados na ignorância de que o último ganha apenas o mínimo necessário em sua função para se manter trabalhando para o patrão. O consumo da dor do outro, do trabalhador, nos termos de Marx (2013b), é a real expressão do fetiche da mercadoria – a exploração que está oculta no excesso de trabalho dos técnicos de Saúde, técnicos no sentido fabril, destituídos do pensar e restritos à reprodução diária dos seus a-fazeres.

E não nos esqueçamos de que as figuras do patrão, do funcionário eficaz e do cliente eram presentes na Santa Casa. Vejamos que nos retratos de consumidores expostos, em nenhum momento aparece o significante “saúde”. De modo proposital, optamos por não associar o termo à locução “consumidor”, compreendendo que saúde, na aposta paradigmática do PPSS, não se limita ao instituído, assegurado em um sistema causal e purista: “a saúde está em algum lugar e em algum espaço e para consegui-la é justo seguir tais e tais passos”.

Conjuntamente a conotação empresarial-consumidora de atendimento, citamos a cultura “voluntarista”. No ano de 1543 foi fundado no Brasil o primeiro hospital, batizado de “Hospital de Todos os Santos”, tempos depois ele recebeu o nome de “Irmandade da Santa Casa de Santos” (NETO et al., 2012). Ou seja, somos capazes de assentir que a origem dos hospitais no país coincide com a história das Santas Casas de Misericórdia. De lastro caritativo, religioso e filantrópico, as Santas Casas de Misericórdia nutrem em seu discurso os sentimentos de benevolência para com os mais necessitados, os doentes, os pobres, os adúlteros e os pecadores de toda sorte. Por conseguinte, a modernização dos hospitais os especializou na atenção exclusiva aos doentes, e perto disso, a Santa Casa não abandonou a missão presente desde a sua criação: o sentimento religioso de amor ao próximo (TOMASCHEWSKI, 2007).

Esta modalidade de organização hospitalar reúne a “benignidade” de ajudar o outro, aliando o voluntarismo de pessoas que queiram trabalhar por essa iniciativa sem receberem qualquer tipo de pagamento em troca. Os hospitais em seu início funcionavam através de donativos do ainda remanescente clero, atendiam gratuitamente todas as pessoas. O “voluntariado” estava ligado à sociedade como riqueza monetária (ANTUNES, 1991).

Na atualidade, no Brasil, e no município em que atuamos, o panorama do voluntarismo se mostrava distinto. No curso de nossa experiência nos deparamos com voluntários de diversas classes sociais. Alguns dos voluntários, afirmavam terem escolhido “ajudar” o outro por ser a vontade de Deus, porém, a maior parte deles, pessoas de idade mais avançada, aposentados, admitiam ter se voluntariado para se livrarem do tédio de ficar em casa sem ter o que fazer. Em especial, houve uma interessante confissão de um voluntário: “Eu estou aqui porque minha mãe morreu, eu estava em depressão, daí minha psicóloga sugeriu que eu me voluntariasse no hospital, porque no hospital eu iria ver pessoas com desgraças piores do que a minha, e isso seria bom: poder ajudar os outros”.

Tendo em vista a alta carga de trabalho das equipes, a saída do hospital era investir na “combalida” Rede de voluntários, havia uma coordenação na Santa Casa responsável somente por esta tarefa. No entanto, as pessoas voluntárias não possuíam uma assiduidade, apareciam

para trabalhar quando queriam, o que provocava um problema para o Estabelecimento. Certo dia, o coordenador de enfermagem comentou indignado sobre os voluntários:

os psicólogos, por exemplo, eles vêm ao hospital somente quando querem, sem cronograma fixo, faltam e não dão nenhuma satisfação. Os trabalhadores e pacientes agendados ficam esperando pra não serem atendidos. Mas é aquilo, não podem reclamar, porque já é de graça né.

Mas, afinal, a vontade primária dos voluntários era mesmo ajudar o outro a despeito de seus próprios ganhos? Em uma sociedade em que as relações sociais se constituem à base da troca (o valor do trabalho intensificado em dinheiro e que depois é trocado por mercadoria), é possível conceber relações desinteressadas do capital? A resposta seria sim, se partíssemos de uma outra lógica ou modo de produção na práxis, de outra forma não poderíamos permanecer numa prática irrefletida. Apontamos nas cenas de voluntarismos as práticas irrefletidas da instituição: o Estabelecimento e seus agentes não medindo as consequências do seu fazer. A livre e gratuita entrega da força de trabalho, travestida de benevolência.

Paulo Freire (2016, p. 67), no esteio das teorias da educação revolucionária, em **A pedagogia do oprimido**, alertou-nos com uma valiosa citação: “[...] a teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem a teoria, vira ativismo”. Lessa (2014), transparecendo completar Freire, e também situado em Marx, abordando o tema da militância, afirmou que reside no voluntarismo o traço de uma significativa disjunção entre a teoria e a prática. A irreflexão, por este ângulo, não é mera ingenuidade, mais do que isso, mostra as marcas indeléveis da divisão social do trabalho, a separação entre o fazer e o saber.

A nosso ver, as cisões constituídas pelo MCP eram uma das concepções empresariais contemporâneas de executar e pensar as políticas de Saúde. Elas apareciam como uma importante ferramenta do Estado capitalista, desmobilizando a classe trabalhadora e deteriorando as Políticas Públicas, como forma de fortalecimento da iniciativa privada. A Santa Casa não era uma Política Social de base, contudo, dizia-se funcionar segundo os princípios fundamentais do SUS, isto é, o complexo hospitalar se mantinha com o dinheiro que recebia da União e ofertava atendimento público por meio de seus setores.

Nesse exercício ético de pensar o campo da Saúde noutra lógica, que não a hegemônica, é de extrema importância descrevermos o campo em sua realidade concreta, intensificar a abstração das categorias que se apresentam à concretude de suas relações. Visamos delinear uma práxis que seja alternativamente contraditória aos modelos dominantes. Assim sendo, para pontuar os limites das práticas hospitalares instituídas, resolvemos propor com a leitura de

Costa-Rosa (2013b), os parâmetros de análise dos paradigmas, levando em consideração as condições da Saúde hospitalar na Santa Casa de *Areias*.

Parâmetros da análise paradigmática

Resgatamos o que foi prometido nas conclusões de um dos nossos ensaios da Dissertação de Mestrado. Para os nossos fins, como forma de pensar a experiência de intercessão-pesquisa na Santa Casa de *Areias*, vamos nos servir dos 4 parâmetros de análise dos paradigmas: 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, o Território e a recíproca; e, 4 – Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos terapêuticos, analíticos e éticos (COSTA-ROSA, 2013b; COSTA, 2016).

Cada parâmetro nos servirá de referente para as análises das práticas do PF e PPSS. Esperamos tirar consequências deste trabalho, podendo delas gerar encaminhamentos que conduzam ao instituinte, em sua constituição de grupos-sujeitos e afeição ao PPSS. Neste princípio, a intenção não é mais criar ofertas de tratamento que partam do Estabelecimento para o sujeito do sofrimento, ao contrário, é partirmos das suas diversas demandas e da classe trabalhadora (das comunidades) para uma Atenção ao sofrimento humano em suas singularidades de gozo e de desejo.

1 – Concepção do “objeto” e dos “meios” de seu manuseio como fatores do Modo de Produção. Costa-Rosa (2013b) relaciona o objeto com a saúde, enquanto estado, estilo e posição subjetiva, a dimensão sociocultural e psíquica da vida humana para além do que concebido como físico. Os meios se explicitam nas técnicas e nas teorias, são os meios de produção dos diferentes modos de produção que coexistem na instituição de Saúde. Na Santa Casa, o PF tinha na doença o seu principal objeto, o corpo humano, em seu dilaceramento real pelos acidentes e mal-estares que o acometiam, era reduzido aos sintomas e a um determinado tipo de categoria patológica: o “diabético”; o “cancerígeno”; o “amputado”; “o cardiopata”; “aquela que tem úlcera”; “a que tem problemas de respiração”... A doença era encarada como externa ao sujeito e irrestritamente orgânica. As teorias e técnicas se sustentavam nas ciências médicas naturais, cujas ferramentas de “intervenção” eram dadas de modo *a priori*, usufruía-se dos diagnósticos, das medicações, dos bisturis e das tecnologias de exames laboratoriais. Os

procedimentos cirúrgicos e clínicos existiam para tornar o sujeito do sofrimento em objeto de sua dor, passivo “inconfesso” às ações das equipes médicas e de enfermagem, sem qualquer tipo de participação em seu processo de cura. O objeto se correlacionava com os meios de tratamento objetualizantes.

No PPSS, agíamos conforme o seu horizonte quando encontrávamos, no trabalho do assistente social e de seu auxiliar, a abertura para uma noção de doença que se articulava com a existência dos sujeitos em seu Território. Nestes instantes, emergiam a chances de haver práticas instituintes. Contudo, o trabalho do Serviço Social ainda era muito mais de apêndice ao saber médico, no âmbito legal da proposta: estruturava-se ao redor de um questionário com perguntas que não ultrapassavam a encomenda, baseava-se nas queixas e na busca por supri-las, ou seja, permanecia-se no registro da necessidade. Apesar dessa característica, após nos vincularmos com eles, em diversos casos foi possível construir de maneira cooperada uma outra noção de doença. Chegamos a um ponto de que, quando participávamos de visitas beira leito conjuntas, as entrevistas sociais passaram a se tornar meios de escuta dos sujeitos em sua existência-sofrimento.

A atuação no PPSS permitia que pudéssemos destacar o caráter pulsional do adoecimento, este, por sua vez, era uma representação significativa do sujeito em relação a outras representações, não restringidas à locução “doente” que era designada pelo discurso médico. Conseguimos partilhar este modo de operar com alguns poucos colegas da enfermagem, lançando mão de recursos como a fala, com os sujeitos e entre os trabalhadores. As discussões de propostas de trabalho cooperadas, seguiam a tônica das relações sociais que se guiavam pelo horizonte transdisciplinar. Ao compararmos com as aparições do PF, as concepções de saúde e de sofrimento no modo PPSS emergiam com pouca frequência.

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. Nesse parâmetro, percorremos a organização formal e informal do Estabelecimento, a divisão do trabalho entre e dentre os profissionais, o poder de governo e a execução dos procedimentos clínicos. Foram perscrutados a arquitetura, a disposição do mobiliário e das ferramentas técnico-teóricas, assim como a produção conjunta de projetos de tratamento intra e interinstitucional.

No PF, a execução das funções institucionais era estruturada de forma incontestavelmente hierárquica, seguindo uma escala de poder, nesta sequência, de cima para baixo: coordenação médica -> coordenação de equipes -> chefes de enfermagem -> técnicos,

auxiliares de enfermagem e demais setores hospitalares subordinados às instâncias administrativas de comando.

As ordens das coordenações e dos médicos eram dadas por meio de protocolos documentais ou de conversas presenciais: “você não pode faltar deste plantão”; “os teus horários de plantão serão esses”; “amanhã você não trabalha mais nas clínicas”; “você deve fazer uma reciclagem, você não está fazendo corretamente os curativos e aplicando as medicações”.

A divisão do trabalho se orquestrava entre mandantes (as coordenações de equipes, médicos e enfermeiros – sendo estes últimos subordinados aos anteriores) e aplicadores (técnicos e auxiliares de enfermagem). Mais à margem dessa divisão estavam os trabalhadores da limpeza, da higienização, da cozinha e de costura, quase imperceptíveis aos olhos de todos e com o trabalho de maior desvalorização social. As relações de comando-obediência cega eram dominantes e reproduzidas.

Os conflitos entre as ocupações profissionais de diferentes setores surgiam como uma consequência da exacerbada relação de poder entre o coordenador e o subordinado, revelavam os trabalhadores em conversas informais. As discussões não tinham mediação pela palavra e consenso coletivo, tudo se resolvia pelo sistema de aviso, advertência, punição e demissão. O único espaço de fala livre dos trabalhadores era individualizado e dependente da existência de psicólogos voluntários. A estrutura organizacional era toda verticalizante.

No tocante a arquitetura da Santa Casa, o prédio se dividia por corredores, salas, quartos e leitos com pouca capacidade de mudança do mobiliário. Podemos conjecturar que não foi sem intenções que os cômodos do hospital foram construídos, existiam para dificultar a concentração de muitas pessoas num mesmo espaço. Em geral, os quartos do edifício hospitalar eram menores em largura e maiores em comprimento, característica similar à maioria dos hospitais conhecidos e prisões (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 2007).

Visualizava-se na Santa Casa uma produção de subjetividade de expressão serializada e capitalista: a saúde era tratada como reposição de suprimentos, apaziguamento da dor e restabelecimento do corpo. A cadeia de produção institucional se organizava pela repetição de movimentos numa mesma tarefa, acúmulo de funções, exaustão e baixa remuneração financeira aos cargos que exigiam mais do trabalho manual.

A estimar pelas relações intrainstitucionais com os outros dispositivos da Rede, estas ocorriam, em especial, por meio de ações político-administrativas. Em relação aos espaços de participação populares, na construção das ofertas de tratamento do Estabelecimento, o único canal existente era a ouvidoria, local de extrema burocracia e regido por caráter de denúncias.

A única atividade a ser lembrada do PPSS, neste parâmetro, eram as reuniões mensais de Rede, embora administrativas em uma série de aspectos, em casos pontuais, operavam com a coprodução de projetos terapêuticos de diferentes componentes das Políticas Públicas. Isso se devia muito à sensibilidade da coordenação das equipes de enfermagem da Santa Casa, mesmo teoricamente inadvertida do que fazia, e pautada no discurso religioso, expunha-se aberta ao diálogo e às sugestões de novas propostas de trabalho.

3 – Modos de relação da instituição com os sujeitos, a população, o Território e a recíproca. Costa-Rosa (2013b) ressaltou que este parâmetro é imprescindível para o mínimo que se espera de uma caracterização dos paradigmas, nele consideramos que a instituição é um intermediário necessário no ato de produzir saúde, seja ela individual ou coletiva. Este parâmetro nos faculta conhecer como a instituição se exhibe e se instala no Território, como ela percebe e é percebida pela população. E até que ponto a instituição consegue cumprir com as promessas que faz, conjugando em seus objetivos meios de produção que possam estar à altura Demanda Social.

Na Rede de Urgência e Emergência⁴⁸ do município de *Areias*, a Santa Casa era um hospital de média complexidade, servia de referência para outras 13 cidades e, no que tocava aos serviços de Maternidade, era a única “portas-abertas” do SUS na região. A maior parcela dos leitos hospitalares era utilizada via SUS, sendo o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) o seu principal articulador, veículo por meio do qual os sujeitos compareciam ao hospital. O atendimento SUS era destinado apenas aos casos de Urgência e Emergência. Por outro lado, mediante o pagamento em dinheiro dos seus “clientes”, possuía um pronto-atendimento, leitos e especialidades médicas em modalidade privada de Saúde.

Mais do que uma OSS, a Santa Casa se anunciava à população como um Estabelecimento de Saúde religioso, tática supostamente empregada para angariar doações financeiras. Os significantes “Deus”, “Deus abençoe”, “se Deus quiser”, “Deus vai curar”, “está nas mãos de Deus”, eram muito constantes. Era inusitado como todos os dias a coordenação de equipes se reunia com os trabalhadores que se interessavam em realizar orações matinais. Não por menos, no que dizia respeito aos sujeitos em grave estado de saúde, o sentimento mais manifestado pelos colegas de equipe era o de pena. Era frequente sermos procurados para atender os casos e ouvirmos dos trabalhadores: “Ai, você precisa ver que dó. Vai atender aquela paciente, por favor, que dó, você precisa ir lá escutar ela, ela e o marido. Coitado dele também”.

⁴⁸ Rede de Saúde constituída formalmente por componentes hospitalares de Atenção (BRASIL, 2006; 2011; 2013).

Com traços que assinalavam o PF, mesclados aos cuidados hospitalares, reconhecíamos nestes gestos os resquícios históricos da religião. E há nos tempos atuais um discurso tão facilmente cooptado pelo MCP do que o religioso? A dogmática e repetitiva doutrina religiosa combinada com o capital, torna-se uma perfeita máquina de produção de subjetividades serializadas (BENELLI, 2006). Há neste modo de funcionamento a criação de grupos-assujeitados, sujeitos submissos ao discurso instituído do saber especialista, constantemente vistos nas figuras do pastor e do padre. Os especialismos, nestes casos, dominam com o seu saber-poder, como se o saber das Ciências Médicas e o saber das Ciências da Enfermagem fossem absolutos.

Em razão dos leitos hospitalares privados, os significantes “paciente” e “cliente” se confundiam nos discursos dos trabalhadores, apesar de o significante “paciente” ser o mais usado. Os sujeitos do sofrimento colavam nos significantes do Estabelecimento, reproduzindo-os entre si: “eu sou o paciente da doutora x”; “meu caso não é de médico nenhum, é de Deus. Não adianta eu gritar ou fazer qualquer coisa, é Deus quem vai me curar”; “eu não vou aguentar desaforo de enfermeiro nenhum, eu sou cliente aqui e eu pago por isso”.

Acreditamos que essa colagem no discurso do Outro (representantes simbólicos das instâncias de poder) era facilitada pela condição dos sujeitos no hospital – acidentados gravemente e com doenças produzidas de várias espécies. Acostumados com a ausência da palavra e com o lugar de objeto-dejeito, de inúteis, não eram poucas as pessoas internadas que se recusavam a partilhar os seus impasses e trabalhar subjetivamente as suas questões. Arguiam que de nada adiantaria “desabafar”, pois, caberia aos médicos solucionarem o seu “problema”.

A hipótese de Costa-Rosa (2013b), de que a instituição é um intermediário necessário, confirma-se em uma das afirmações de que a oferta gera a demanda, ou seja, o modo como os sujeitos do tratamento demandam a presença dos profissionais que os atendem condiz com a forma como a instituição os trata e os reconhece.

No “princípio doença-cura”, a relação entre o sujeito e o objeto é distanciada, o sujeito está alheio daquilo que lhe produz o sofrimento e é ao mesmo tempo objeto das intervenções clínicas do instituído medicalizador. Consuma-se, portanto, os empreendimentos do PF ao produzir o que ele mesmo se propõe: assujeitamento. O que não quer dizer que ele consiga responder as suas promessas de cura. Indiquemos os inúmeros de pessoas internadas com quadros clínicos, cujos os diagnósticos não se baseiam em uma causa definida: determinadas faltas de ar, alguns tipos de dores estomacais, as cefaleias e as fibromialgias.

Eram sujeitos com um longo histórico de idas e vindas ao hospital, chegavam para serem internados, eram medicados e horas ou dias depois recebiam alta. Passado um tempo, às vezes

meses, retornavam com os mesmos sintomas. De uma só vez, o hospital produzia uma “saúde” individualizada (disjunta do contexto social que a criou), os seus instrumentais técnicos e teóricos não cumpriam com o prometido (abolir todos os mal-estares) e, enquanto isso, a demanda: continuava a não ser escutada (permanecia-se presa à encomenda). Na relação com a população, por estar engalfinhada ao PF, a Santa Casa era “*locus depositário e de administração de suprimentos*” (COSTA-ROSA, 2013b, p. 85, grifos do autor).

Os agenciamentos do PPSS no terceiro parâmetro, deixavam-se visualizar nos escassos momentos em que o Serviço Social do Estabelecimento visitava os quartos a fim de informar as pessoas de seus direitos como cidadãos, no caso daqueles que faziam uso da Assistência Social. As pessoas sabiam do assistente social na Santa Casa e por isso o demandavam em isoladas ocasiões. Os raros embates dos sujeitos e seus acompanhantes com a equipe médica, eram analisadores de que não eram de todo condescendentes ao que lhes era imposto. Acreditamos que estes eram os vestígios de oposição dos sujeitos hospitalizados aos maus-tratos que sofriam. E reconhecemos ainda, que talvez a presença do Serviço Social, legitimada pelo Estabelecimento, viabilizasse os focos de resistência ao saber instituído, ao ampliarem as possibilidades de se escutar a demanda e não se fixar nos pedidos de respostas imediatas.

4 – Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos terapêuticos, analíticos e éticos. Nesta etapa, o referente de análise paradigmática atende por uma crítica avaliativa, no seu teor ético, nos seus moldes de tratamento, de cura e de finalidades socioculturais das ações de saúde. Consideramos, neste entendimento, a instituição como um dispositivo de produção de processos de subjetivação. Sob a premissa de que não há produção de saúde psíquica sem a sua consequente produção de subjetividade, concordamos que os efeitos de uma prática, qualquer que seja ela, não são desligados do que pretendem a respectiva teoria que a respalda.

Deste modo, elencamos seis categorias, construídas a partir da leitura do ensaio de Costa-Rosa (2013b), “A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade”. Representantes da métrica manuseada para análise deste parâmetro, elas servirão de base para designarmos as teses correspondentes aos paradigmas na Saúde hospitalar: **a) a significação do sofrimento; b) o produto do sofrimento; c) as ações institucionais; d) a finalidade paradigmática; e) a performance terapêutica; f) a ética.**

Partia-se da ideia de que os sofrimentos causavam a ausência de vontade para o diálogo: o não querer se locomover do leito, a desistência de viver e os sintomas corporais, ou seja, **a significação do sofrimento** era uma doença, o acidente era o que se inscrevia como a causa de interrupção da vida do sujeito, deixando-o incapaz para suportar a nova condição que surgia.

Foram muitos os diagnósticos, tidos como os mais sérios: variados tipos de câncer em estágio terminal, perfuração de intestino, infartos, e outros, não comunicados às pessoas as quais estes diagnósticos interessavam. A equipe julgava que os seus estados de saúde os colocavam como não capazes de recepcionar a notícia. O sofrimento representava um significado causal para os trabalhadores, tal concepção pertencia ao PF.

Olhando por esse ponto de vista, **o produto do sofrimento** era a improdutividade, a anulação das propriedades que qualificavam o sujeito como útil ao trabalho. Partilhamos a história de um sujeito, internado há semanas, ele iria ter uma das pernas amputadas, em decorrência de uma diabetes mal tratada e que se agravava, porém, mesmo com a adversidade de sua saúde, demonstrava-se calmo, estava mais silencioso, isto, por si só, foi motivo de preocupação da equipe: “como assim, ele vai amputar a perna e fica calmo. Ah não, ele deve estar depressivo, só pode. É um potencial suicida, não pode ficar em silêncio assim, ele corre risco de morte e depois da cirurgia não vai poder mais trabalhar e nem andar, não é pra ficar calmo”, dizia uma enfermeira.

Em outro caso, os médicos estavam incomodados com o fato de um homem, com uma pneumonia, em um estágio grave, estar chorando muito. A equipe clínica se referia à circunstância vivida por este homem como um infortúnio, pois, dali em diante ele não poderia mais trabalhar no que sempre fez: era carpinteiro e diariamente tinha contato com serragens, poeira e carregamento de madeira. Em resumo, havia uma mistura de compaixão da equipe com um incômodo seu em relação às formas dos sujeitos responderem ao seu adoecimento.

O fundamento teórico das noções de doença e de sofrimento, articulavam-se às **ações institucionais** e a sua conseqüentemente produção de uma determinada subjetivação. A produção de subjetividade serializada, modo de produção o qual destinamos às materializações do PF, predominava na Santa Casa: os sujeitos eram conformados com os diagnósticos recebidos, dependentes do fármaco e do saber da medicina, ficavam colados no rótulo de doentes, inibidos para qualquer movimentação que não fosse a proposta pelo tratamento médico.

Outrossim, as respostas dos sujeitos frente ao que era ofertado pela instituição possuíam uma interdependência à **finalidade paradigmática** em predomínio. No hospital, as funções dos técnicos, dos auxiliares, das enfermeiras e dos médicos alternavam-se entre as suas finalidades de governo, de educação e de cura. Haja vista que os sujeitos que não “colaboravam” com o tratamento clínico levavam repreensões de parte dos trabalhadores, eram as pessoas que se recusavam a tomar a medicação, ou retornavam para a internação por não terem “seguido as recomendações médicas”. Esses sujeitos eram culpabilizados ou punidos pelas equipes,

demoravam mais do que os outros para serem medicados ou eram os últimos a receberem o banho diário. Neste sentido, destacamos que a conjuntura do momento não lhes era favorável, fisicamente já estavam fragilizados para objetarem as reprimendas, estavam fracos devido a quantidade ingerida de medicamentos, incluindo a dieta e as demais restrições as quais estavam submetidos.

Consequentemente, **a performance terapêutica** na Santa Casa era restringida ao tratamento sintomático e aos curativos pela via medicamentosa. Antes ou depois dos procedimentos clínico-interventivos, cirúrgicos e de outras espécies, a medicação era o instrumento constantemente usado. O tratamento era centralizado no médico, legitimado histórica e legalmente, somente este possuía o poder de comunicar o diagnóstico, o prognóstico e prescrever a terapêutica. E não precisamos ser videntes para comunicar que os efeitos da performance eram iatrogênicos. Exemplificamos com o caso de um garoto de 9 anos, que piorou após uma atitude truculenta de um médico. Uma ferida próxima à região do abdômen foi aberta sem anestesia. O evento colocou todos em choque, o garoto produziu uma fobia de que poderia morrer a qualquer segundo e a sua mãe ficou bastante abalada, desmaiando todas as vezes que começava a lembrar do ocorrido. Em outras situações, colegas da equipe de enfermagem nos revelavam que com frequência se enxergavam obrigados a alterar a dosagem medicamentosa prescrita por determinados médicos. Alegavam que era uma alta dose de medicação injetável e caso cumprissem a ordem médica, as vidas em tratamento seriam postas em risco.

Examinemos as relações intersubjetivas verticalizadas e serializadas, elas são traços que também aparecem nas categorias anteriores, além de constituir esta última: **a ética**. Deste modo, os fazeres e saberes da Santa Casa eram atravessados pela ideologia capitalista: os individualismos, a fragmentação e a hierarquização de raça e de classe no trabalho, os significantes “apto” e “inapto”, de “sadio” e de “doente”, de “empresa” e de “cliente”, e por fim, a existência do acúmulo de produtividade nas tarefas executadas. Esses elementos presentes nas práticas compunham a ética dominante do Estabelecimento hospitalar.

Alternativa às práticas que prevaleciam na Santa Casa, recuperamos a teorização desenvolvida no fim do parâmetro dois, citamos um exemplo de atividade do PPSS. Por mais escassas que fossem as evidências de ações institucionais do PPSS, portamos a referência das “Reuniões de Rede de Alta-hospitalar”. Foi em consequência da participação nas reuniões que descobrimos outras características do modo de funcionamento do hospital. Os encaminhamentos dos sujeitos, aqueles que tinham produzido algum tipo de câncer, à urgência e emergência eram por meio da Associação de Combate ao Câncer e via Secretaria de Saúde. Desvendamos que o trabalho todo das UBS's, era no prédio e o trabalho de Território ficava

com as Estratégias Saúde da Família, com exceção de uma das Unidades que possuía um projeto chamado de “Pró-Vida”: um médico e um enfermeiro o desenvolviam com as famílias no bairro delas de origem. Soubemos nas reuniões de Rede, os detalhes que permeavam a natureza filantrópica e privada da Santa Casa, assim como, do seu contrato estabelecido com o município de *Areias*.

O intuito da reunião era discutir os casos mais graves que estavam internados no Estabelecimento. Pretendia-se refletir sobre os projetos de atendimento, com base no Território, que seriam destinados às pessoas após o seu período de internação no hospital. Antes da existência das Reuniões de Rede de Alta-hospitalar, de 15 pessoas internadas, depois de alguns meses, 11 retornavam com as mesmas queixas. Foi constatado que após o início das reuniões, houve uma diminuição no retorno dos sujeitos ao hospital com o mesmo mal-estar.

Os presentes nos encontros eram representantes: das Unidades Básicas de Saúde (UBS), havia a coordenação da Atenção Básica, o serviço social do Hospital Geral Regional (referência de Atenção em alta complexidade hospitalar para toda a região), o assistente social, as enfermeiras e a coordenadora de enfermagem da Santa Casa, além de uma representante da UBS de um município vizinho.

Aproveitávamos o espaço para constantemente expor os tipos de caso que nos interessavam como psicólogo na Santa Casa. Certa vez, partilhamos a experiência do atendimento de uma mulher e de um homem. Ainda que imaginássemos que de nada adiantaria comentar sobre os casos, decidimos por apresentá-los, para demarcar a nossa postura de trabalho: escutar os sujeitos e trabalhar as articulações de Rede em equipe. Em decorrência de nossas intercessões planejadas, depois de referirmos os casos de álcool e outras drogas, decidiu-se em coletivo convidar para as reuniões seguintes os representantes da Assistência Social do município e região.

Em uma outra oportunidade, conversávamos sobre o consultório de rua⁴⁹ e que era interessante conhecer as experiências de outros lugares. Dessa abertura de diálogo, tiramos proveito e sugerimos convidar os colegas de Campinas-SP, para estar no evento de Saúde Mental da prefeitura, a sua experiência territorial de Política Pública era bastante histórica e modelar.

⁴⁹ Recordamos que há uma diferença entre “Consultório de rua” e “Consultório na rua”, sendo que o primeiro é o consultório construído levando em conta as particularidades da rua e as demandas dos sujeitos, enquanto o segundo, é a mera transposição do consultório que existe na prática clínica liberal (fixado nos prédios, em espaços fechados) para a rua (COSTA-ROSA, 2013).

As Reuniões de Rede de Alta-hospitalar não deixavam de ser permeáveis aos acontecimentos instituintes e de ter práticas reguladas pelo PPSS, embora o nível de Atenção que predominasse nelas fosse calcado no “princípio doença-cura”, com jargões médicos, por vezes estigmatizantes: “paciente renal”, “sifilítico”, “aidético”, “paciente CA”, “paciente psiquiátrico”, “transtorno”, “distúrbio” e outros. Os casos exitosos, dos quais ponderamos terem tido um desfecho satisfatório, sob o panorama da ética da RS, foram aqueles em que a Atenção pôde se encontrar com a Demanda social e não com a encomenda. Lembramos do caso Benedito, a sua demanda e o seu projeto singularizado foram discutidos nos encontros da Rede.

Composto por trabalhadores, representantes de diferentes Estabelecimentos institucionais das Políticas Públicas, mais do que uma Reunião de Rede de Alta-hospitalar o produto dos encontros apresentava o trabalho de uma Rede Intersetorial. Era um espaço de abertura franca à palavra. A realização das reuniões, a sua condução, a inclusão de pautas, a proposição de ideias, bem como, a oportunidade de intercâmbio entre os membros-convidados, estruturava-se de maneira horizontal, sem quaisquer papéis definidos hierarquicamente pelos atores institucionais.

Os projetos singulares construídos para cada caso debatido, possuíam como concepção de objeto a ideia de que a doença dos sujeitos em questão estava relacionada com o seu contexto social de vida. As instituições de Saúde, de Assistência Social e de Educação (presente algumas vezes ao convite da Santa Casa) se organizavam em interlocução. Pensava-se cuidadosamente os modos de contato com as pessoas, como levar em conta o Território em que habitavam e como incluí-las na elaboração do seu projeto terapêutico singularizado, a ser implementado após a alta-hospitalar. Os efeitos disso eram grupos-sujeito: da parte das instituições, conforme dissemos, os trabalhadores recorriam uns aos outros para partilha das problemáticas de práxis, sem rastros de qualquer função hierárquica centralizada. E, do lado dos sujeitos em tratamento, descobríamos dos trabalhadores, dos diferentes Equipamentos institucionais, que ocorriam mudanças nas suas relações com o que lhes era ofertado, na Saúde ou na Assistência Social, estavam mais participativos, protagonistas na produção de Saúde, inclusive, buscando se informarem mais a respeito do que se tratavam os Estabelecimentos que os acolhiam.

Ao abordar a compreensão dos sujeitos de modo complexo, olhava-se para os fenômenos do adoecimento sob múltiplos fatores, vinculando o máximo possível de referências para que houvesse uma tessitura de Rede entre e dentre os Estabelecimentos de Atenção. Por conseguinte, convocava-se os sujeitos, alinhavando-os às suas comunidades, a forjarem as suas próprias Redes. Essas práticas pontuais, da Reunião de Rede de Alta-hospitalar, forçava as

instituições arquitetarem formas diversas de trabalho, contrárias às habituais práticas procedentes do instituído capitalista.

A análise paradigmática dos quatro parâmetros sugeridos por Costa-Rosa (2013b), feita da imersão no campo hospitalar, forçou-nos a propor um quinto parâmetro: **Concepção de sociabilidade das formas e aparências das relações mútuas, dos sujeitos entre si e com a instituição**. O alvo com este quinto elemento é radicalizar a influência da obra de Marx na compreensão da realidade, com o afincamento no entorno da luta de classes e da exploração da força de trabalho brasileira. Com este parâmetro, refletimos sobre os modos de sociabilidade no Estabelecimento e os averiguamos sob o atestado da experiência *in vivo*. Constatamos se as expressões de formação de laço social, correspondem às aparências de valor da relação capitalista, íntimas ao PF, ou se concatenam com as formas-valores de trabalho e de sujeito que são antagônicas às aparências das primeiras.

Sintetizamos a análise do Estabelecimento com a proposta de uma outra forma de teorizar os paradigmas de Mendes (2006). Baseamo-nos no complexo lógico categorial marxiano e, ao mesmo tempo, sugerimos a configuração de teses para os paradigmas analisados, elas remodelam as seis categorias que criamos para o quarto parâmetro (Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos terapêuticos, analíticos e éticos). Qualquer comparação dessas teses com o que encontramos na obra de Abílio da Costa Rosa, no segundo ensaio de seu livro, não é mera especulação, somos impulsionados pela sua obra e seu ensino.

Tese 1: Para o PF o sofrimento é a causa, confunde-se com a doença e é a causa da impossibilidade de protagonismo do sujeito. O PPSS compreende o sofrimento como efeito, consequência imediata das maneiras de organização da sociedade e dos meios do sujeito de se relacionar no laço social.

Tese 2: Regulado pelo PF, o sofrimento produz imobilização e sidera o sujeito. De um outro lado, posicionando-se pelo PPSS, o sofrimento incita o movimento, gera sideração mas convoca a falar, é pura objeção à realidade apresentada.

Tese 3: As ações institucionais do PF regulam e conduzem a produção de subjetividade singularizada, de grupo-assujeitado. No PPSS, o direcionamento às produções de grupo-sujeito é maximizado.

Tese 4: A finalidade paradigmática do PF é formatar, governar, educar e curar. O PPSS tem como finalidade a singularização de desejos, a circunspeção quanto às quedas em quimeras individualistas do MCP.

Tese 5: Nas urgências e emergências hospitalares, fortemente guiadas pelo PF, a performance terapêutica é virulenta: a instituição se posiciona como juíza e detentora do saber sobre a morte e a vida. Noutras palavras, a vida é um objeto de fácil manipulação e a morte é um evento qualquer. Os efeitos das condutas técnicas são iatrogênicos, induz a obediência, a resignação e a não contestação do lado dos sujeitos do tratamento. O horizonte e a práxis do PPSS, por sua vez, zelam por uma performance terapêutica inseparável de ofertas transferenciais de incentivo pleno e ininterrupto ao exercício da palavra, como meios de ação nos processos de saúde-adoecimento-Atenção (s-a-A).

Tese 6: A ética do PF é subordinada à ideologia do MCP, endossa as relações intersubjetivas serializadas e verticalizantes. A ética do PPSS é a do *bem-dizer*, inclinada ao sujeito do inconsciente, portanto, é a ética que facilita o caminho para uma clínica crítica dos processos de subjetivação, na qual se encontram os trabalhadores das instituições e os sujeitos do sofrimento pelos primeiros recepcionados.

O trabalho na Santa Casa nos mostrou a existência de indícios de práticas à altura do PPSS. No tocante aos quatro parâmetros de análise, e às teses que propomos a partir destes, as nossas ações institucionais circundaram as proposições paradigmáticas do PPSS. Outrossim, nossos esforços teóricos em relação ao PF e PPSS se inspiraram nas conceituações do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e do Paradigma Psicossocial, elaboradas por Costa-Rosa (2013a).

A defesa em torno de uma noção ampliada de s-a-A para o contexto hospitalar, deve-se aos pilares do Movimento Sanitário, expressos na Reforma Sanitária, que engendraram os princípios básicos do SUS. O acesso universal e gratuito a todas as pessoas (incluindo os estrangeiros) que estão em território nacional, é uma visão estendida do que tradicionalmente se define por saúde. Neste ponto de vista, os atendimentos públicos que se fazem a partir de uma lógica de Atenção regional e territorializada, opõem-se ao sistema de tratamento pautado em privilégios de classe.

Confiamos que a defesa pelas reivindicações populares, precisa ser colocada como uma das prioridades, em um movimento congruente com os processos de ação do PPSS. A luta,

nestes termos, é contra um modo de produção que se alimenta pela exclusão dos sujeitos historicamente explorados e usurpados de seus meios de produção. Eles são os que atualmente vivem à margem da sociedade. O MCP, e o seu discurso burguês, resume-se por um governo globalizado, em uma espécie de tirania da maioria. A maioria da qual falamos, como escreveu Deleuze e Guattari (2004), não é definida em função de números, é esta que não leva em consideração as carências mais substanciais da população e se confunde com os valores da classe dominante.

Vejamos, a maioria, portanto, pode ser lida como discurso majoritário, confundindo-se com aqueles que realmente são em menor número, em termos de quantidade. Os majoritários são os que possuem a propriedade privada, os seres humanos que retém outros seres humanos como propriedade (COUTINHO, 1989). Isto posto, decidimos dispensar um tempo para citar a importância histórica do Movimento Sanitário brasileiro, na proposição de uma práxis combativa ao modelo capitalista de produzir saúde. A intercessão-pesquisa no hospital se desenrolou através de um posicionamento ancorado no PPSS e nos ideais revolucionários do Movimento Sanitarista.

MOVIMENTO SANITÁRIO E REFORMA SANITÁRIA: Políticas Públicas e sociais⁵⁰

O principal fundamento ético da Reforma Sanitária (RS) está na sua capacidade de, através de sua prática, questionar o binômio saúde-doença, no instante em que este se associa ao capital e passa a responder a partir do discurso de uma razão medicalizadora. Nesta concepção de trabalho, a noção de saúde não se define pela supressão da doença, estas duas categorias, saúde e doença, são elevadas à sua materialidade e são caracterizadas pela vida social. De acordo com Donnangelo e Pereira (1976), o conceito de vida pensado à luz das formações sociais, introduz à consciência humana o que é estar sadio e doente.

Na percepção de saúde orientada pela RS, não há espaço para a objetificação daquele que sofre, o tratamento não existe apenas em torno do desregulamento da fisiologia dos órgãos. Julgamos, deste modo, que esta contribuição é aplicável à práxis⁵¹ de um psicólogo, avisado pela psicanálise de Freud e Lacan, trabalhador de um hospital geral. Com efeito, é oportuno

⁵⁰ Uma outra versão deste tópico, em parceria com outros autores, foi publicada como capítulo de livro pela ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social) em um caderno especial (GONCALVES; BETINE; COSTA, 2019).

⁵¹ Esse assunto se encontra mais largamente desenvolvido no Ensaio 3 da tese.

assegurarmos que a escuta analítica, voltada para as emergências dos indivíduos, interpelando-os como sujeitos do inconsciente, coaduna-se com as convicções da Reforma Sanitária.

Neste caso, necessariamente a práxis psicólogo se relaciona com os movimentos sociais e as Políticas Públicas. Como se sabe, o que diferencia uma Política Pública das demais⁵² é o fato de que na sua elaboração existe a participação do povo. São programas, ações e decisões tomadas mediante a presença da população, objetivando sempre a garantia e a manutenção dos direitos conquistados e postos na constituição. Desta forma, afirmamos que toda Política Social é uma Política Pública e, por conseguinte, ambas não podem ser compreendidas como deslocadas dos limites conjunturais, históricos e culturais, pelos quais são agente, produto e efeito. Tanto uma quanto a outra estão atreladas ao mesmo objeto: a Demanda Social e o enfrentamento das desigualdades que lhe são iminentes. Ambas giram em torno do mesmo núcleo: as demandas inerentes aos gozos e desejos de cada sujeito, somente podem ser asseguradas se antes reconhecemos as demandas de todos. A Política Social tem para si os valores e exigências das camadas populares, e, no momento em que é produzida a partir de uma Política Pública, é ao mesmo tempo enfrentamento de desigualdade social e produção da vida material em comunidade (GIOVANELLA et al., 2012).

Exemplificamos a discussão com o Movimento Sanitarista (MS), iniciado na década de 70, de inspiração marxista, tinha como seus pontos de referência as experiências de revoluções sociais ocorridas na Nicarágua e Cuba, países situados na América Central. Foi um movimento composto pelos trabalhadores da Saúde e por outros segmentos da população brasileira, a sua

⁵² De acordo com Benelli (2019, p. 47) “seria possível distinguir os termos *políticas de governo*, *políticas de Estado* e *políticas públicas*. *Políticas de Governo* corresponderiam à criação de projetos, programas, benefícios ou serviços por um grupo que está na administração pública municipal, estadual ou federal, num dado momento, que teriam validade durante o período em que durasse o mandato eleitoral desses gestores. Essas políticas poderiam ser consideradas como concessões tácitas, por meio das quais os governantes se adiantam às necessidades da população e criam projetos, programas, benefícios ou serviços, certamente já de forma assepsiada. Mas essas políticas não possuem o *status* jurídico de lei federal, o que as tornaria obrigatórias em todo o território nacional, sistemáticas e contínuas, podendo ser abolidas pelos próximos gestores eleitos. É o que costuma acontecer: a nova administração tende a abolir todo o trabalho realizado pelo governo anterior, sobretudo, aquilo que funcionou bem. Cada novo governante quer criar novidades e produzir fatos e notícias que lhe rendam dividendos eleitorais. *Políticas de Estado* seriam aquelas que alcançam o estatuto de lei federal, sendo válidas e obrigatórias em todo o território nacional. Elas seriam concessões tácitas do Estado – sendo acompanhadas de um processo de recuperação do que se concedeu –, para responder às pressões produzidas pelos movimentos sociais, por intelectuais e trabalhadores, configurando uma proposta estratégica construída no nível nacional. Elas se caracterizam por sua perenidade e não se encerram quando um determinado grupo é substituído por outro no poder. Também seria possível pensar que haveria políticas de Estado formais que permaneceriam num nível mais burocrático, caracterizando mais uma concessão tácica e que haveria outras que avançariam para o estatuto de *políticas públicas*, quando as reivindicações, os interesses e a participação efetiva das classes sociais subordinadas se fizessem presentes e atuantes, por meio de manifestações públicas, por meio da participação ativa em conselhos de controle social com poder deliberativo, por meio de audiências públicas e de conferências municipais, estaduais e nacionais”.

proposta revolucionária era a RS: o processo de derrubada do aparelho institucional que legislava e se responsabilizava pela proteção de saúde no país (TEIXEIRA, 1989a; ESCOREL, 1989).

A intenção desse coletivo de atores sociais era subverter a ordem hegemônica do Estado capitalista, por meio de um outro tipo de oferta e produção de saúde, desta vez, em direção às camadas populares e levando em conta a sua realidade concreta e social. A saúde deixaria de ser um conceito abstrato e seria visada como um núcleo revolucionário na estrutura social (TEIXEIRA, 1989b). Nesse horizonte ético, o embate era por uma produção de saúde que não fosse pensada sem a garantia de outras condições sociais, também colocadas em um mesmo nível de importância, tais como, o acesso à educação, assistência social, saneamento básico, cultura, transporte, lazer, emprego, habitação, trabalho, alimentação, meio ambiente, liberdade, renda, acesso e posse de terra. Ou seja, a saúde no objetivo da RS, como proposta do MS, é a resultante de outros direitos sociais resguardados a todos de maneira integral, universal e equitativa (BRASIL, 1986; TEIXEIRA, 1989b). À vista disso, o SUS (BRASIL, 1988) é um dos maiores e um dos mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, figura como uma conquista genuína dos movimentos sociais, o fruto das lutas políticas travadas pela RS.

Portanto, quais coordenadas precisamos adotar na práxis para uma luta que, dentro dos limites das Políticas Públicas e sociais, almeje com as suas práticas ir além do Modo Capitalista de Produção? Segundo Teixeira (1989b), ao nos pautarmos nas lutas populares precisamos ter por fundamento uma específica denominação de democracia, ordenada como um meio de reconhecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos políticos e em ação a partir de suas lutas. Nestas condições, para que haja democracia, requeremos a existência de pelo menos três regras: a participação popular, o controle social e a liberdade para o dissenso. Escorel (1989), pelo mesmo caminho, inclui a Saúde como um indissociável componente da democracia e da cidadania, citando os exemplos da Nicarágua e de Cuba, propõe que uma luta setorial pode se tornar uma luta nacional. Assim, elegeríamos o campo da Saúde como um palco de luta política. Por intermédio deste setor, haveria a proposição de um projeto de sociedade contraditório aos ideais e modos de viver a vida inscritos pelo sistema capitalista.

Dito de outra forma, o trabalho em Saúde se integra aos movimentos sociais no seio das Políticas Públicas. Destarte, para a execução de tal modo de ação, não encontramos outro meio que não a práxis revolucionária. A respeito da saúde e do adoecimento, conjuntamente ao MS (TEIXEIRA, 1989a), partimos da compreensão de que é preciso subverter as práticas individualistas e organicistas, logo, elencamos a existência de outras três teses fundamentais e justapostas ao pretendido: 1) A luta setorial como oportunidade de luta nacional; 2) Uma noção

de democracia à luz das classes populares; e 3) A não dissociação entre produção de vida, implicação de si e protagonismo social.

CONCLUSÃO: a teorização imprescindível

O desenvolvimento teórico de nossa prática foi originado de uma hipótese: o fazer de um trabalhador da Saúde inserido no Estabelecimento hospitalar, alertado dos efeitos de sua prática, requer a produção de um saber acerca de sua experiência. Neste sentido, se pretendemos uma práxis contraditória e diversa do MCP [Modo Capitalista de Produção] e seus tecnicismos na Saúde Pública, o nosso posicionamento precisa se fundamentar na defesa de que a análise política das instituições é importante e necessária.

No que se refere às transformações que ocorrem nos Estabelecimentos institucionais, o campo da Saúde Coletiva é o horizonte adotado. Algumas características suas representam um determinado modo de se posicionar na práxis, assim como, denotam específicos objetivos: visamos uma produção de saúde como produção da vida material, a horizontalização das relações de equipe, a adequação das práticas às Demandas sociais e a interlocução entre os pontos estratégicos das Redes a partir do Território.

Em relação a nossa hipótese, para respondê-la, resolvemos construir uma linha de raciocínio argumentativa que se respaldasse na experiência concreta de trabalho. Nesta reflexão, achamos imprescindíveis os aportes referenciais de Marx, Lourau, Guattari e a releitura destes autores realizada por Costa-Rosa (2013a), instrumentalizando-os.

Foi por meio dessas contribuições que pensamos analisar a Santa Casa, enquanto instituição, segundo a ocupação de seu lugar na história dos hospitais. A história dos principais conceitos identificados no hospital, as suas abstrações e contradições foram materializadas (MARX, 2011a). Através da particularidade dos casos clínicos, exibimos os determinantes sociais da doença, o adoecimento e a vivência do sofrimento como consequência das formações sociais capitalistas. O pensamento de Marx, conciliado aos estudos freud-lacanianos, auxiliou-nos a discutir a existência do PF [Paradigma Flexneriano⁵³], do PPSS [Paradigma da Produção

⁵³ A título de expor outras interpretações e leituras acerca dos modelos de tratamento em Saúde, assinalamos a contribuição de Naomar de Almeida Filho (2010) em seu artigo “Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo”. O autor problematiza uma suposta apropriação ideológica realizada em torno dos postulados pedagógicos e educacionais de Abraham Flexner para a formação em Medicina na América do Norte. Nisto, ao lermos o texto original encontrado no “Relatório Flexner”, que por hipótese teria sido a base teórica para as formações médicas no país, durante a ditadura e depois no período de redemocratização, não poderíamos associar o modelo biomédico, individualista, privatista e organicista, com o preconizado pelo próprio Abraham Flexner. Durante toda a tese, realizamos tal associação, porém, estamos certos de que ainda, para abandonarmos de vez ou não o pressuposto de que o Paradigma da fisiopatologização é o de Flexner, pensamos

Social da Saúde] e a indeterminação temporal dos mesmos em seus conflitos. As táticas e a estratégia dos pensadores da RS [Reforma Sanitária], situados em Gramsci, permitiu-nos propor uma leitura marxiana dos paradigmas idealizados por Mendes (2006).

A intercessão-pesquisa da Santa Casa, em seu plano de análise-crítico-institucional, é o desfecho de um trabalho que esteve em andamento por quase dez anos. A apreensão da postura ética na instituição de Saúde, viabilizou-nos avistar uma específica lógica, de ordem universal, vigorando no Estabelecimento em que estivemos. À semelhança do que inferimos nas outras intercessões-pesquisas, deparamo-nos com um modo de Atenção em Saúde regido pelo MCP. Apontamos uma divisão social do trabalho similar aos moldes fabris de produção: altas jornadas de trabalho, acúmulo de tarefas, repetições incessantes de movimentos, baixas remunerações e rígida hierarquia (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016; COSTA, COSTA-ROSA, 2018; COSTA, 2019).

Acusamos em paralelo à divisão no trabalho, a divisão de raças: a população preta ocupando a maior parte dos cargos subalternos e a população branca representada nos cargos de maior destaque e remuneração no hospital. Acrescentamos que nas dependências do SUS, as pessoas pobres se representavam em sua maioria pelas pessoas pretas. A nosso ver, este marcador social é nevrálgico para qualquer práxis inquirida no território brasileiro, uma vez que o Brasil é um país com uma história de colonização. Desde a chegada dos portugueses, entre indígenas e pretos escravizados trazidos do continente africano, milhões de pessoas foram mortas (JESUS, 2016; RIBEIRO, 2017; GONZALEZ, 2018).

Consideramos que esses registros, impactam significativamente os paradigmas em jogo no âmbito da Saúde hospitalar. O discurso da fisiopatologização, fundado no binarismo doença-cura, é a fonte de animação do PF. Os sujeitos do sofrimento são tratados como máquinas-objetos-coisas. O funcionamento do PF atende à mesma lógica classista e racista do MCP, pela qual a relação sujeito-objeto é dicotomizada: há um ser que pensa e detém o saber [poder] e há outro que obedece, passivo e objetificado pelo primeiro. Não obstante estejamos discorrendo sobre um Estabelecimento hospitalar de natureza privada, o seu contrato com o SUS nos apresentou as brechas para as ações no âmbito do PPSS.

ser devido sustentar de modo mais contundente com outras referências os achados de Almeida-Filho (2010). Esta tarefa, certamente, será reservada para as nossas [potenciais] futuras intercessões-pesquisas. Entrementes, acreditamos que o fundamental da discussão proposta é localizar que em relação ao PPSS há um paradigma dominante, pautado por uma noção reducionista de saúde-doença, hospitalocêntrica e medicalizadora, este zela pela manutenção dos interesses do modo de produção capitalista, tendo como seu palco principal o campo da Saúde, incluindo nesta esfera de Atenção as demais Políticas sociais e públicas.

Independente da hegemonia do PF, apostamos na factível estratégia de resistência e de subversão do PPSS. Cumpre afirmar a seguinte presunção: admitirmos a contradição, o PPSS como alternatividade dialética do PF, é nos darmos conta que nem sempre a sociabilidade capitalista prevaleceu ou é a que triunfa. Portanto, derivado da análise paradigmática realizada no campo da Saúde Mental Coletiva, sugerimos um quinto parâmetro: **Concepção de sociabilidade das formas e aparências das relações mútuas, dos sujeitos entre si e com a instituição**. Reservamos a intenção de desenvolver este parâmetro em um possível pós-doutorado: a possibilidade de teorizarmos a convivência entre as diferentes sociabilidades (capitalista e “socialista”) na instituição.

Dentro destas considerações, nunca o mais velho caiu tão bem, quanto ao que há de mais novo a ser buscado e constantemente valorizado. As “velhas” práticas que deram origem ao SUS, as que não foram distorcidas (das concessões que foram feitas à iniciativa privada), foram as utilizadas em nosso meio de ação institucional. Vimos no PPSS, impulsionado pela ética da RS, a oportunidade para incentivarmos os movimentos instituintes e os grupos-sujeitos na instituição. À maneira de Marx (2010), no resgate ao ser genérico, e diante do MCP manifesto no PF, propomos a mobilização do SUS: a capacidade de ampliarmos as concepções de saúde e doença para uma noção de processos, incluindo as formações socioculturais e o reposicionamento do sujeito frente à sociabilidade capitalista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/?lang=pt>. Acesso em: 30 de setembro de 2021.

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

BENELLI, S. J. **Pescadores de homens**: estudo psicossocial de um seminário católico. São Paulo: UNESP, 2006.

BENELLI, S. J. **Psicologia e Assistência Social**: interfaces políticas, clínicas e éticas. Curitiba: CRV, 2019.

BOTTOMORE, T. (Org.). **Dicionário do pensamento marxista**, 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

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

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 1988. Disponível em em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRASIL. 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). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

CANGUILHELM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

CARLSON, D. G. **A commentary on Hegel's Science of Logic**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007.

COSTA-ROSA, A. **Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave**: integrando a estratégia saúde da família e estratégia atenção psicossocial no território. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2008. (Trabalho não publicado).

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013a.

COSTA-ROSA, A. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013b. p. 55-90.

COSTA-ROSA, A. Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013c. p. 23-54.

COSTA-ROSA, A. **Narcisismo e hipermodernidade**: o corpo em evidência no culto da imagem bela e nas práticas auto-supliciantes de conjuração da angústia do corpo real. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2014. (Trabalho não publicado).

COSTA, M. F. **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 e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2016.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A.; AMARAL, C. H. A. Uma psicologia precavida pela psicanálise: A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. **Revista de Psicologia da UNESP** v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/672/634>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. **Revista Subjetividades**, v. 18, p. 45-58, 2018. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v18n2/05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito numa unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: Teixeira, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 47-60

CRP SP. **Dossiê**: Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no Estado de São Paulo. Mapeamento das violações de direitos humanos. Campanha estadual de direitos humanos. Violência de Estado ontem e hoje. Da exclusão ao extermínio. Conselho Regional de Psicologia SP: 2016. Disponível em: http://fileserv.idpc.net/library/dossie_relatorio_crpsp.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: Teixeira, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria.

São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 61-90.

DELEUZE, G. Préface de Gilles Deleuze : trois problèmes de groupe. In : GUATTARI, F. **Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle**. Paris : La Découverte, 2003. p. I-XI.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**, v. 3. São Paulo: Editora 34, 2004.

DONNÂNGELO, C. A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico. In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. **O social na epidemiologia**: um legado de Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 47-84.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. Medicina: prática técnica – prática social. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976. p. 15-28

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira, S. F. (Org.). (1989). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 181-192.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S. A., 1968.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: o minidicionário da língua portuguesa, 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001).

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**, 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão, 34ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GONZALEZ, L. Lélia Gonzalez: **primavera para as rosas negras**. São Paulo: UCPA, 2018.

JESUS, A. V. Violação do direito às terras tradicionais dos povos originários. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. **Povos indígenas e psicologia**: a procura do bem viver. São Paulo: CRP SP, 2016. p. 158-168.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. (2012). **Política e sistema de saúde no Brasil**. 2ª edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GONCALVES, B. S.; BETINE, A. C. A.; COSTA, M. F. Descolonização da psicologia, movimentos sociais e autoritarismos: o que fazer? In: SIMÕES, M. C. D.; PURIN, G. T.; PINTO e SILVA, E.; PEREZ, D. (Orgs.). **Psicologia Social**: análises críticas sobre histórias interditas e práticas resistentes. Porto Alegre: ABRAPSO, 2019, v. IV. p. 88-98.

KAWAHALA, E.; SOLER, R. D. V. Por uma psicologia social antirracista: contribuições de Frantz Fanon. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 408-410, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/23.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

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

LACAN, J. **Seminário, livro 16: de um outro ao outro** [1968-1969]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LESSA, S. **O revolucionário e o estudo: por que não estudamos?** São Paulo: Instituto Lukács, 2014.

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

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

LUXEMBURGO, R. **Reforma Social ou Revolução?** [1900]. São Paulo, Global, 1986.

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

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

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.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Escala, 2009.

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

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011a.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011b.

MARX, K. A assim chamada acumulação primitiva. In: MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013a. p. 785-834.

MARX, K. A mercadoria. In: MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013b. p. 785-834.

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

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

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, C. M. F. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. **Política e sistema de saúde no Brasil**. 2ª edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. 2014. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2014.

PETO, L. C. Elementos lógico-categoriais acerca do problema da corporeidade em uma perspectiva marxista. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 18, n. 1, p. 153-164, 2018. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/9519/209209210052>.

PETO, L. C. A superexploração da força de trabalho da população preta no Brasil. **Revista Izquierdas**, v. 49, p. 4286-4304, 2020. Disponível em: http://www.izquierdas.cl/images/pdf/2020/n49/art202_4286_4304.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2021.

RESENDE, A. C. Z. Frantz Fanon e a alienação do negro e do branco no sistema colonial. **Revista da ABPN**, v. 9, n. 21, p. 08-19, 2017. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/223>. Acesso em: 07 ago. 2019.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

SOUZA, W. A. **A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: um campo de intercessão**. 2015. 162f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2015.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989a.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989b. p. 17-46

TOMASCHEWSKI, C. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irmandade da Santa Casa de Pelotas - RS (1847-1922)**. 2007. 257f. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Ibéricas e Americanas) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

ZIZEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ENSAIO 3

O DISPOSITIVO CLÍNICA DA URGÊNCIA E O PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS

na urgência do tempo
diga-me qualquer palavra.
estamos presos cá dentro.
deixe pelo ar solto um grito
ressoando eternamente
em meus ouvidos.
displicente, diga-me coisas...
dentro delas uma morada
de invenções esquálidas intangíveis,
mas não vires o rosto
vagando no ar triste
nem teu talvez, nem nada.
olhe perto e tão longe grites,
pois o tempo é de urgência.
o tempo está morto
ou próximo de seu fim.
as palavras inertes em ti,
no infinito inaudito de ti
morrerão também sem teu grito.
declare a plenos pulmões,
pois estes ainda se vão também
em leitos escassos de utis.
teu corpo todo irá,
despirá para sempre o calor.
por isso: grite!
pois o grito ressoa
pela eternidade.

William Fernandes

RESUMO

Construímos uma noção de Clínica da Urgência alicerçada em um Estabelecimento institucional hospitalar. A relevância de nossa ação-reflexão é atribuída a uma escuta analítica, esta exige uma orientação relacionada ao que preconizam e produzem as Políticas Públicas sociais. O intuito do texto foi ser o mais minucioso possível em estabelecer os fundamentos da Clínica da Urgência e os motes que justificam a sua práxis. Os referenciais bibliográficos majoritários foram psicanalistas que teorizam a Psicanálise nos hospitais e, respectivamente, obras e ensinamentos, correlacionados ao tema, de Freud e Lacan. Desta forma, deslindamos das inquirições teóricas sete expressões da urgência, designando o prelúdio às entrevistas como a maior contribuição desse tipo de clínica. Em um princípio de tratamento, o prelúdio às entrevistas teria por pilares a desospitalização da demanda e a subjetivação da queixa, isto é, o sujeito se interessa pela dimensão subjetiva da dor que o aflige. Terminamos por dizer que as bases éticas para uma Clínica da Urgência, se estamos abordando o tratamento público em Saúde, deverão incluir as metas do Movimento Sanitário e dos dispositivos territoriais de Rede. É o ponto de articulação entre as múltiplas formas de manifestação das demandas em urgência hospitalar e as suas correspondentes ofertas transferenciais em prelúdio.

Palavras-chave: Clínica da Urgência; Práxis; Freud e Lacan; Prelúdio às entrevistas.

INTRODUÇÃO

Construímos uma noção de Clínica da Urgência baseada na práxis de um Estabelecimento hospitalar. A Unidade de Saúde oferecia a maior parte de seus atendimentos segundo as plataformas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A relevância de nossa ação-reflexão é atribuída a uma escuta analítica, esta exige uma orientação relacionada ao que preconizam e produzem as Políticas Públicas sociais. No que cabe ao ensaio, limitamo-nos a expor os fragmentos clínicos na modalidade de um tratamento psicanalítico. As teorizações de ampliação do dispositivo Clínica da Urgência são oriundas desse solo de trabalho.

Em relação ao intuito do texto, tentamos ser os mais minuciosos possível em estabelecer os fundamentos da Clínica da Urgência e os motes que justificam a sua práxis. As adequações e novas proposições técnicas da Psicanálise, em um espaço outro que não o consultório privado, prevê o reconhecimento de campo e o respeito às condições dadas pela instituição. De forma que a discussão fosse difundida, o nosso percurso teórico almejou leitores interessados na Psicanálise de Freud e Lacan, contudo, com a característica fundamental de que sejam trabalhadores da Saúde inseridos em hospitais gerais e especializados; esperamos compartilhar uma prática de saúde alternativa aos modelos de trabalho que estão centrados no discurso da doença.

O método de escrita eleito, para a elaboração textual, foi baseado no cruzamento de uma revisão de literatura (pensada em resposta à vivência dos casos) com a análise da práxis. Os referenciais de bibliografia majoritários foram de psicanalistas que teorizam a Psicanálise nos hospitais e, respectivamente, obras e ensinamentos, correlacionados ao tema, de Freud e Lacan. Debates sobre as categorias críticas de saúde e doença em Canguilhem (1982) e Foucault (1978; 1979), foi um diálogo essencial para sabermos de onde partia nossa postura ética. Em seguida, discutimos a Clínica da Urgência e o delineamento de seus processos de trabalho.

PATHOS E A NORMALIDADE

A convivência com as equipes plantonistas do hospital, inseria-nos numa atmosfera de trabalho da qual era possível notarmos que o modelo principal de tratamento destinado aos sujeitos estava amparado na dicotomia saúde-doença. Percebemos que o significado de doença para as equipes indicava incapacidade e fragilidade, ao mesmo tempo que saúde correspondia ao sentido do que devia ser normal, padrão a todo ser humano: não adoecer e ser produtivo. Muitas foram as situações em que presenciamos os trabalhadores da saúde com sentimentos de pena e infantilizando os diálogos, como se estivessem tratando e falando com crianças: “oi bebê, como você dormiu essa noite? Já vieram conferir a sua pressão?”; “coitado dele, olha só como evoluiu a pneumonia, ai que dó, não vai aguentar”. Inquietávamo-nos com tais cenas, perguntávamos, o que justificava estas condutas de Atenção ao sofrimento? Quais eram os conceitos que sustentavam as percepções valorativas em relação a condição de saúde dos sujeitos?

A apreensão de um conceito de patologia e de normalidade, alternativo ao hegemônico (hospitalocêntrico e capitalista), nos termos que propomos, é imprescindível à Clínica da Urgência. Posto isso, considerando a apresentação de um dispositivo de escuta ao sujeito do inconsciente, avaliamos dedicar alguns parágrafos para introduzir o nosso tema de intercessão-pesquisa.

É interessante como a leitura do livro, **O Normal e o Patológico**, permitiu-nos pensar a influência do seu autor nos teóricos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no cenário brasileiro. Nesta obra, está em cerne as concepções dominantes de doença, de saúde e de cura. Estas categorias conceituais seriam atravessadas por valores sociais, suscitando-nos interrogações: o que é ser doente? A saúde buscada quando se está doente, é a reabilitação de um corpo ao estado anterior à doença? E a cura, é eliminar um mal que antes era exterior ao sujeito? Canguilhem

(1982) procura responder estas perguntas, foram por elas que construímos o nosso trajeto. Naturalmente, sem querer esgotar o assunto em respostas prontas.

Começamos com o próprio Canguilhem (1982, p. 145): “o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso”. Viver é *im-preciso*, disse o psicanalista Souza (2008), parafraseando Fernando Pessoa. É tênue, muito fina, a linha que demarca o limite entre o que é ser sadio e o que é ser doente. Nessa medida, como afirmou Canguilhem, o estado de normatividade de vida, na saúde e na doença, varia de sujeito para sujeito. Podemos entender a normatividade como aquilo que é inerente aos processos de viver, como por exemplo, nascer, crescer, adoecer e morrer. E, se aqui falamos do impasse que há em uma definição tautológica de estado patológico, posicionamo-nos na defesa de que a doença não é ausência de saúde e saúde não pode ser ausência de doença. Um detalhe, digno de nota, será sobre esta base que os sanitaristas vão se ancorar. Mencionamos dentre eles a Cecília Donnangelo (2014), no instante em que ela propõe que a produção de saúde e adoecimento está estreitamente vinculada às formas de relações sociais construídas pelos sujeitos. A saúde também pode ser habitação, transporte, lazer, educação, assistência social, esporte e saneamento básico.

Pois bem, não encontramos nesta digressão ensaiada uma oportunidade para problematizar o que é “visto” por todos como patologia? Canguilhem (1982) nos apontou uma compreensão de patologia que já era muito cara à psicanálise, desde Freud (1996a), bem como à filosofia aristotélica (ARISTÓTELES, 2008). A patologia não deve ser entendida como um desequilíbrio orgânico nefasto, incidindo no organismo humano, pelo contrário, ela mostra algo que é imanente à vida do sujeito. Segundo Freud (1996a), em **Inibições, sintomas e angústia**, a patologia, o *pathos*, por excelência revela uma verdade velada. E em nossa leitura, em parceria com Canguilhem e Freud, o *Pathos* é o que sinaliza para o sujeito uma convocação à mudança. Portanto, para Canguilhem (1982, p. 149), a doença “é uma nova dimensão da vida”. Acrescentemos, desde que reconhecida por quem a vive. Para tanto, cabe aqui uma citação indireta de Lacan (1998), a fala e tampouco o dizer têm a sua validade, se não há pelo sujeito o seu reconhecimento. Como exemplo, de nossa experiência atuando na Santa Casa, notávamos que os sujeitos acometidos por “doenças orgânicas”, sucessivamente ao comentarem sobre as suas experiências de dores físicas, relatavam sobre suas dores psíquicas.

Em contrapartida, era comum vermos que entre as equipes de Saúde vigorava uma noção de cura, com o objetivo de resgatar um “bem-estar” que existia anterior ao adoecimento. Era frequente escutarmos de trabalhadores, diante de um sujeito em pleno surto, que o delírio devia ser somente medicado. Certa vez, disse um colega médico: “o sintoma negativo tem que ser eliminado”. Para ele, o sintoma negativo correspondia a improdutividade, segundo o viés de

uma sociedade que considera a produtividade como possibilidade de consumo e trabalho compulsivo.

De acordo com Canguilhem (1982), estas concepções de sintoma seriam problemas éticos, ser “são” não é ser normal, é ser normativo, e ser doente não é ser anormal, é o que compõe a vida. Gostamos muito da frase de Valéry, citada por Canguilhem (1982): a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde. Isto nos dá passagem para afirmar que tanto a saúde quanto a doença são uma condição de existência do ser. Ao existirmos enquanto sujeitos, exprimimos uma relação com a normatividade, com os regimes de verdade que estão implicados no viver, individualmente e socialmente.

Toda essa discussão nos abre para futuros desenvolvimentos na reflexão: a experiência do corpo sadio e do corpo doente é igual para todos? O que é saúde e o que é doença? Questionamos a ideia vigente na Saúde Pública de que é preciso curar o “doente” da doença, mas, não podemos mesmo assim falar do tipo de cura que vislumbramos? Segundo Canguilhem (1982), a cura poderá ser uma criação de novas formas de vida. Todavia, somos afeitos à metáfora utilizada por Freud (1996b): “Deus cura, eu faço os curativos”. O que ele quis dizer com isso? Ele nos indica que há uma cura que faz *cura-ativo*, é ativa, esta é parte do próprio sujeito. Conforme Canguilhem (1982), o mesmo corpo que produziu o sofrimento produzirá o seu remédio. Ou, como gostamos de recordar, onde há sofrimento há trabalho subjetivo.

Lembramos de mais uma citação de Canguilhem (1982), muito parecida com uma de Foucault em a **Microfísica do Poder**: existe medicina porque os homens se sentem doentes, porém, os homens só sabem que estão doentes pelo fato de existir medicina. Foucault (1979), contou-nos que a medicina e o médico são o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, começou-se por aplicá-la ao médico. De acordo com Foucault (1979), os conceitos de normal e patológico são fortemente influenciados pelo Modo Capitalista de Produção (MCP). O corpo é uma realidade bio-política, disse ele, e, portanto, há uma noção de corpo instituída pelo capitalismo (FOUCAULT, 1979; MARX, 2010).

Em relação ao entendimento de patologia, e diante dos casos que acompanhamos, estamos em condições de afirmar que os sujeitos ocupavam um posicionamento perante o seu sintoma na sua experiência de adoecer. A nosso ver, essas impressões da práxis nos apresentam condições propícias para definirmos a Clínica da Urgência e os fundamentos de seu exercício.

A CLÍNICA DA URGÊNCIA: TRAUMA, ANGÚSTIA, MORTE E URGÊNCIAS

A Clínica da Urgência se desdobra em ao menos duas ramificações: uma Clínica específica e necessária às demandas de Urgência (que assinala o predado mortífero da vida) e uma inclinação de uma Atenção aos sujeitos em contextos de Urgências. As constantes menções na urgência referentes aos traumas, às sensações de angústia e ao medo da morte chamam para deslindar a concretude desses conceitos. Após sofrerem o choque do encontro com o Acidente, são fenômenos presentes na experiência humana do adoecimento e da dor. E sobre a definição mais ampla de urgência, entendemos que ela se manifesta de diferentes modos, a depender do relacionamento estabelecido entre o sujeito e a posição na qual ele está, no tocante ao mal-estar que o acometeu.

Na intercessão-pesquisa precedente, realizada sob a orientação da Psicanálise freud-lacaniana pensada no contexto hospitalar (COSTA, 2016), realizamos uma investigação exaustiva em volta da literatura bibliográfica relacionada à Clínica da Urgência e à noção de urgência subjetiva (ALBERTI, 2008; AMERICANO; ALBERTI, 2010; BARONI, 2011; BARONI; KAHHALE, 2015; BARRETO, 2004; BATISTA, 2011; BERTA, 2015; CALAZANS; BASTOS, 2008; CALAZANS; MARÇAL, 2011; CARVALHO, 2008; CARVALHO; COSTA, 2016; COSTA; COSTA-ROSA, 2018; COSTA, 2019; COSTA; COSTA-ROSA, 2021; COUTO, 2011; CARVALHO, 2000; CRUZ, 2007; CRUZ, 2010; ELIAS, 2008; GRANHA, 2000; HOLCK, 2013; KRUEL, 2003; MACHADO; CHATELARD, 2013; MELO, 2009; MOHALLEM, 2003; MORETTO, 2001; MOURA, 2003; MOURA, 2000; MOURA; SOUZA, 2007; PALMA; JARDIM; OLIVEIRA, 2011; PISETTA, 2008; RODRIGUES; DASSOLER; CHERER, 2012; SILVA, 2003; SIMÕES, 2011; TOREZAN, 2003).

Portanto, cumpre neste momento delinear o que consideramos ser a nossa indicação de dispositivo “Clínica da Urgência”. Conforme o esboçado em trabalhos anteriores, a Clínica da Urgência a qual propomos não é a mesma, *ipsis litteris*, dos analistas, embora se sirva de suas contribuições para ampliar o seu alcance no campo hospitalar da Saúde.

Consideramos a pertinência do trabalhador advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan nas urgências e emergências hospitalares, no que diz respeito a um lugar de escuta que é destinado aos sujeitos, quando imersos nas dores que afligem o seu corpo. Nesta perspectiva, defendemos que a atuação no hospital implica um trabalhador funcionando como agente de articulação de Rede – no âmbito das Políticas Públicas e sociais.

A escuta ao sujeito do tratamento⁵⁴ em seus episódios de angústia revela a especificidade de uma demanda que se manifesta em estado “bruto”, na forma de queixas, nos pedidos de socorro e de respostas imediatas, em razão da vivência de um Acidente. Para o campo das Urgências e Emergências hospitalares, escolhemos utilizar a grafia “A” maiúscula para a palavra “acidente”, queremos conferir um lugar de conceito a este significante (COSTA, 2019).

Entendemos que próximo ao abalo na estrutura corporal orgânica, há uma realidade psíquica que é impactada. Portanto, o *Acidente* na Clínica da Urgência é um significante, uma palavra que ganha a sua amplitude se abrindo para outras significações, representando o sujeito para outros significantes. Melhor dizendo, o significante para a Psicanálise tem uma função no inconsciente, ele age como ponto-de-basta, fundando uma significação que não se encerra em um sentido único. “É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei” (LACAN, 1999, p. 152). Existindo em cadeia, é o que auxilia estruturar a experiência psíquica do sujeito antes caótica e sem referência de lugar no mundo. O significante é a palavra vazia que antecipa o significado e convoca a presença de [outras] simbolizações que vem ao seu chamado. Em sua propriedade de significante-mestre, tem a função de poder de comando para o sujeito, são os sentidos inconscientes pelos quais este se vê representado, são inscritos a partir de sua história.

Salientamos que em referência aos termos tradicionalmente utilizados na Psicanálise, a teorização que ora realizamos está sustentada na reflexão de uma práxis que se efetuou em uma Unidade hospitalar – em uma Santa Casa de Misericórdia de um município do Interior do Estado de São Paulo. Importa-nos definir os conceitos para que ao longo do texto, na exposição dos fragmentos clínicos, possamos ver a sua concretude instrumental. Eles são ferramentas a serem utilizadas nas intercessões junto a realidade psíquica dos sujeitos no laço social.

Visamos um posicionamento radical da Clínica da Urgência, tanto no plano da prática trabalhista quanto no nível teórico. Mesmo já tendo abordado noutros trabalhos, continuamos

⁵⁴ Referenciamos-nos em Costa-Rosa (2013a), como forma de adotarmos as locuções sujeito do sofrimento e sujeito do tratamento, ambas pensadas para o campo da Saúde Mental Coletiva. Para nos remeter ao sujeito em suas queixas, no instante inicial em que ele chega ao Estabelecimento hospitalar, usamos a locução “sujeito do sofrimento”. Em relação aos sujeitos com a queixa recepcionada pela equipe e aceito em modo de internação, chamamo-lo de “sujeito do tratamento”. É evidente que estes termos se coincidem, na medida em que dizem respeito a uma mesma condição: a chegada do sujeito na instituição de Saúde. Escolhemos nos referir ao sujeito do inconsciente, como meio de não o reduzir às categorias de “doente”, “paciente” ou ainda “usuário”, tão propagadas pelo discurso médico no em torno das políticas de Saúde (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014). Em termos históricos, o conceito de “doente” alude a ideia de incapacitado. Este sentido da palavra é muitas vezes associado ao significado de “paciente”, que em suas raízes etimológicas remonta ao juízo de passividade frente a doença (ANTUNES, 1991). De outra feita, o “usuário” facilmente se confunde com o famigerado consumidor de mercadorias na sociedade capitalista. Nesta perspectiva, propomos também o significante “sujeito em adoecimento”, para conferirmos um *status* temporal à dita “doença”, vista sob um aspecto de passagem e de movimento e não como um estado absoluto e imutável.

a definir uma postura em torno de determinadas categorias conceituais: o uso da locução “sujeito do sofrimento” e não “cliente”, a escolha por mencionar “sujeito” e não “indivíduo” e a preferência pelos termos “adoecimento” e “experiência da dor” (COSTA, 2016; COSTA; COSTA-ROSA, 2018; COSTA, 2019).

Está explícito nesta leitura que visamos diferenciar o indivíduo do sujeito. O indivíduo, em sua definição, é caracterizado pela ciência como dotado de razão. Muitas vezes é a principal figura do consumidor: é cômico e convicto de que o real é a realidade concreta e observável pelos órgãos de sentido. Como tal, o indivíduo é aquele que não se diferencia dos outros na massa.

Em contrapartida, há o sujeito da Psicanálise. Descentrado do “Eu” consciente, é dividido, por excelência é o sujeito do inconsciente, pulsante nas suas manifestações: nos sonhos, nos sintomas, nos chistes e nos lapsos. Segundo Lacan (1999), é o que pode ser representado por um significante para outro significante ($S_1 - \$ - S_2$). O sujeito é o que emerge por meio dos sentidos inconscientes que pululam da cadeia significante, esta que, por sua vez, desfila-se pelos discursos através da linguagem. O sujeito (\$) é o que um significante (S_1) representa para outro significante (S_2), mediante a extração de uma parte de gozo, este é condensado no objeto (a), a dimensão pulsional que funciona também como causa do desejo. Neste seguimento, a Clínica da Urgência é referenciada pelas compreensões técnico-teóricas e éticas da Psicanálise freud-lacaniana.

Sendo assim, cumpre dizer que a Clínica da Urgência se dirige para o que não pode esperar e para o que ainda não pôde ser escutado em palavras. Trata-se de supormos um sujeito que há no adoecimento, sob o princípio de que no sofrimento físico existe um dano também causado na realidade psíquica (*Realität*) (FREUD, 1996c). Os sujeitos acometidos pelos diversos tipos de infortúnios, eventos e acidentes inesperados, estão afundados no não-dito e na impossibilidade de “dizer”. E a angústia, nestas situações, é o que sobrevém do encontro com o que foi traumático. Neste sentido, tendo em vista os fenômenos da urgência, a experiência nos mostrou que a oportunidade de discursar sobre a dor e a “doença”, por si só, coloca um barramento na tensão vivida (MOURA, 2000; BARONI, 2011; CARVALHO, 2008; CRUZ, 2007; SIMÕES, 2011).

Durante as intercessões-pesquisa⁵⁵ de Iniciação Científica e Mestrado (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016) trabalhamos com as bibliografias de psicanalistas brasileiros que adaptaram a noção de Clínica da Urgência, em especial, para os

⁵⁵ Esse conceito está abordado no Ensaio 1 desta tese.

Hospitais Gerais (BARONI, 2011; CRUZ, 2007; CRUZ, 2010; SIMÕES, 2011). Na Iniciação Científica, objetivamos a inserção e estruturação sistemática de uma ação da Clínica da Urgência por meio da escuta na Unidade de Pronto-Socorro, constatamos a sua pertinência no local, próxima aos sujeitos e articulada no trabalho com a equipe. Evidenciamos a pouca quantidade de trabalhos científicos relativos à proposta da pesquisa. Na Dissertação de Mestrado, discutimos a Clínica da Urgência em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), observamos que há consequências desastrosas para a escuta analítica quando o modo de produção do capital toca de maneira aguda as práticas de Atenção no Estabelecimento de Saúde.

Nesta tese, a título de propor a nossa concepção de Clínica da Urgência, advinda da experiência profissional em uma Santa Casa, Unidade hospitalar de média e alta complexidade no município, passamos pelas construções teóricas dos psicanalistas argentinos, em particular de Inés Sotelo, expoente em publicações a respeito do conceito (SOTELO, 2004; 2005a; 2005b; 2009; 2012; 2014; SOTELO, et al., 2010; SOTELO; ROJAS; MIARI, 2011; SOTELO; ROJAS; SANTAMARIA, 2013).

As produções teóricas dos argentinos a respeito da Clínica da Urgência (DELGADO, 2005; LAURENT, 2005; SANTIAGO; SANTIAGO, 2005; TARRAB, 2005; TORRES, 2005) inspiram um expressivo número de psicanalistas brasileiros que atuam e escrevem a partir do tema. Pontuamos que originalmente as suas publicações se referem à Saúde Mental, no caso, aos atendimentos em Hospitais Psiquiátricos, entretanto, procuramos transpor a referência dos seus problemas para o que nos interessa do nosso recorte.

Clínica da Urgência e seus fundamentos

A necessidade de estipular coordenadas mínimas de orientação, para a prática da Clínica da Urgência, vem da percepção desse dispositivo, ao compará-lo com a práxis psicanalítica tradicional. O caso a caso, e as manobras a que nos vimos exigidos realizar na condução dos tratamentos, propiciou-nos estabelecer os fundamentos da Clínica da Urgência: a compreensão do fenômeno, da técnica e da teoria.

De acordo com Sotelo (2007a, p. 18), *“la clínica de la urgencia en tanto apunta a que el sujeto sea producido y alojado, se opone a su masificación bajo rasgos comunes, ya se llamen ‘las víctimas’ o los ‘traumatizados’”*⁵⁶. A visada do dispositivo Clínica da Urgência é a produção de sujeitos para se posicionarem no lugar de agentes dos seus processos de subjetivar

⁵⁶ A clínica da urgência na medida em que visa a produção e o alojamento do sujeito, opõe-se à sua massificação sob características comuns, sejam elas chamadas “as vítimas” ou as “traumatizadas” (tradução independente).

a angústia através do significante. Mesmo se classificados como vítimas ou traumatizados, o ponto de partida é sempre supormos um sujeito onde impera o encontro com o Real, o impossível de se simbolizar, onde reside a ausência de uma significação possível capaz de nomear um trágico acontecimento.

A característica apontada por Sotelo nos parece dizer respeito à ética em questão. A ação prática psicanalítica nessa proposta é impedir que os sujeitos se confundam nas massas. Nos hospitais, extraímos do significante “massas” as rotulações diagnósticas, massificadas, dadas pelo discurso médico aos “pacientes”, os seus “doentes”. Na Santa Casa, ouvíamos dos colegas enfermeiros e médicos frases do tipo: “o leito número 30 é um paciente de CA”, “na UTI [Unidade de Terapia Intensiva] tem um cardiopata para acompanharmos”. Em razão das estereotipias de doenças e das suas supervalorizações, reforçamos que face a urgência não existem respostas prévias, ao contrário disso, o trabalhador advertido pela Psicanálise é obrigado a reinventar o trabalho em um *lócus* diverso do seu tradicional consultório com as poltronas confortáveis (SOTELO, 2007a).

A Clínica da Urgência, nesse ponto de vista, é uma alternativa factível ao campo da Saúde, traz em seu exercício a nomeação de novas práticas para antigas nomenclaturas medicalizadoras, assim como porta novos nomes para velhos hábitos esquecidos: a contratualização social pela circulação livre da palavra e os pactos não burocratizados. Adjacente à explicação, a psicanalista argentina elenca cinco pontos que remetem a dimensão formativa das práticas da urgência:

- 1) La práctica con las urgencias subjetivas es una práctica que potencia la exigencia de escuchar *el detalle*, el relieve singular en el discurso de quien consulta.
- 2) Es también una práctica que, en la medida en que no se plantea responder desde un protocolo preestablecido, fuerza al practicante a ejercitarse en la disciplina de “*olvidar o que sabe*” de antemano.
- 3) Es una práctica que necesariamente debe ser *inventiva*, ya que – como dijimos – hay que inventar cada vez porque se nos “queman los papeles”.
- 4) Es una experiencia que lleva al practicante a confrontarse con um equivalente de lo traumático constitutivo a todo *parlêtre*. Esto por cuanto suponemos que toda situación traumática implica de algún modo una reactualización de su encuentro con el *traumatisme* de la no relación sexual.
- 5) Nos atrevemos a conjeturar que una práctica en la que resulta imprescindible obtener ese significante por el cual el sujeto puede localizarse y representarse ante el Otro – “significante de la urgencia” se lo há llamado también –, y para lo cual hace falta tempo, es decir, hace falta una “pausa” que introduzca un tempo en la urgencia, es una práctica que necesariamente implica que debe operar algo de lo “impiedoso” del deseo del analista. Impiedoso porque el deseo del analista es el que, dosificando la angustia, no se detiene ante la piedad propia del eje imaginario intensamente convocada en el colapso, en la contracción temporal que supone la urgencia subjetiva.

Tal vez podríamos hablar aquí de las virtudes de “una pausa impiedosa”⁵⁷ (SOTELO, 2007a, p. 19-20, grifos do autor).

Resumimos os cinco pontos relacionados à Clínica da Urgência em uma prática que tem como alvo escutar as urgências subjetivas, rompendo com os protocolos pré-estabelecidos e assumindo o papel de inventividade diante do que é tido por imprevisível. Estes, afiguram-se como uma experiência que conduz aquele que escuta a se localizar frente ao traumático e constitutivo da impossibilidade do *rapport* sexual⁵⁸ – meio de explicar a impossibilidade estrutural do sujeito de alcançar a completude na relação com o outro semelhante. O último ponto caracteriza a necessária prática analítica ancorada no desejo do analista que, despida dos desejos caridosos e altruístas de querer curar, nada mais é do que desejo de que o sujeito possa desejar se analisar. Esta prática viabiliza a inscrição de um significante, por meio do qual seja possível a representação da presença atroz do Outro todo gozador (desvelado no encontro com o traumático). Objetiva-se ainda, instituir a pausa necessária à constituição de um “tempo para compreender” a agonia que o aproxima da morte.

Indicamos na Dissertação de Mestrado (COSTA, 2016) alguns conceitos que mereciam desenvolvimentos ulteriores, dentre eles: o trauma, a morte, o tempo e a angústia. Esses temas circulam com constância pelos discursos dos que estão sendo acompanhados pelas equipes hospitalares. Conforme Sotelo (2007a), a Clínica da Urgência poderia muito bem ser chamada

⁵⁷ 1) A prática com as urgências subjetivas é uma prática que aumenta a exigência de escutar os detalhes, a importância singular no discurso do sujeito. 2) É também uma prática que, na medida em que não considera responder a partir de um protocolo pré-estabelecido, obriga o praticante a exercer a disciplina de “esquecer o que sabe” de antemão. 3) É uma prática que deve ser necessariamente inventiva, já que – como dissemos – deve ser inventada a cada vez porque “queimamos nossos protocolos”. 4) É uma experiência que leva o praticante a enfrentar um equivalente do que é traumático e constitutivo para toda a fala. Isto porque assumimos que toda situação traumática implica, de alguma forma, uma re-atualização do seu encontro com o traumatismo das relações sexuais. 5) Ousamos conjecturar que uma prática na qual é essencial obter aquele significante pelo qual o sujeito pode se localizar e se representar perante o Outro – também foi chamado “significante da urgência” – e para a qual é necessário tempo, ou seja, é necessária uma “pausa” para introduzir um tempo na urgência, é uma prática que implica necessariamente que algo do “impiedoso” do desejo do analista deve operar. Impiedoso porque o desejo do analista é aquele que, dosando a angústia, não pára diante da piedade do eixo Imaginário intensamente convocada no colapso, na contração temporal que a urgência subjetiva supõe. Talvez pudéssemos falar aqui das virtudes de “uma pausa impiedosa” (tradução independente).

⁵⁸ O *rapport* sexual diz respeito ao encontro do sujeito com os objetos de desejo, é a atualização de uma impossibilidade, marcada pela entrada do sujeito na linguagem. Lacan (2003a) em seu famoso aforisma “não há *rapport* sexual” quer explicitar, a partir de Freud, a impossibilidade do encontro comum entre dois modos de gozo. Utilizamos o significante *rapport*, ao invés de “relação”, por acreditarmos que é o termo que mais representaria o sentido desta proposição conceitual. Na língua francesa, existem as duas palavras: *rapport* e relação (do francês: *relation*). A relação corresponde a conexão, ligação, vínculo, relacionamento, vinculação, por outro lado, *rapport* significa proporção, registro, relação, correlação, relatório, relato, comparação. No português não haveria uma palavra equivalente a *rapport*. Por isto, optamos por manter este termo, que, inclusive, permitir-nos-ia afirmar: a relação sexual existe. Por outro lado, é impossível que dois sexos, formas de se relacionar com o gozo, encontrem-se na mesma proporção, fundam-se em seus registros psíquicos. Sobre esse assunto, há o artigo: **Não há *rapport*, razão, relação sexual**, de Ana Lúcia Bastos Falcão, fonte: www.interseccaopsicanalitica.com.br.

de a “Clínica do desamparo”, pois, refere-se a queda de um significante que ligava o sujeito a uma imagem de si e de corpo.

Trauma e desamparo

Em um razoável número de atendimentos, no instante em que havia a indagação sobre o porquê de se estar internado, como estavam ou o que lhes havia acontecido, era inevitável a descrição do evento traumático e a consequente sensação de desamparo. O trauma e o desamparo foram traços marcantes que saltavam dos discursos dos sujeitos, pareciam arrebatados, muitos ficavam insones, paralisados pela incompreensão dos recentes acontecimentos que viveram.

O desamparo é o que está associado à dimensão do trauma. Em Freud (1996d), das muitas definições dadas ao trauma, no transcorrer de sua obra, algumas nos despertam o interesse, numa delas há a sua característica de “acontecimento”. Estes, são eventos contingenciais que atualizam cenas do passado que causaram intensas impressões, a ponto de serem esquecidas, recalçadas, jogadas para fora da consciência. Noutro ensaio, Freud (1996a) incluiu o trauma em uma tríade: angústia-perigo-desamparo. Lendo a tríade de trás para frente, a situação do desamparo, vivido como um acontecimento, atualiza uma situação de perigo lembrada como desproteção, gerando, por sua vez, uma reação original chamada de angústia. O trauma remonta topicamente a separação da mãe (KAUFMANN, 1996).

Este episódio nos envia rumo a suprassunção do narcisismo, uma passagem necessária para a constituição do aparelho psíquico, diz respeito a uma separação que é também simbólica, em termos lacanianos, envolve a subjetivação de uma falta constitutiva. Conforme Lacan (2008a), nestas condições, a falta se explicita em dois planos: o significante que representa a falta no Outro e a falta do significante no Outro: $S(\overline{A})$. Estes planos da alienação (tempo do narcisismo – $\vee$) e separação (assunção do sujeito do inconsciente – $\wedge$ – e resto de desejo como movimento infinito pulsional – a), $\$ \diamond a$, aludem a uma barra de interdição, de uma impossibilidade que alcança tanto o *infans* quanto o agente da maternagem.

No que toca o agente da maternagem, há uma falta que se desvela com a barragem deste Outro tudo querer desejar, o significante que a ele falta, obrigando-o a desejar Outra coisa. Para o *infans*, surge a convocação de assumir o lugar de sujeito, velando a alienação que é constitutiva na relação com o Outro materno. Na operação de alienação e separação, a separação

corresponde para o sujeito a uma falta inquestionável, irreversível, é o impossível de que possa haver um significante que o represente todo em seu desejo.

Noutras palavras, é como se o pequeno *infans*, ao reconhecer os limites que a realidade o coloca, fosse obrigado a dizer: “é impossível ser tudo para ela e ela ser tudo para mim”. Vejamos, neste sentido, que o traumático, no que é *êxtimo*, escapa ao racional e está terminantemente vinculado à sexualidade: a produção do sujeito. Portanto, as respostas aos traumas, e deles só se pode dizer *a posteriori*, são expressões singulares dos estilos sintomáticos (neuróticos). Os traumatizados seriam os sujeitos em seus trabalhos psíquicos face à violência sofrida pelos seus corpos (TORRES, 2005, CALDAS, 2015).

A decisão, mesmo nas situações traumáticas, sejam elas em quaisquer contextos que forem, representam para os sujeitos uma separação. Ilustramos com o que disse uma mulher, a qual escutamos em atendimento por duas oportunidades. Ela possuía cerca de 70 anos, havia sido recentemente diagnosticada com um tipo de câncer, um Linfoma, nódulos começaram a surgir pelo seu corpo. As principais queixas se ligavam a quebra da imagem de si e a perda de condições para ser ativa em sua rotina diária. “Eu sempre fui ‘perua’, de querer me arrumar, sair de casa, eu quero viver. Sempre fui ativa, cuidei sozinha dos meus filhos todos. Eu não quero me acalmar, eu quero entender, saber o que tá acontecendo comigo. E não quero aceitar, eu quero compreender”. Assustava-a a quantidade de nódulos que surgiam em seu corpo, deformando-o de um jeito que a angustiava. O traumático, por conseguinte, neste caso, não é senão da ordem do imprevisível, reavivando o trauma estruturante da subjetividade humana (BELAGA, 2005; SOTELO, 2007a).

Nos referimos ao trauma também no plano de seus efeitos e de suas respostas. Conforme Belaga (2005), designamo-lo nos estados neuróticos: as perdas de memória, as cefaleias, os mal-estares físicos e psíquicos permanentes, os estados de fadiga, a insônia, as dificuldades de atenção e impotência sexual. Laurent (2005), à sua vez, menciona as alucinações, o trauma como um fenômeno que expressa um encontro com o Real. Desse encontro com o inesperado, evoca-se a ocasião de uma vivência insuportável, um Acidente, destituída de compreensão e de sentido, abalando a relação fantasmática do sujeito com o objeto, os laços que o ligam ao desejo (SANTIAGO; SANTIAGO, 2005; TARRAB, 2005).

Defronte ao trauma, a introdução de um sentido ao que está ingovernável é oportuna. De acordo com Tarrab (2005, p. 62),

Una clínica de la urgencia haría bien en incluir una perspectiva que explorara la relación entre trauma y decisión. Porque al borde del agujero que el trauma produce, no se trata sólo de alentar decididamente la elaboración, la reconstrucción del Otro

que se ha perdido, y que hay que obtener para producir la invención de un camino nuevo. Se trata también de situar el tiempo de la decisión que el sujeto habrá de tomar, que tiene la oportunidad de tomar, al borde de ese abismo. Es su oportunidad y es la evidencia de que frente al trauma se trata también de acto e inscripción⁵⁹.

Em que pese as situações traumáticas, a decisão dos sujeitos de tomarem uma posição perante aos fatos que lhe dizem respeito, realmente é inerente a sua causa. Nos contextos de urgência e emergência hospitalar, sublinhamos que, levando-se em consideração um dos traços que denotam a singularidade da escuta analítica com o dispositivo Clínica da Urgência, trata-se menos de provocar a dúvida, rumo a elaboração, do que criar condições para a restituição deste Outro que foi estilhaçado, em razão do confronto com o traumático. Portanto, o desembaraço deste impasse vem com a potencialidade de agir para inscrever um significante, no lugar onde jorra angústia e o sujeito se tornou o próprio objeto do gozo do Outro. Tendo em conta esses casos, o que está em destaque é a ausência da palavra e as consequências disso: a repetição e a queda para fora da cena.

A Angústia

Com frequência acompanhamos as seguintes frases na Santa Casa: “me sinto angustiada”, “a angústia que sinto é muito grande”, “tô angustiado, não sei o que vai acontecer comigo”. Recortamos estes ditos das cenas de casos que atendemos, escutávamos significantes do gênero. No nosso ponto de vista, pudemos sentir ao lado dos sujeitos que, por se tratar de uma experiência de contato direto do corpo com o Real, a angústia exprimida no terreno das urgências merece uma atenção especial em relação ao que escutamos dela no consultório.

A angústia é um conceito de grande valor nos desenvolvimentos teóricos da Clínica da Urgência, denota a experiência subjetiva defronte o evento traumático. O Acidente, a seu tempo, desloca o sujeito do lugar de portador da palavra, amassando-a, suprimindo-a, ao desalojá-lo de sua confortável estabilidade habitual. Tal acontecimento, provoca reações nos sujeitos das mais variadas formas, exigindo um inevitável embate com a realidade, será por intermédio dele que existirão impressões inextinguíveis. Dada a ameaça imposta à vida humana, é a ocasião crucial por meio da qual se abrem questões para o sujeito, convidando-o a se fazer

⁵⁹ Uma clínica da urgência faria bem em incluir uma perspectiva que explora a relação entre trauma e decisão. Porque na borda do buraco que o trauma produz, não se trata apenas de encorajar fortemente a elaboração, requer antes a reconstrução do Outro que foi perdido e que deve ser obtido para produzir a invenção de um novo caminho. É também uma questão de colocar o tempo da decisão que o sujeito terá de tomar, que ele ou ela tem a oportunidade de fazer, à beira desse abismo. É a sua oportunidade e é a prova de que perante um trauma é também uma questão de ato e de inscrição (tradução independente).

perguntas antes nunca pensadas, a despeito de o empurrar a uma imperiosa inabilidade: “Não vou aguentar”; “Não tenho mais pelo o que lutar”; “Só me resta sofrer e esperar”; “O que será da minha vida daqui em diante?”; “Por que justo eu?”; “Vou morrer?”.

Freud (1996a) enumerou pelo menos três planos da angústia: a angústia como um “sinal”, a angústia neurótica e a angústia realística. A angústia como um sinal, é a reação do Eu frente a ameaça de que ocorra uma situação traumática. A descoberta de uma grave doença é exemplar desse tipo de manifestação de angústia. Houve um sujeito que atendemos por umas vezes, o seu diagnóstico era de um severo câncer no fígado. De início, a família optara por ocultar a verdade e lhe informar apenas de que seu estado de saúde era sério e requeria cuidados intensos. Este homem, ao longo das sessões, relatava o seu medo de morrer e o quanto receava de que os filhos, imaturos a seu ver, ficassem desprotegidos com a sua morte.

Na angústia neurótica, o sujeito teme por um perigo desconhecido, do qual ainda não se sabe realmente se irá se efetivar, trata-se de um perigo pulsional. A angústia realística, por outro lado, é a angústia reagindo a um perigo real e conhecido. Conforme Freud (1996a), os dois casos de angústia (neurótica e realística) costumam ser momentos mesclados de uma mesma situação vivida, a ameaça existe, porém, a reação a ela é desproporcional ao que ocorre. A hipótese levantada pela análise, sustentaria a posição de que não haveria perigo real sem um perigo pulsional (inerente à constituição psíquica humana). Zacarias, o sujeito que escutamos, angustiava-se com a morte, uma real ameaça de morte em decorrência de sua “doença”, no entanto, o medo de que os filhos, todos adultos, fossem ficar desprotegidos com o seu falecimento não era fundado em um dado concreto que garantiria o sofrimento dos filhos.

Interrogamos: em verdade, de que adianta sabermos se uma angústia é real ou neurótica? No fundo não nos faz diferença, uma vez que não importa se o teor dos impasses dos sujeitos são derivados de elaborações fantasiosas ou não; apenas nos basta dizer sobre a convicção de que o significado para eles de suas exposições discursivas é verdadeiro, relaciona-se a fratura que foi causada em sua realidade.

Assim sendo, a angústia em Freud é discutida sempre como angústia da perda do objeto. Há o trauma do nascimento como a vivência de uma angústia prototípica e, em relação a perda do objeto de amor, existe a angústia de castração; na fase fálica, é o instante que assinala a angústia de separação da mãe, momento em que o sujeito precisa assumir o seu lugar na diferença dos sexos. Isto posto, todas as experiências de angústia revelariam a perda de um objeto: uma separação.

Em Lacan (2005a), há uma significativa teorização acerca da angústia, ela é denominada como a única certeza, é o que não engana. Diferente de Freud, Lacan dirá que a angústia não é

sem objeto, a presença do objeto *a* (resto de desejo narcísico) nunca é tão presente quanto o é na revelação da plena insuficiência do sujeito nos eventos da realidade.

A angústia é esse corte — esse corte nítido sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é impensável; é esse corte a se abrir, e deixando aparecer o que vocês entenderão melhor agora: o inesperado, a visita, a notícia, aquilo que é tão bem exprimido pelo termo “pressentimento”, que não deve ser simplesmente entendido como o pressentimento de algo, mas também como o *pré-sentimento*, o que existe antes do nascimento de um sentimento (LACAN, 2005a, p. 88, *grifos do autor*).

Freud (1996e) está bem presente na elaboração lacaniana sobre a angústia como *pré-sentimento*. A angústia que existe antes do nascimento de um sentimento é a angústia que está entre o gozo e o desejo. A alienação ao desejo do Outro nos fornece os indícios de que não podemos caracterizá-la como provocada pelo recalque. Diferentemente, ela é um fenômeno de borda, disse Lacan (2005a). A angústia é o efeito do encontro com o Real, circunscrita dentro de um limite entre a vida e a morte, produz o recalque e, ao sinal do desprazer, o seu efeito é a criação de um sintoma e a representação do objeto perdido. A angústia seria o que convoca uma resposta da parte do sujeito, não haveria como não notá-la: nela reside o caráter de impossível e de irreduzível.

Kruel (2003) refere que uma característica essencial da angústia é a ação. No que a angústia possui de certeza, a ação é o traço mais marcante para demonstrar o fenômeno, neste sentido, a passagem ao ato e o *acting-out* são vetores de análise interessantes para a escuta na Unidade hospitalar de Saúde. Visto que, “é justamente isso que me permite introduzir agora que talvez seja da angústia que a ação retira sua certeza. Agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia” (LACAN, 2005a, p. 88). Ilustramos esta nuance do conceito com os suicídios e as suas tentativas, são particularidades fortuitas, por meio das quais a angústia se transfere, são precisas para demonstrar a sua visceralidade em termos da verdadeira experimentação do acontecimento – no segundo em que a falta falta e o sujeito é mergulhado na avassaladora carência de qualquer significação.

Exprimimos o trabalho que realizamos com Vanessa. Obtivemos conhecimento dela por meio do auxiliar do assistente social. Era um caso que estava comovendo todo o setor de “Clínicas”. Vanessa havia tentado suicídio por duas vezes. Na sessão conosco, relatou que era muito nervosa, desesperada, além de muito amor e sentimento guardados, complementou ainda dizendo que sentia falta de amor: do pai e da filha. Referiu que conservava tudo isso para si, amava demais e gostaria de ser mais amada, sentia-se desesperada por isso. Por conta das suas crises, veio à Santa Casa vindo da UPA. Encerramos a sessão no ponto em que o seu discurso

se amarrou em torno dos significantes “desesperada”, “amor”, “isso tudo mexe comigo”, “nervosa” e “desespero”.

O impasse de Vanessa circulava ao redor do amor e da sua ausência, denotando a axiomática lacaniana de que a angústia não é sem objeto, a sua reivindicação era delimitada na forte presença sentida deste amor que dela foi afastado. Referia que o seu pai e a sua filha não a amavam como gostaria, motivo, segundo ela, que a provocou após duas brigas com eles recorrer às tentativas de suicídio. Nessa sequência, aproximamos o *acting-out* e a passagem ao ato do nosso diálogo.

A passagem ao ato é conceituada por um ir ao ato sem o dizer, o que não foi simbolizado retorna em forma de ato como resposta do sujeito no seu encontro com o Real, o dizer é elidido da ação. Ao passo que o *acting-out*, mais ao lado do movimento de Vanessa, na nossa exegese, designa uma tentativa do sujeito de se reintroduzir na cena, dirigindo-se com o ato a uma Outra cena, aquela da produção fantasística de ser o objeto de amor e de completude do Outro. É por esse caminho que Lacan comenta que o *acting-out* dá a ver o que ainda não foi escutado, o sujeito cai para se elevar ao palco, dá mostras de onde está circulando o seu sintoma. Apesar de ter permanecido próxima da morte por alguns instantes, as suas atestações sobre as tentativas de suicídio não pareciam relatos de ações meramente irrefletidas, as suas atitudes possuíam um nítido endereçamento.

Uma vez que conferimos à angústia o *status* de anteceder ao recalque, afirmamos também a sua antecedência ao desejo (HARARI, 1997; SOTELO, 2007b). Na angústia, por efeito, as funções de relacionamento com o objeto, no laço social, estariam inibidas. Ao nos referirmos aos sujeitos, cuja hipótese era de uma constituição do aparelho psíquico por recalque, supostamente neuróticos, em nossa escuta, como psicólogo no hospital, presenciávamos episódios de angústia e inúmeras manifestações de sintomas, para citarmos alguns: dispneias, gagueiras, formigamentos, palpitações e vômitos involuntários.

Freud (1996a) arrazoou os sintomas obsessivos e histéricos como relacionados à angústia, vinculando-os à inibição das funções do Eu. A característica do sintoma é de ser uma formação substitutiva da satisfação pulsional originária, surgindo no lugar da renúncia do objeto de desejo (abandono do narcisismo) por consequência do recalque. Seguimos a proposição de Costa-Rosa (2014), conectando as sintomáticas aos estilos subjetivos de gozar e desejar na obsessão e na histeria.

Por este panorama, existem os traços singulares ao estilo sintomático obsessivo e histérico. No estilo sintomático obsessivo é ressaltada a rigidez, a autocensura e a ruminação de pensamentos, à medida que no estilo histérico são as conversões, as manifestações corporais

de dores, igualmente não localizadas em termos científicos pelas ciências médicas. Ao contrário do que poderia pensar o senso comum popular, médico e universitário, os sintomas não são o que produzem a angústia; eles são a sua própria objeção à dor de existir, são as estratégias construídas pelos sujeitos para suportarem, inscrevendo-a pelo significante, a falta. Não à toa, disse Lacan (1999) que o sintoma é uma verdade não-toda, é o dizer sobre a verdadeira história em seu processo de constituir-se. Sugerimos na Clínica da Urgência escutar a angústia, admitindo que as respostas à ela própria partem do modo como os sujeitos puderam produzir os seus sintomas para “virem-a-ser” seres de linguagem.

O caso de Abigail pode ser exemplar de um manejo da angústia pelo operador da escuta e, do ponto de vista da Clínica da Urgência, igualmente, dos movimentos e das dificuldades que surgem na experiência da angústia. Tratou-se de uma mulher que no início pouco falava, possuía o seu discurso todo alienado no saber médico. Disse que estava diagnosticada com Pólipo, uma inflamação na parede interna de seu cólon, é o que corresponde à parte central do intestino grosso, aparentemente correspondia a um câncer benigno. Indagamos sobre o que ela pensava a respeito da inflamação, respondeu-nos que estava menstruando muito e isso era devido a uma explosão hormonal. Ainda aguardava uns exames, então, ao certo mesmo, não sabia do que se tratava o seu caso. Abigail era uma enfermeira, trabalhava na rede pública. A respeito do diagnóstico, explicava-nos segundo a compreensão da medicina. Perguntamos com ares propositais de surpresa: “Então está me dizendo que isso que você está sentindo foi produzido pelo teu próprio corpo?”. Assentiu com a cabeça e se silenciou. Continuamos: “Da minha perspectiva, portanto, isso precisa ser escutado”. Respondeu dizendo que certamente era emocional, o estado emocional de uma pessoa poderia produzir isso.

“Queria cumprir com as minhas obrigações de mulher com o meu marido. Bom, não é que é uma obrigação, mas eu queria poder ter mais prazer na relação sexual com ele, eu também ter prazer, mas essa dor me atrapalha”. Disse que era o seu segundo casamento, queria também poder dar um filho ao marido, mas ele era infértil, o seu organismo não produzia espermatozoides. “Eu também queria ter esse filho, não é que eu queira dar a ele. É que ele é tão bom, é um casamento tão diferente do meu primeiro, tão mais saudável, companheiro, que eu queria coroar esse casamento com um filho pra gente”.

Pedimos que falasse do primeiro casamento. Abigail discursava de uma maneira quase robótica, automática, a partir desse instante começou a se expressar com mais intensidade nos dizeres. Exprimiu que foi violentada no casamento anterior, apanhava, era humilhada e aguentou tudo sozinha, sem contar que não conseguia dividir isso com ninguém, não queria expor os seus três filhos e os seus pais (avós de seus filhos), queria privá-los dessa preocupação.

Porém, houve um dia em que decidiu exigir a separação, o seu ex-marido a chantageou para não se separarem, ele que possuía uma condição socioeconômica abastada, segundo ela, tinha medo que Abigail levasse parte de seus bens com a separação. Chegaram a um acordo de que ele só aceitaria a separação caso ela renunciasse ao que tivesse de bens materiais por direito. Contudo, na sentença, o juiz o obrigou a deixar ao menos uma casa para a ex-esposa e os filhos. Tempos depois, o ex-marido, que trabalhava para uma empresa e sonegava impostos, de acordo com Abigail, conseguiu na justiça a guarda dos filhos, obrigando-a a pagar pensão.

Abigail dizia que não tinha coragem para contar aos filhos o quanto foi violentada em seu casamento, física e psiquicamente, preferia adotar o silêncio. Os pais quando souberam, admitiram que já sabiam que ela apanhava desde o primeiro dia do seu casamento. Pontuamos: “Você era violentada e se silenciava!”. Respondeu:

Quando eu tinha oito anos fui abusada sexualmente do meu irmão, por dez anos eu fui abusada por ele. Sofri muito por guardar isso comigo. Meu pai até hoje não sabe, não quero deixá-lo triste, minha mãe morreu sem saber, eu me sinto culpada por não ter contado pra minha mãe. Vejo meu irmão na rua e cumprimento ele, tento fingir que não aconteceu nada, tenho nojo, e para ele é como se nada tivesse acontecido no passado, ele age normalmente.

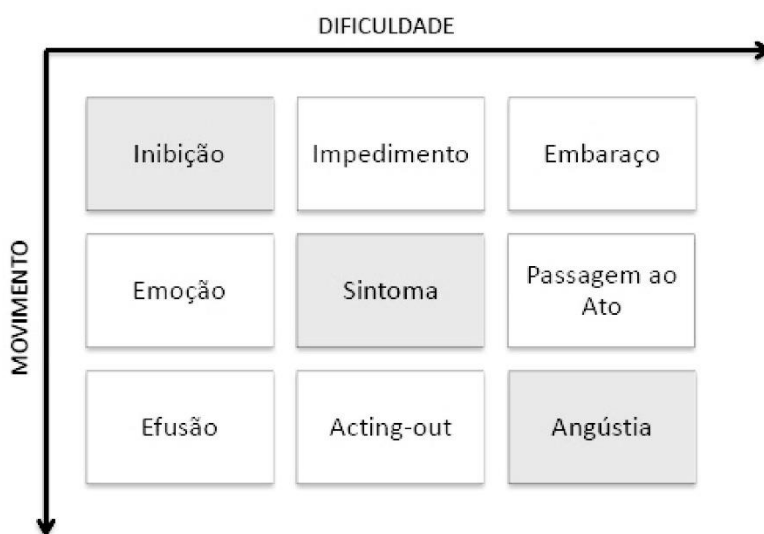
Disse que se silenciou por muito tempo. Nesse exato momento o médico plantonista, ao lado de uma enfermeira, veio visitá-la, pediu licença para conversarem com ela, informou-a do horário da sua cirurgia e se afastou. Destacamos a ela que um trabalho de análise poderia ajudá-la a tratar a angústia com a fala, era uma aposta na qual valeria investir. Respondeu-nos que já havia pensado na possibilidade, porém, disse que conhece a maioria dos psicólogos trabalhadores da Rede. Revelou a vontade de que a filha fosse atendida por um psicólogo, a jovem uma vez ou outra dizia que queria se matar. O psicólogo da Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual trabalhava se recusou atender a sua filha por terem um vínculo, serem parceiros de trabalho. Sublinhamos: “Sua filha pode ser escutada, entretanto, é tempo de você falar, escutar-se”.

No momento em que Abigail saiu do silêncio, o discurso automatizado e todo organicista que tinha foi deixado para dar espaço a uma história carregada de intensidades, o seu semblante mudou e mesmo o tom de sua voz contida ganhou um som forte. Abigail disse que queria nomes e desta vez estava decidida em procurar uma escuta, de modo que pudesse falar das suas angústias e dos seus desejos.

É notório, nestes termos, o quanto o sujeito tem a chance de entrar nas entrevistas preliminares diante do manejo da transferência, por meio de uma operação de escuta analítica

conduzida para que ele formule as suas questões e tenha uma demanda para ser analisada, saindo da condição de objeto da doença. A questão fundamental que se abriu para Abigail remetia ao seu silenciar como meio de privar o outro do sofrimento, calar a sua verdade em razão dos outros que estavam no seu desejo: os pais, os filhos e os irmãos, pessoas as quais, além do atual marido, para quem ainda poderia demandar um lugar no amor.

De modo a pensar alguns aspectos do caso, servimo-nos do quadro da angústia, utilizado por Lacan em seu seminário, livro 10, 1962-1963.



Quadro da angústia (Retirado do “Gráfico 1. Esquema da Angústia” (CALAZANS, 2015, p. 125)).

Antes, conceituemos com brevidade os elementos que estão no quadro: a **inibição** é o que tem a ver com o movimento, a locomoção é afetada, é um sintoma posto no museu, ironiza Lacan (2005a). O **impedimento** é ser tomado, obstaculizado por algo, remete a uma dificuldade de maior intensidade em relação a inibição. O **embaraço** é uma dificuldade ainda maior, o sujeito é capturado pela dificuldade de sair tranquilo de uma determinada situação. A **emoção** condiz com o impulso, um movimento, tem a qualidade evidente de “moção” ao se retirar o afixo “e”. O **sintoma** é a afirmação de um resto, simboliza a própria singularidade do sujeito, por exemplo, uma inibição e um impedimento são expressões de um sintoma. A **passagem ao ato** é um ato em seu extremo, é o sujeito que cai sem dizer. Na **efusão** há uma carência de ação e um padecimento que se acentua na angústia. A **angústia** é o afeto que não engana, aparece no ponto em que a divisão entre o gozo e o desejo, com os quais faz borda, começa a apagar. E o **acting-out**, está situado próximo à angústia e com um grau de movimento em relação ao sintoma, chamando nitidamente por uma interpretação.

Notamos no quadro duas retas de um plano cartesiano: uma [ordenada] vertical (movimento) e uma [abscissa] horizontal (dificuldade). De entrada, visualizamos desse caso um invisível traçado em diagonal, percorrendo da **angústia** a **inibição**. Sinalizamos alguns elementos do quadro de angústia de Abigail. Seguimos o traço diagonal invisível com a sua **angústia**, pela indefinição do diagnóstico de câncer, contrastando com monossilábicas frases, a sua preocupação emergia racionalizada no discurso médico, de onde a sua formação de enfermeira era originária. Do traçado diagonal ao eixo vertical, de cima para baixo, o **sintoma** e a **inibição** do discurso caminhavam lado a lado, justificando-se no saber da ciência, mesmo quando Abigail disse, até então friamente, que o seu estado emocional, a **emoção**, poderia ter sido um dos fatores impulsionadores da inflamação no cólon. A **efusão** inflamatória da parede interna do cólon culminava no seu vertiginoso adoecimento.

Conforme Abigail pôde exprimir outras preocupações em seu discurso, despontou-se um **embaraço** aprisionador e revelador, escutado retroativamente depois de tudo o que ela disse: uma série de violências sofridas ao longo da sua história. A análise do quadro angustioso de Abigail, auxilia-nos escutar uma angústia presente nos muitos anos em que foi estuprada pelo irmão e depois agredida pelo ex-marido em seu primeiro casamento: a consequente produção de um nojo (**sintoma**) do irmão e uma falta de coragem (**inibição**) para revelar aos pais e aos filhos os abusos que sofreu. Sentia-se **impedida** de transparecer as suas agruras em benefício de uma não preocupação de seus entes queridos – a “paz de espírito” deles estava em primeiro lugar. Abigail relatou que o seu **embaraço**, no silêncio amordaçante, estava lhe custando a saúde.

Mediante os conflitos que Abigail trouxe, vinculados ao silêncio, vale ressaltar o intuito da Atenção às urgências na escuta à angústia: é criar as condições de discurso para os sujeitos hospitalizados acessarem algo do Real, cifrando através da palavra como artifício Simbólico de significante. É de conhecimento dos analistas que há relevância em escutar este encontro com o Real, muitas vezes circunscrito na iminente presença da morte.

A angústia do trauma, neste aspecto, traduz-se por uma “perturbação” da realidade psíquica, em decorrência da proximidade da finitude humana, denotando uma ruptura com o princípio de prazer e a instalação da pulsão de morte (DELGADO, 2005). Dando importância a isso, a morte na Clínica da Urgência fulgura como um tema de extensa repercussão, porém, pouco trabalhada entre os profissionais da Saúde em uma direção diferente da medicina organicista.

A morte na vida ou a vida que há na morte? A vida que da morte há por se fazer

Surpreendíamos-nos com os sujeitos que escutávamos e estavam em estados críticos de saúde, cujo prognóstico anunciava uma morte iminente. De fato, essa experiência redimensionou as prévias concepções teóricas que tínhamos a respeito do tema. Perguntávamos: estariam somente externalizando o medo da morte em seus discursos, pura e simplesmente? Estariam só comentando que não iriam querer morrer e sonhavam em evitar a morte? Houve uma parcela daqueles que frente ao provável destino que os esperavam traziam os desejos que os habitavam, os quais ainda pretendiam cumprir. Outros, não queriam aceitar o seu prognóstico médico mortífero, acreditavam que poderiam sobreviver e iriam lutar por isso. Existiam os que sem terem sido avisados, do seu estado crítico de saúde, sentiam a gravidade da situação, mas, não deixavam de pronunciar os seus arrependimentos, as aspirações e os anseios por se recuperarem e mudarem o rumo de suas vidas. Atrelada a esses relatos, estava sempre uma angústia confessa. Poderíamos conjecturar: “eles estão negando a morte”, “estão recorrendo às fantasias de imortalidade em seus narcisismos”, “estão delirando por conta da alta dose de medicamentos”. No entanto, preferimos partir da reflexão de que eles estavam descrevendo uma sensível e rigorosa experiência: a relação íntima que há da vida com a morte, no que ela aponta para a verdade do sujeito.

No contexto das urgências e emergências hospitalares, é grande a proximidade da morte. O atendimento a uma significativa quantidade de pessoas com diagnósticos terminais nos impeliu a colocar o tema da morte como um aspecto da Clínica da Urgência a ser levado em consideração. Como a Psicanálise compreende o conceito de morte? O que pode o trabalhador advertido pela Psicanálise, na escuta aos sujeitos que recebem da medicina a sentença que decreta o fim de suas vidas? De qual morte e de qual vida estaríamos tratando em nossa práxis?

A célebre citação de Lacan (2008b), declarando que o desejo nunca morre, atingiu a compreensão de inúmeros casos em que as pessoas, mesmo com o corpo incrivelmente debilitado, ainda possuíam em vista os seus desejos, os seus horizontes, embora, uma boa parte delas soubesse que tão logo iria morrer. Almejavam se manter com vida, independente do seu estado de saúde, faziam da presença da morte a impulsão para o viver. Esclarecemos que não estamos querendo romantizar esse fenômeno que, inevitável a todos, irá nos alcançar, cedo ou tarde. Apesar disso, situados na escuta ao sujeito do inconsciente, nosso objetivo é o de contrapor às concepções científicas que regulam como única vida aquela que há na homeostase silenciosa dos órgãos, e, como a única morte, aquela que é atestada ao fim do último suspiro vital.

Freud (1996f), em **Reflexões para os tempos de guerra e morte**, alerta-nos dos nossos hábitos de conferir à morte o signo de uma causação fortuita, digamos, pontual. Somos convidados a pensar com Freud, numa definição de morte que extrapola a sua ideia já consagrada na sociedade capitalista. Começamos a conversar com essa reflexão ao entendermos que no inconsciente achamo-nos imortais, é o local de onde extraímos todo o hálito para a sustentação no desejo. Em contrapartida, só assumimos essa condição senão pela morte. Eis um ponto na discussão que pode se assemelhar a um paradoxo, se não percebermos os fundamentos que suportam a argumentação clínico-teórica.

Nos processos de subjetivação do pequeno *infans* de devir sujeito, há um acontecimento nomeado de castração, este faz referência à proibição do incesto. A lei paterna é inscrita e consequentemente há a entrada na realidade compartilhada, permeada pela eleição de novos objetos de desejo. Sendo assim, existe o primeiro corte com a substituição dos significantes do desejo da maternagem pelos significantes do Nome-do-Pai. Com a castração, o falo é inscrito como um significante de desejo, instaurando para o sujeito uma perda irrecuperável. A perda do objeto de desejo é sinalizada como a morte de uma primeira relação, fundante para uma produção de humanidade; no Imaginário essa relação tinha a pretensão de ser perene: a relação mãe-bebê. Portanto, a castração vivida como morte é a representação de um evento sem igual, atualizando-se para o sujeito a cada instante em que para ele há uma perda e demonstrando a ele a sua finitude.

Sobre a morte, Freud (1996f) enfatizou a sua importância e assinalou que a preparação para a morte é para poder suportar a vida. Conforme Lacan (2008b), vivemos entre duas mortes, existe a primeira, conhecida como o fim da vida dos órgãos vitais, e há igualmente uma segunda morte. O processo de análise permite a inscrição desta segunda morte, elevando-a ao estatuto de desejo, ela é determinada pelo significante. A morte para a Psicanálise é inerente ao próprio funcionamento humano, consequentemente, representá-la no discurso e simbolizar a sua dimensão intolerável é o que pode tornar possível a vida (RODRIGUES, 2000; DERZI, 2003).

Tadeu nos foi encaminhado pelo assistente administrativo do assistente social, possuía 67 anos, foi diagnosticado com um tipo de câncer no intestino em estágio de metástase. Como de hábito, entramos em um dos quartos no setor “Cirúrgicas” para nos aproximar daqueles que quisessem direcionar à palavra ao psicólogo. Ao nos avistar, a esposa de Tadeu chegou perto e disse que nos procurava, percebeu-nos dias atrás quando escutávamos um outro “paciente”. De pronto, à beira do leito de Tadeu, solicitamos a esposa que nos deixasse a sós, ele estava com um semblante triste. Disse-nos que os seus projetos de vida estavam se interrompendo, contava que havia vindo do Nordeste e perto dele trouxe todo o seu povo. “Foi uma vida de trabalho.

Carreguei muito nas costas, trabalhei a vida toda com construção civil”. Tadeu falava e se silenciava, em cada silêncio retomávamos um ponto de seu discurso para que continuasse a pronunciar as palavras. Disse que trazia muita mágoa, muito orgulho no coração.

Contou sobre a ex-mulher, revelou que na altura em que morava com ela ouviu da própria que o seu filho, de cinco anos naquele momento, não era seu. Ficou tão chateado com o que ouviu que logo arrumou as malas e veio para São Paulo. Tempos depois, descobriu que na verdade ele era mesmo o pai verdadeiro. Relatava que “formou” todos os filhos, como o seu pai o fez com ele e com os seus irmãos, fez o que podia e o que não podia. Perguntamos: “E assim: você foi como o seu pai?”. Respondeu-nos, Tadeu:

Estive com meu pai a vida toda. Trabalhei com ele até o final. Passei por todos os momentos com o meu pai. Eu não tenho medo de morrer, meu único medo é como vou olhar pra cara do meu filho que não vejo desde que ele tinha 5 anos de idade, como ele vai olhar pra mim. Meu filho é empresário hoje, trabalha em transportadora, ontem me ligou e disse que pegou o avião pra me ver, vai chegar amanhã, vai vir pra me levar pra morar com ele no Nordeste. Ah, a mudança, não quero mudar, não gosto da mudança.

Pontuamos: “Penso que vale você falar da mudança”. Tadeu:

Tenho medo, não sei como vou olhar pra cara do meu filho, é meu orgulho, minha mágoa. Tenho raiva daquela mulher, a mãe dele, ela jogou o meu filho pra minha irmã criar e só agora fico sabendo que sou o pai verdadeiro. Ele cresceu longe de mim.

Tadeu insistentemente discorria sobre o seu receio em relação ao filho, da vergonha em ter que olhar na cara dele, mesmo depois de tanto tempo o filho fazendo questão de vê-lo e querendo levá-lo para o Nordeste, para perto de si. Lançamos a Tadeu: “pai não é só presença, é nome”. Tadeu nos olha e diz: “E ele carrega o meu nome. Eu sei, eu sei, é que é difícil de dizer, não sei o que vou dizer pra ele. O que vou dizer então quando eu ver ele!?”. Dizia em tom de afirmação, porém, como se estivesse nos perguntando. E emendou: “eu estou orgulhoso, se morrer eu morro feliz e de missão cumprida. Tô com orgulho por esse filho, ele tá vencendo na vida”. Desta vez, o orgulho que antes tinha um sentido de “rancor” e de tristeza, surge com um sentido de reconhecimento e de papel cumprido. No início, Tadeu discursava as tantas coisas que davam um nó na cabeça, que dão nó na cabeça de “homem”, comentava, dentre elas, do seu projeto de vida.

Encerramos a sessão no ponto em que ele disse que queria olhar para o passado, para o que viveu, assim conseguiria pensar o seu projeto de vida. Tadeu receberia alta, iria esperar de casa a liberação de uma vaga no Hospital de Câncer de um município da região. Em particular,

conosco, a enfermeira chefe dialogava sobre Tadeu como se ele estivesse quase morto e a Santa Casa não tivesse outra saída que não lhe dar alta, estavam incomodados com a sua família. Pontuamos para ela apenas o fragmento da sessão em que Tadeu revelava o seu maior desejo, visto que ele sabia do pouco tempo de vida que lhe restava.

Na sessão seguinte, embora soubesse que iria morrer em breve, parecia empolgado, arguia que o seu projeto de vida era conseguir ver o filho empresário, bem sucedido. Sublinhamos a Tadeu que tratar do projeto e deste nó na cabeça era necessário. No início da sessão, chegou a revelar que tempos atrás foi diagnosticado com um pequeno tumor, mas preferiu deixar quieto, não o estava incomodando.

Considerando que Tadeu não retornou para casa e não conseguia a vaga no hospital do Câncer, continuamos o seu tratamento pela palavra. Na terceira sessão abordou o trabalho e o quanto ele era a sua vida. Era trabalhador de construção civil e atualmente era um pequeno agricultor, sentia-se bem em seu ofício, relacionava-se com os animais e as plantas como se não os usasse, disse que eram a sua vida. “Quero lutar, quero viver, meu filho ter vindo me visitar me ajudou a querer viver, vou brigar”. Disse que o seu filho veio do nordeste lhe ver, contou que ao avistá-lo depois de 40 anos sentiu a angústia que possuía no peito se destravar, confessou para ele o quanto o amava e sobre a mentira que a mãe dele criou para separá-los.

O filho trouxe o exame de DNA para mostrar ao pai, comprovando que eram mesmo pai e filho.

O filho do orgulho, meu filho queria me levar para o nordeste, falou que iria arrumar um jato pra me levar. Ele tá bem sucedido, fico com orgulho. A angústia que eu tinha não tinha explicação, não sabia se era meu filho. Por não saber, isso me consumia.

Contou que a sua vida foi ajudar os outros. Foi líder comunitário, conseguiu melhores condições de moradia para os moradores de seu bairro. “Eu sou a referência, eu fiquei no lugar do meu pai, eu sou o patriarca. Ocupo o lugar do meu pai porque sou o mais velho, meus irmãos todos me procuram pra conselho, graças a deus tão todos bem”. Disse que as irmãs moravam na Europa e todas eram bem casadas. Não se arrependia de ter ajudado quem ajudou. “Vê hoje? Preocupam comigo, pareço artista da Globo, meu celular não pára. E agora é uma luta, quero tratamento”. Perguntamos: “E essa luta da qual você fala? Tem um lugar importante”. Respondeu: “É isso, vou lutar, é comigo essa luta. É, agora chega de lutar pelos outros, preciso nesse momento lutar por mim, pela minha vida”.

Mesmo sabendo que o início do trabalho com a psicóloga do seu bairro estava com a data encaminhada pela UBS, para não deixar de marcar esse movimento dele, pontuamos

encerrando: “É uma luta sobre a qual quero continuar a escutar”. Completou-nos Tadeu: “Está bom, vamos continuar, volte [referindo-se ao seu leito] que eu vou estar aqui”. Apesar de nesta fala ter nos parecido uma inversão de demanda no discurso de Tadeu, a julgar pelo lugar de onde estávamos, ele manifestou o desejo de continuar a dizer de si e isso nos mostrou um desejo de manter trabalhando subjetivamente o seu impasse – relacionado ao destino do “câncer” de que padecia. “Meu único medo agora é o câncer, com meu filho já falei frente a frente, agora é contra o câncer que eu quero lutar”.

O prognóstico médico contrariava o seu desejo de viver, porém, não era motivo para que Tadeu desistisse da luta, como ele mesmo gostava de afirmar. Em muitos casos que acompanhamos, os sujeitos não traziam uma questão fundamental para equacionarem, incomodando-os a ponto de quererem se reposicionar diante do sintoma, a sua questão era anterior a isso. Entretanto, eram sujeitos que relatavam que ao falar se localizavam nos seus sofrimentos, compreendiam melhor o que lhes acontecia.

Tal como na clínica *sticto sensu*, o trabalho de análise não tem garantia alguma, mas se mostra como uma oportunidade dos sujeitos de alinhavarem um nó na angústia e desatar o nó do embaraço, similar a Tadeu que revelava ter um nó na cabeça (referindo-se aos seus pensamentos). O procedimento clínico-terapêutico com a palavra pretende suturar, com o significante, a parte ingovernável e destrutiva do Real que invade a realidade. Conforme esta reflexão, recuperemos o que nos disse uma mulher em atendimento: “a palavra é como o bisturi que ajuda a suturar, só que aqui ela tem a função de auxiliar a sutura das partes feridas da alma”.

No início, fomos à beira do leito de Tadeu porque a sua esposa relatava que ele estava muito abatido. Ao expressar as suas tristezas e angústias ele pôde comentar sobre o seu pai, conseguiu “formar os seus filhos” tal como o pai também havia conseguido. Tadeu sabia da gravidade de seu caso, porém, ao mencionar que se angustiava por não conseguir rever o filho, de quem descobrira recentemente que era pai, sinalizou que tinha um projeto de vida para ser realizado antes da morte. O significante “orgulho e mágoa no coração”, com o trabalho da palavra, foi cerzido no Real e metaforizado pelos significantes, agora, inscritos simbolicamente: “orgulho de ser pai” e “orgulho de filho”.

Tadeu notou que ser pai é algo que é dito pelo nome: o “orgulho” de se autorizar a estar no lugar de pai. De acordo com as suas próprias palavras, precisava olhar o passado para pensar a vida. A questão com o pai, ter sido o pai como o seu pai foi, poder ser o pai que queria ser para o filho que não conheceu, era importante dentro de seu projeto de vida, erguido após descobrir a iminência de sua morte. O desejo de viver era mesclado com a sensação de dever cumprido, disse em uma dada sessão.

Colocadas estas questões, aceitar a morte seria aprovar a sua certeza com o desejo de viver? Freud (1996f) criticou as concepções de morte vigentes na sociedade, arguindo que a consideração nossa pelos mortos, lastimando uma morte a qual nem mesmo eles dela precisam, para a maioria é maior do que a consideração pelos vivos. Freud lamentava como a vida podia ser triste ao ser encarada como um jogo de xadrez, desistirmos dela frente a qualquer passo em falso que damos. Do lado da clínica psicanalítica em Lacan, o corte das sessões tem uma função relevante, visa o rompimento com o gozo, representado na morte da Coisa [*das Ding*] pelo uso da palavra, a espessura angustiosa e irrepresentável do Outro, na dialética prazer-desprazer.

Rodrigues (2000) propõe que a escuta analítica instaura com os cortes uma morte que leva à vida, a ruptura de um tempo para o exercício de criação de outros lugares a serem habitáveis pelo sujeito. A estrutura do trabalho analítico seria encontrada entre as funções de vida e morte, o nomeável e o inominável. Em relação aos sujeitos próximos da morte, estamos de acordo que é fundamental que o operador da escuta tenha vivido a sua própria morte em sua análise, despir-se dos seus narcisismos exige o confronto com a própria morte.

Sobre o tema, anotamos esta sábia menção de Lacan em relação a morte:

[...] o ser humano comum regula sua conduta a partir do que é preciso fazer para não arriscar a outra morte, a que consiste simplesmente em abotoar o paletó. *Primum vivere*, as questões de ser são sempre rejeitadas para mais tarde, o que não quer dizer que não estejam sempre no horizonte (2008b, p. 359, grifos do autor).

Não se trata de negar a morte, acreditar que não há o fim de um estado fisiológico do corpo, mas, vale salientar a existência também de mortes no decurso da vida e ponderar o nascimento, a visibilidade de novas existências que aparecem após o término delas. Entre a vida e a morte, mais do que a inércia da espera de uma solução a vir do outro, sabe-se lá quando, na Clínica da Urgência, o ato e as respostas do sujeito do sofrimento têm um papel perante os traumas e as condições propícias para a operatividade do dispositivo analítico.

Clínica do *acting-out* e da passagem ao ato

Em virtude de seus atos, os sujeitos eram apresentados por meio de seus corpos combalidos e recém fraturados: as escolhas que fizeram anterior ao Acidente, as suas atitudes que resultaram em graves consequências, os comportamentos irrefletidos em situações de risco à vida. Observamos que uma das questões para a Clínica da Urgência é a sua característica de ser uma Clínica do Ato, a escuta aos sujeitos que padecem da queda do significante. Um dos

fundamentais impasses dos sujeitos, era a sua dificuldade por não encontrarem palavras que pudessem representar o embaraço.

Há ao menos dois elos que unem o *acting-out* à passagem ao ato, são eles: a inexistência da fala e a não relação do saber inconsciente com a análise. Segundo Sotelo (2007c), a Clínica da Urgência é a clínica do *acting-out* e da passagem ao ato. Concordamos com a afirmação e, ao mesmo tempo, ajustamo-la na especificidade das urgências hospitalares, onde a demanda que se apresenta se refere, de início, a um impasse na estruturação orgânica corporal. No entanto, trazermos o *acting-out* e a passagem ao ato para a discussão é de extrema relevância para a Clínica da Urgência, haja vista, a necessidade do trabalhador advertido pela Psicanálise estar atento quanto ao que se trata de questão para o sujeito e manejar os possíveis desdobramentos transferenciais disso.

Lacan (2005b), em “O Seminário, livro 10: a angústia”, diferencia a passagem ao ato do *acting-out*. Na passagem ao ato o sujeito está apagado, ele despenca, não diz e se precipita, lançando-se para fora da cena. A cena da qual discursamos é esta por onde se constitui a linguagem, a estruturação subjetiva de uma realidade habitável. O momento de maior embaraço para o sujeito é o da passagem ao ato. “Ele vira fumaça, como se costuma dizer, e, é claro, retorna, o que talvez lhe dê ensejo de ser valorizado. A partida é justamente a passagem da cena para o mundo” (LACAN, 2005b, p. 130). A metáfora de passar da cena para o mundo não é mera alegoria textual, repousa neste trecho uma alusão ao desnudamento de um mundo e seu caráter cessível. A cena e o nó Imaginário que nos liga a ela, tecido ficcional criado por intermédio da relação com o Outro (campo do Simbólico representado nos referentes maternos e paternos, através dos quais a verdade se constrói), desenlaçam-se do sujeito restando ele próprio como objeto caído, abolido. Recuperamos o discurso de um sujeito que atendemos após uma tentativa de suicídio frustrada, ele foi salvo por um amigo que o encontrou se enforcando: “eu só queria me matar, quando ela disse que não voltaria mais comigo eu me senti no chão, não consegui pensar em nada, a tristeza foi tão grande que sem pensar fui atrás de uma corda e tentei me enforcar com ela”.

Com Freud (1996g), em “Recordar, repetir e elaborar”, notamos no *acting-out* uma caracterização fenomênica diversa da passagem ao ato. Neste caso, o sujeito repete enquanto ação, ao não recordar aquilo que recalcou e conseqüentemente ficou no esquecimento. No lugar da lembrança, aparece uma ação oriunda de uma repetição inconsciente. E isto muitas vezes se manifesta em sintomas: desmaios pontuais e bem localizados no contexto, paralisias nas pernas, crises incontrolláveis de choro, momentâneos desconfortos estomacais e outros. A repetição tem as características de [querer o] retorno do “mesmo” e da repetição da diferença, ao se esbarrar

no fracasso, na impossibilidade da restituição da célula narcísica (LACAN, 2008a). Sublinhamos o que disse uma acompanhante em atendimento, ela estava com o ex-marido, internado por conta de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e um enfisema pulmonar. Contou-nos que durante o seu tempo de casada apanhou muitas vezes, aguentou humilhações e, mesmo separados, há um tempo é uma espécie de cuidadora do seu ex. Revelou ainda que viveu de maneira similar esse tipo de relação com a mãe, sendo abandonada por ela quando contava com 8 anos de idade. A mãe teria morrido das mesmas causas que acometeram o ex-marido. Ao descobrir o estado de saúde da mãe, ficou próxima dela até a sua morte. Disse que às vezes sentia incômodos estomacais, não tendo a causa das dores sido identificada por exames clínicos e pela medicina. A respeito da pequena vinheta clínica, onde escutaríamos a repetição e o *acting-out*?

Encontramo-los entre o ex-marido e a mãe. No que diz respeito ao ex-marido que a maltratava, abandonava-a e a espancava, trouxe em seu discurso a mãe que não a amava e que a abandonou quando possuía 8 anos. A repetição se assinalava nas semelhantes experiências em diferentes papéis (de esposa e filha) e o *acting-out* nas constantes reclamações das “fantasmagóricas”, invisíveis à ciência, dores de estômago. A repetição e o *acting-out* se condensavam em um apelo: o pedido de amor a quem não podia amá-la. Essas nuances do *acting-out* é o que desponta nos atos dos sujeitos, sendo sempre endereçados ao Outro na forma de apelo. E é nesse sentido, em seu surgimento velado, como verdade não-toda, que ele é um sintoma.

A escuta analítica a esses fenômenos objetiva estar à disposição do particular de cada caso, advertiu Sotelo (2007c). Há uma problemática ética, que ronda aquele que está avisado pela Psicanálise respondendo com o seu ato, a qual inclui um sujeito se responsabilizando pelas suas escolhas frente a urgência e não mais impulsionado por uma ação desprovida de *dizer* (COX, 2011). Por outro lado, no terreno das urgências orgânicas hospitalares as passagens ao ato e o *acting-out* possuem uma conotação diferente, são eventos recepcionados pelo Estabelecimento institucional para serem tratados sob o viés da reparação dos danos físicos do corpo.

Isso é o suficiente para asseverarmos a existência de uma vinculação com a transferência. Os sujeitos no hospital apresentavam a sua questão como de antemão localizada em um organismo, órgão ou ferida, supondo um saber nas tecnologias terapêuticas-cirúrgicas das ciências médicas. *A priori*, não é descabido lucubrarmos que as pessoas ao irem ao hospital não estão pensando em viver uma experiência de Psicanálise quando para lá são levadas. Nestas ocasiões, necessariamente o trabalho do operador da Psicanálise exige reconhecer a instituição

na qual está inserido, considerando a multiplicidade das políticas e dos conjuntos de ações que a atravessam⁶⁰ (COSTA-ROSA, 2019).

De modo a delinear as concepções de urgência e emergência do ponto de vista da realidade psíquica, postura contraditória às noções biomédicas zeladas pelo hospital, precisemos quais eram as ofertas de Atenção que destinavam aos tipos de encomendas que vinham do público. Via de regra, as práticas de saúde respondiam às situações, sob a regulamentação, de urgência e emergência. A urgência significaria a existência de um risco de evolução dos casos para um agravamento da saúde que possa ser fatal à vida humana, as queixas recepcionadas eram: fraturas, asma, feridas, sofrimentos de tipos variados, encomendas que não ofereciam um risco iminente à vida. A emergência, por sua vez, requer um imediato atendimento para que não haja exacerbação de agravo nas funções vitais do organismo, as encomendas sociais relacionadas eram as hemorragias, os infartos, os traumatismos, os acidentes vasculares, os acidentes de trabalho e de trânsito. As queixas em emergência são vistas como representativas de um iminente risco à vida. No discurso oficial da “instituição Saúde”, a urgência e a emergência são olhadas em prioridade como protocolos e não processos, o parâmetro é a vida em seu quadro clínico visível, físico e sem perturbações da homeostase (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Partindo de outro prisma, nossa motivação ética é inserida pelo anverso das urgências e emergências médicas-organicistas-protocolares. Oferecemos uma perspectiva Outra, atenta aos impasses que dizem respeito à realidade psíquica (*Realität*), no que esta foi afetada pelos abalos que incidiram no corpo: os eventos que chocam, obrigam os sujeitos a se confrontarem com o inesperado e com aquilo de que não se pode esperar.

O tempo na urgência

À vista disso, introduzimos com a práxis nas urgências a noção de tempo lógico, como uma alternatividade dialética em relação ao tempo institucionalizado do Estabelecimento. Estamos de acordo com a agilidade das equipes médicas e de enfermagem em resposta à iminência da morte e ao risco que os sujeitos incorrem, em razão da debilidade de seus estados de saúde. Sem embargo, em paralelo escutamos um tempo correspondente ao inconsciente, o qual é impactado na colisão com os acontecimentos que a realidade impõe. Durante a escuta à urgência orgânica atuamos segundo a concepção de tempo lógico, de maneira que a partir de

⁶⁰ Esse assunto está explorado com mais detalhes no Ensaio 1 desta Tese.

nossas intercessões houvesse produções de urgência subjetiva. Para tanto, aliada a compreensão de que o tempo do sujeito do inconsciente não era o mesmo da burocracia, existia a Clínica que sugeríamos.

Freud (1996h, p. 171) cria a ideia de *Nachträglich* (só-depois), para ele a tarefa terapêutica da psicanálise “consiste em duas coisas: tornar consciente o material reprimido [recalcado] e descobrir as resistências”. O evento adquire importância para o sujeito só-depois. O que confere o caráter traumático ao acontecimento não é como ele se deu no instante em que ocorreu, mas sim a forma como o sujeito o experimentou e o pôde reviver com o auxílio do recurso à fantasia. O “só-depois” é formulado por Jacques Lacan em torno dos significantes, um significante ao ser inscrito retroage sobre o significante anterior, alterando a cadeia de significantes e por consequência a posição do sujeito frente ao desejo (KAUFMANN, 1996).

Dito de outro modo, o sujeito ao concluir uma compreensão acerca de um determinado evento, sobre o seu lugar no período em que este teria sido vivido, pode produzir uma significação outra em relação à experiência, reposicionando-se diferentemente nas situações que a atualizam. Lacan (1998a) nomeia a experiência subjetiva do tempo em: instante do olhar, tempo para compreender e momento de concluir.

Esses tempos são apresentados na Clínica da Urgência em sua particularidade.

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. No tempo de compreender, o sujeito é muito mais da ordem do eu Imaginário que se espelha no outro (SILVA, 2003, p. 14).

Na citação, lemos que no tempo de compreender o sujeito é mais da ordem do eu Imaginário, porém, há um detalhe nesta afirmação, no sentido de que não podemos esquecer de que é justamente no tempo do Imaginário que ocorre a fundação de uma primeira noção de corpo – constituída por meio da relação com o Outro. A reflexão que nos cabe remete à experiência do sujeito nas urgências e emergências hospitalares. Dos locais onde estão com os seus corpos fraturados, o desespero que eclode é aquele que atualiza a angústia do corpo fragmentado, topicamente anterior ao espelho. Seguindo esta lógica de raciocínio, na urgência o tempo para compreender está suprimido, na medida em que o instante do olhar e o momento de concluir estão encurtados.

Ao inexistir a compreensão, o sujeito se apressa para concluir o instante do olhar, que, como disse Lacan (1998a), é o instante de um *flash*, aquilo foi possível o sujeito olhar no instante do Acidente. Nesse caso, a conclusão do instante, sem o tempo para compreender, está

reduzida na anulação do sujeito como capacidade pensante-reflexiva: “sou apenas um corpo dilacerado que se apresenta”.

Em razão disso, a ação do dispositivo analítico residiria na tarefa de dilatar a lacuna entre o instante de ver e o momento de concluir para incluir o tempo de compreender, acrescentamos que essa operação precisaria alcançar o sujeito do tratamento e a equipe. No hospital, enfatizamos que a escuta analítica pretendeu instaurar um tempo de pausa, de modo que houvesse um lugar para se compreender as inquietações. “*Es invitarlo a que en este tiempo, cuando se le pregunta por su mamá, su papá, su hijo, su amante, su trabajo, sus lazos, sus inquietudes; el sujeto pueda abrir un tiempo de comprender*”⁶¹ (SOTELO, 2007d, p. 33). Assim por dizer, a única pressa intencionada que tínhamos era a de precipitar o tempo para compreender operando com as escansões e o corte.

Vejamos que nestes termos, o significado de tempo lógico no campo lacaniano atinge igualmente as sessões de Psicanálise⁶². As escansões ocorrerem em qualquer momento e as sessões são interrompidas sem aviso prévio, independente dos minutos que já se foram, privilegiando-se o tempo lógico ao invés do cronológico. Os cortes vislumbam a emergência de enunciação dos discursos e o distanciamento entre o dizer e o dito. E é no só-depois, no retorno a cada sessão, que o sujeito alcançará as conexões significantes com as sessões anteriores (KAUFMANN, 1996). Portanto, no que concerne a práxis ficou mais do que evidente que as articulações das variadas respostas dos sujeitos na urgência, em exclusivo, conquistaram a sua amarração ao terem sido criadas condições para que a experiência subjetiva do sofrimento existisse.

A ESCUTA À URGÊNCIA ORGÂNICA COMO DISPOSITIVO DA URGÊNCIA SUBJETIVA: a inscrição de um significante

A reflexão ulterior aos atendimentos provocou a conclusão de que existiram diferenciadas expressões da urgência nas vivências. Não necessariamente categorizamos de forma cronológica as manifestações, entendemos que estas foram os modos em que os sujeitos conseguiram apresentar a sua queixa e a sua demanda, em resposta ao tratamento analítico que lhes foi ofertado.

⁶¹ É convidá-lo para este tempo, quando lhe perguntam sobre sua mãe, seu pai, seu filho, seu amante, seu trabalho, seus laços, suas preocupações; o assunto pode abrir um tempo de compreensão (tradução independente).

⁶² É preciso frisar que esta prática de manejo do dispositivo analítico é contrária ao que de costume fazem os psicanalistas vinculados à *International Psychoanalytical Association* [Associação Psicanalítica Internacional] (IPA), com os seus tempos cronometrados de 50 minutos nos atendimentos

Arquitetamos de maneira minuciosa o significante “urgência” em conjunto com o significante “clínica”, a fim de justificar a complexidade existente nos termos que compõe o dispositivo proposto para o campo da Saúde hospitalar. Assentimos com Holck (2013) que a urgência aparece em ocasiões não convencionais para o trabalho de análise, é marcada por um pedido prévio à inscrição do significante da transferência e pode em simultâneo causar um desejo de análise.

Além disso, encontramos nas configurações do conceito 7 modos de o formalizar por meio da práxis: 1) Urgência propriamente dita; 2) Urgência orgânica-generalizada; 3) Instalação da urgência; 4) Urgência subjetiva; 5) Urgência social; 6) Intercessão na urgência; 7) Urgências e suas conclusões.

Urgência propriamente dita

Caracterizamos a urgência propriamente dita em uma definição mais geral, como a reconhecemos no princípio. Anunciamos uma circunstância em que Lacan (2003d) utiliza o significante “urgência”. O psicanalista se pergunta sobre qual razão motiva alguém a querer trabalhar como analista além daquela de receber o que é chamado de grana. A satisfação que marca o fim da análise parece ser a resposta, a outra razão que o próprio Lacan nos deixa entrever.

Posto que dar essa satisfação é a **urgência** que a análise preside, interroguemos como pode alguém se dedicar a satisfazer esses casos de **urgência**.

Aí está um aspecto singular do amor ao próximo salientado pela tradição judaica. Mesmo interpretando-o de maneira cristã, ou seja, com um c... gar-e-andar [jean-f... trerie]², o que se apresenta ao analista é algo diferente do próximo: é a indiscriminação de uma demanda que nada tem a ver com o encontro (com uma pessoa de Samaria, apropriada para ditar o dever cristico). A oferta é anterior à solicitação de uma **urgência** que não se tem certeza de satisfazer, exceto depois de pesá-la (LACAN, 2003e, p. 569, **grifo nosso**).

Portanto, a satisfação que dita Lacan não seria outra senão a de o sujeito se ver confortável para encarar os seus “dragões”, os conflitos que o rodeiam e são explicitados em seus sintomas. Nesta sequência, a singularidade da práxis psicanalítica é evidenciada na não-discriminação das demandas subjetivas por ordem de virtudes ou *status* social privilegiado. Além de não garantir certezas às demandas urgentes, a não ser em seu só-depois. Estes dois traços da práxis da Psicanálise seriam anteriores à uma urgência por serem antes de tudo princípios éticos. Ao escutar Lacan na seguinte citação: “Assinalo que, como sempre, os casos de **urgência** me atrapalhavam enquanto eu escrevia isto” (LACAN, 2003e, p. 569, **grifo nosso**),

sentimo-nos à vontade para acreditar com ele de que no cerne de suas preocupações, anterior ao dinheiro que o analista recebe, mesmo que este faça parte do valor do seu trabalho, estão os pedidos dos sujeitos que clamam por uma pressa em ter as suas respostas. É por isso então que a eles oferecemos uma análise, sem refutarmos a materialidade de suas demandas.

Delgado (2005) sugere que a urgência provém de dois significados, o primeiro é designado pelo discurso médico, associa-se ao dispositivo assistencial e aos seus procedimentos institucionais. O outro entendimento do termo se refere ao modo como os sujeitos chegam. A urgência seria composta por dois elementos, os quais traduzimos como o sofrimento dos sujeitos e a questão do tempo, suprimida nessa ocasião, restando o instante de se deparar com a dor e a súbita conclusão de que se é refém do próprio encontro com o Real e da angústia.

João Paulo estava internado no hospital pela terceira vez, pela mesma situação, os seus dizeres ilustram os elementos que compõe a urgência, internado por causa de uma grande ferida que se abriu no pé, em decorrência da diabetes, chorava e reclamava das dores ocasionadas pela raspagem que fez, disse que não aguentava mais ficar no hospital, queria ir embora logo, mencionou que estava irritado. “Eu choro porque essa irritação dói o coração, deve ser um castigo, não tem porque Deus me castigar, eu não ‘fizu’ nada”. Nádia em sua urgência, era uma jovem de 17 anos, estava internada na UTI com a glicemia alta pelo motivo da diabetes, contou que não sabia o que tinha acontecido, só lembrava de estar na ambulância, entretanto, revelou que achava estranho isso. Quando falava, disse que os motivos que levaram a glicemia aumentar se deviam ao seu “emocional” ou a alimentação. Kátia por sua vez, de 18 anos, amedrontava-se com a cirurgia de desvio de septo, recusava-se a se deitar na maca, dizia-se muito tímida e ter medo de tudo, sem coragem para enfrentar os desafios.

A urgência nos exemplos referidos retratou uma interrupção para os sujeitos em variados segmentos de suas vidas, no trabalho, na família, no círculo de amizades, na religião, nos espaços onde os seus movimentos se faziam presentes. Outrossim, ocorreu o surgimento de sintomas, isolados de respostas que poderiam deslocar os sujeitos da sideração e do estado de choque, uma vez que estavam fixados numa repetição, na sua face de pulsão de morte. A palavra estava desligada da representação e o que reverberava eram os impulsos à autodestruição. Dentre os muitos sintomas derivados da urgência, estavam as fortes inibições, as paralisias de membros corporais, as crises de asma, de choro e as inclinações agressivas (DEGALDO, 2005; SOTELO, 2007d).

A urgência propriamente dita, então, é demonstrada por uma ruptura seguida de uma irrupção de sofrimento para os sujeitos. Sem localização precisa quanto ao que realmente lhes mobiliza, os pedidos dos sujeitos estavam figurados como gritos, períodos deprimidos e de

ausência de sentido às insuportáveis dores. Muitas vezes, o impacto do trauma era tão grandioso que os sujeitos se avistavam afundados em um *non-sens* [não-sabido] absoluto, plenamente irrepresentável e privado de reconhecimento de si na dor que os correspondia. Deste jeito, esta caracterização de urgência coaduna com a urgência orgânica-generalizada e com o destino que as Ciências Médicas a ela fornecem.

Urgência orgânica-generalizada

A urgência orgânica-generalizada era o ponto de partida do discurso médico, era o modelo de compreensão e tratamento dominante no hospital. Nesta feita, interrogamos: em que medida a urgência orgânica-generalizada se afinava ao modo no qual se encontrava o sujeito do sofrimento e em que ponto ela era delimitada à maneira como o saber médico a conhecia e a conduzia?

Definimos que a urgência é orgânica no que ela aparece realmente como um abalo radical ao organismo biológico humano e, generalizada, naquilo que não possui de uma precisão ao sujeito sobre a sua parte no processo de adoecimento. A dor é vista ainda como algo externo e de todo indiferente ao sujeito, sem qualquer participação sua no sofrimento que o inclui. Não existem perguntas do gênero: “por que é a terceira vez que estou internado e por que estou tão irritado com essa dor?”; “por que o medo da cirurgia tanto me apavora?”; “por que não me incomodo com a elevação da minha glicemia e com o fato de que estou internada numa UTI?”.

Para as Ciências Médicas, como diz Clavreul (1983), as informações sobre e do “doente” são organizadas e usadas pelo médico para desconsiderar o seu conteúdo, assim como, a sua participação no tratamento. A urgência orgânica-generalizada para a medicina é esvaziada de significações e circunscrita numa causalidade universal, tudo para que a morte seja adiada e a vida e o gozo sejam regulamentados (CLAVREUL, 1983; SOTELO, 2007d). Jair, por exemplo, exprime esse mote. No setor “Cirúrgicas” do hospital, ele estava com o pé enfaixado, disse que a perna estava quebrada, porém, sentia mesmo era o nervo esticado. Relatava sobre o seu conhecimento de açougue e do seu desejo pela profissão, não atuava como açougueiro por não ter conseguido emprego na área. Revelou que o seu dedo não respondia aos movimentos que queria pelo fato de o nervo da sua perna estar inflamado, logo, não era somente a perna que estava quebrada. A despeito do seu saber, disse que o médico não acreditava nisso e queria o mandar de volta para casa. Falou que o médico não ouvia o que ele estava sentindo. Temia que a sua perna fosse amputada, caso a sua situação clínica se agravasse.

Belaga (2005) e Sotelo (2007d) contribuem conosco ao afirmarem a impotência do discurso da ciência (determinista, causalista e universalista) diante dos casos cujas demandas escapam ao seu arcabouço teórico-técnico, enciclopédico e tautológico. A compreensão de que se trata, portanto, é de que a generalização da urgência estaria falando de um traumatismo, localizada nos níveis do coletivo e do singular. O trabalhador advertido pela Psicanálise, ao avesso dos discursos reducionistas, veneradores da “doença”, teria a função de escutar a urgência orgânica-generalizada e deixar emergir o sujeito, desta vez, com a oportunidade de prestar atenção ao não-sabido, aos significantes outros que podem advir do trabalho subjetivo.

Instalação da urgência

Esse plano da urgência foi retirado do esforço que tivemos para construir um campo transferencial, de maneira que os sujeitos viessem a produzir episódios de urgência subjetiva. A instalação da urgência foi assimilada pela marcação de dois momentos: a irrupção da crise e a prontidão da escuta analítica em recepcioná-la. Vejamos que este horizonte reflexivo-teórico dá continuidade a uma ideia de urgência enquanto processo. A crise tem o seu lugar produtivo e não nos assemelha como um episódio a ser evitado, é a emergência de uma abertura para a produção de um novo, as novas chances de rever impasses que até então não teriam sido possíveis de serem escutados se não houvesse a crise (COSTA, COSTA-ROSA, 2018; COSTA, 2019).

A crise nos trabalhos de Costa-Rosa (2013a), representa a oportunidade de um resgate de sua dimensão crítica. Neste contexto, o que é crítico é o desatamento do nó que constitui a realidade psíquica para o sujeito, nomeado por Jacques Lacan de nó borromeano. Segundo Lacan (2007), o corpo só tem estatuto de respeitável graças a este nó, composto pelos registros psíquicos: Real, Simbólico e Imaginário. Conforme Jorge e Ferreira (2005), o Real é o que existe, o Imaginário diz respeito ao narcisismo e o Simbólico se localiza entre a linguagem e o inconsciente.

[...] trata-se da própria definição do nó borromeano –, que sustento a ex-sistência do terceiro e, especialmente, daquela do real em relação à liberdade do imaginário e do simbólico. Ao sistir [sistir] fora do imaginário e do simbólico, o real colide, movendo-se especialmente em algo da ordem da limitação. A partir do momento em que ele está borromeamente enodado aos outros dois, estes lhe resistem. Isso quer dizer que o real só tem ex-sistência ao encontrar, pelo simbólico e pelo imaginário, a retenção (LACAN, 2007, p. 49, grifo do autor).

Ao que Lacan aponta como o que retém o Real, pelo Simbólico e pelo Imaginário, definindo assim, o nó borromeano, sublinhamos o que o psicanalista diz sobre o *sistir* do Real, fora do Imaginário e do Simbólico, em seu movimento de limitação. O desligamento dos nós concernentes ao nó borromeano, é o mesmo que a aparição da realidade se impondo em seu caráter de limite, limite ao sentido e às capacidades de simbolizações a partir do vazio. Sendo assim, o Real se impõe e o corpo sofre o impacto deste encontro, factível no ponto em que existiu um curto-circuito no Simbólico.

Complementamos com as afirmações de Cox (2011), a autora disse que a urgência se instala quando a amarração dos registros psíquicos é desfeita e o sujeito é confrontado com o Real, inominável e não passível de ser [todo] simbolizado. A psicanalista diz que é preciso legitimar a urgência, sem oferecer a ela uma resposta ou um saber prévio e, para intervir, precisamos entender o que estamos chamando de urgência, ou, de urgência subjetiva. Concordamos com ela, em relação a necessária tomada de ciência, da parte que cabe ao operador da escuta, do que é nomeado por urgência e de que é preciso a transferência com a Psicanálise para que haja urgência subjetiva. Adicionamos, enfáticos, que é importante que o sujeito leve em consideração o seu impasse como uma causa para um trabalho subjetivo, evidentemente, pela ação de quem o escuta. Entretanto, divergimos da autora em um ponto, concebemos que diante dos excessivos apelos não se trata de não respondermos, mas sim, de nos perguntarmos a respeito do estatuto das respostas possíveis a serem “emprestadas”, ao notarmos que na urgência a ausência do sentido é vivida como um esmagamento da palavra e uma elisão do sujeito.

No caso de Kátia, a jovem estava temerosa por aquilo que lhe poderia acontecer, por conta de sua condição de tratamento. Pouco falante e monossilábica, estava visivelmente absorvida pela iminência de viver um corte cirúrgico em seu nariz. Revelou-nos ser tímida ao começar a discursar livremente, disse que era uma questão sua. Admitiu que sentia falta de ar por causa do “desvio” de septo nasal. Sublinhamos o significante “falta”, ela ficou nos olhando, e então resolvemos dizer a ela: “Essa palavra é um significante. Ela contém mais de um sentido, o que lhe parece?”. Respondeu-nos: “falta, falta da minha avó. A minha avó que eu gostava muito e que morreu. A falta tem a ver com a minha avó? Ela me acalmava. Sou muito ansiosa”. Julgamos que a função do psicólogo avisado pela Psicanálise, em sua presença de escuta e ressonância aos ditos dos sujeitos, permitiu a emergência de seus *dizeres*, as múltiplas manifestações do inconsciente, na particularidade de Kátia, no modo de seu sintoma: “sou muito ansiosa”. O uso da palavra para Kátia foi como uma produção de efeitos do Simbólico no Real, coincidindo com algo de uma retenção deste ingovernável, colonizando-o à sua borda

e o atando a uma representação possível do irrepresentável. Ela pôde inscrever um significante no lugar do exacerbado da relutância e do temor de entrar na sala de cirurgias.

A instalação da urgência na cena exibida, portanto, convida pensarmos sobre ela em torno dos três registros psíquicos, construindo-a ao passo que estes “nós” possam estar ligados para que o sujeito consiga tratar o sintoma: A urgência **Real**: a comoção do corpo e o rompimento da cadeia significativa, como efeito do desvelamento do impossível. A urgência **Imaginária**: a procura por um sentido de consistência imaginária, que possa ligar o sujeito aos outros com quem se relaciona no laço social. A urgência **Simbólica**: a emergência para inscrição do significante e constituição de sintoma, como enlace do nó borromeano e produção de interrogações referente à falta e ao desejo.

Urgência subjetiva

A urgência subjetiva, nesse ínterim, era percebida na ocasião em que os sujeitos deslocavam a sua queixa antes localizada no corpo para as questões relacionadas às suas histórias, advindas de traumas psíquicos. Todavia, reservamos às urgências subjetivas o caráter de um processo que em si mesmo é processo de produção de significantes-mestres, deparamo-nos com o seu signo de práticas. “*Es entonces desde esta perspectiva, bajo este marco, que podemos afirmar que la práctica analítica de las urgencias subjetivas [...] constituye un ámbito privilegiado para la práctica del psicoanálisis y, aún más, para el esclarecimiento de sus fundamentos*”⁶³” (SOTELO, 2007, p. 17). Houve na prática das urgências subjetivas a amostragem de seus fundamentos, dentre eles: 1) a pausa para o tempo de compreender, a posição do sujeito na presença do Real; 2) a instalação da transferência e a suposição de saber inconsciente como produto da relação estabelecida com a linguagem; e 3) a inscrição do significante no Real, como cifragem de gozo, simbolização da angústia que é produzida pela fixação do sujeito na repetição.

E por que mesmo a urgência subjetiva seria construída? Pelo motivo de que embora pareça simples o reconhecimento da dor que nos habita é de extrema complexidade para os sujeitos na experimentação dos efeitos da urgência orgânica falarem sobre os impasses que os interpelam. O saber de que não é somente o corpo físico que padece, e de que há uma

⁶³ É então nesta perspectiva, sob este quadro, que podemos afirmar que a prática analítica das urgências subjetivas [...] constitui uma esfera privilegiada para a prática da psicanálise e, mais ainda, para o esclarecimento dos seus fundamentos (tradução independente).

estruturação psíquica atada à biologia humana, é uma tarefa que cabe de início ao trabalhador orientado pela escuta analítica.

Destarte, “[...] reconhecemos que embora o momento da urgência seja, na maior parte das vezes, insuportável para o sujeito, ele comporta uma riqueza no sentido de que é um momento em que o sujeito pode se deparar com a sua falta” (COX, 2011, p. 89). Mais uma vez lembramos de Kátia, a relação que teria o significante “medo” com o significante “falta”, as reações que a morte da avó teriam provocado nela, perguntas do tipo: “A falta tem a ver com a minha avó?”; “Será que tudo isso, a ansiedade e o meu medo, tem a ver com o que eu gosto, com o que eu quero?”. Pensamos que Kátia pôde vivenciar uma urgência subjetiva. Porém, se esta experiência permite o sujeito se deparar com a sua falta, não será também o caminho para o encontro com o objeto de desejo, a sua causa de “ser”? Pois bem, a prática da urgência subjetiva teria respostas a nos dar, mormente, no que dela não distanciamos das urgências sociais.

Urgência social

A urgência social foi o ponto nodal, a bússola para construirmos o que foi a práxis no hospital, Santa Casa de Misericórdia. Anterior aos casos, havia a precariedade do trabalho, o acúmulo de funções e o cansaço dos trabalhadores, plantões extenuantes, considerando que muitos dos colegas atuavam em mais de um hospital para conseguirem sobreviver, em razão da baixa remuneração que recebiam. Destaquemos também os sujeitos do tratamento, em sua maioria oriundos das classes populares, igualmente acompanhados pela Assistência Social e vivendo outros tipos de mazelas.

De acordo com Seincman (2017), a urgência social é designada por situações em que aparecem articulados o sujeito desamparado e os discursos sociais que o enredam, naturalizando e assegurando a sua objetificação. Os contextos de urgência social deflagram ao mesmo tempo os impasses relativos às questões materiais e psíquicas, requerem uma ação imediata de resolução do conflito. No caso de Estabelecimentos institucionais, evidenciam os sujeitos em atendimento e os trabalhadores que os recepcionam como submissos à exploração e mergulhados na angústia (BROIDE, 2017; SEINCMAN, 2017).

Isto posto, somos acometidos pela indagação: do que dessa urgência social é impossível nos distanciarmos? A psicanalista argentina Inés Sotelo (2007d), traz um relevante aspecto do trabalho nas urgências: ao lembrar que o impossível de suportar e a repetição do “mesmo” não atingem apenas os sujeitos do sofrimento, mas também os trabalhadores que o atendem. Ela

elencamos uma série de problemas que atravessam as instituições, e estamos de total acordo com isso, tais como: a violência, o desamparo, a miséria, a pobreza, a falta de recursos.

Pensamos que estas questões não deveriam aparecer para aqueles que trabalham com a Psicanálise como garrafas jogadas ao mar, lançadas ao vento à sua própria sorte e fadadas ao destino de quem sabe surgirá alguém que as poderá resolver. As urgências sociais são atreladas às urgências subjetivas, precisamente se estamos comentando sobre Estabelecimentos públicos ou dispositivos que recepcionam conjuntamente as classes populares. Os aspectos que podem estar relacionados à conexão entre a urgência social e a urgência subjetiva, concernem à função do Outro na constituição do sujeito, na relação com o outro semelhante. É por experiência clínica que admitimos a vida em sociedade como propulsora de interferências no aparelho psíquico.

Nestas circunstâncias, Seincman (2017) indica interessantes contribuições para os contextos de urgência social, no que concerne a práxis psicanalítica. A sugestão é criar uma passagem de relação transferencial para rede transferencial, considerarmos que há no campo de ação uma multiplicidade de relações e transferências que, nos discursos (sociais, institucionais e familiares), possibilitam ou impossibilitam o movimento das posições subjetivas. Os espaços de rede transferencial seriam oportunos para as construções e direções de casos, sob a ética da Psicanálise.

A despeito das consideráveis contribuições de Calazans e Bastos (2008), no que se refere à Clínica da Urgência e o conceito de urgência subjetiva, interrogamos os autores. Em seu artigo “Urgência subjetiva e clínica psicanalítica”, os autores afirmam que o dispositivo de urgência subjetiva não pretenderia dar conta da urgência social, econômica ou médica. Perguntamos a eles: e seria possível um trabalho de urgência subjetiva, eticamente posicionado, que não pretendesse esse objetivo? Orientamo-nos no que preconizou Lacan (2003b), acerca de uma ciência que pudesse incluir a Psicanálise e de como poderíamos vislumbrar uma saída do discurso do capitalista (LACAN, 2003c). E como não nos lembrarmos de Freud (1996h), enfatizando que muitas vezes só conseguiremos algum êxito no tratamento psicanalítico com os pobres conciliando o apoio material à assistência mental?

Refutamos com veemência a assertiva dos autores, na medida em que a nossa proposição do dispositivo Clínica da Urgência reputa um trabalho analítico que visa efeitos de uma implicação não só subjetiva, porém, de igual modo, sociocultural. O discurso médico e a equipe de enfermagem, na Unidade hospitalar, é claro, são levados em conta⁶⁴. Sobre isso,

⁶⁴ Essa discussão se encontra mais aprofundada nos Ensaios 1 e 2 da Tese.

rigorosamente, não precisaríamos ir muito longe, bastar-nos-ia o posicionamento em Freud e Lacan. Destarte, aspirar intercessões, ou efeitos de intercessão na urgência, compõe uma das táticas dentro do arcabouço do trabalhar orientado pela Psicanálise.

Intercessão na urgência

Nossa práxis foi embasada em um específico posicionamento, orientado por uma técnica, uma teoria e uma ética. Confirmamos os efeitos desta postura no exercício do que nos propusemos a desempenhar no hospital. Partimos do pressuposto que a nossa não omissão referente ao método de trabalho que utilizamos, facultou dois processos fortemente imbricados: a clareza dos trabalhadores quanto ao que significava o tratamento que nos propusemos realizar e, por consequência, o acesso aos sujeitos na urgência da Santa Casa foi facilitado – os colegas de equipe tinham o costume de nos indicar casos para atender.

Destacamos o arsenal técnico de atuação do operador clínico da Psicanálise na Unidade hospitalar, ao sinalizarmos as intercessões que foram possíveis. A exposição da escuta analítica foi em um espaço não familiarizado a ela e, buscando articular o sujeito em sua história, a compreensão de saúde e de doença não era afeita ao saber médico-centrado-hegemônico. No transcurso de nossa permanência no hospital, objetivamos erigir condições propícias para a localização de uma questão de análise (a analisar, escutar-se) e algo de uma implicação subjetiva que emergisse dos sujeitos.

Por se tratar de outro *lócus* de trabalho, diverso do *setting* convencional, foi necessária a criação de novos meios de trabalho, uma oferta e uma apresentação do dispositivo analítico ampliado, harmônicos ao local em que a práxis foi principiada. Na Santa Casa, levando em conta que os sujeitos em tratamento não esperavam ou sabiam da viabilidade de serem atendidos por um psicólogo, ofertávamos a possibilidade de que pudessem falar livremente daquilo que quisessem, por intermédio de apresentações ou perguntas do tipo: “como está?”; “o que aconteceu?”; “como você chegou até aqui?”; “sou psicólogo e estou aqui para lhe escutar”. De acordo com Sotelo (2007d), essas perguntas ajudam o sujeito a tecer alguma rede que esteja em articulação com a vida.

“Consegui, em suma, aquilo que gostaria, no campo do comércio comum, de poder realizar com a mesma facilidade: com a oferta, criei a demanda. [...] Mas trata-se de uma demanda, por assim dizer, radical” (LACAN, 1998b, p. 623). Digamos que esta oferta é radicalmente oposta a produzida pelo modo de produção do capital, é forjada em princípios

pautados pelo protagonismo do sujeito, em seus processos de se vincular ao desejo e de se separar do lugar de objeto.

Defendemos o não enquadramento do sujeito em categorias patológicas ou psicopatológicas. Essa atitude contempla uma postura de ação combativa a métodos de tratamento que por séculos violentaram a humanidade de pessoas, condenadas por terem um estilo subjetivo de se colocar no mundo diverso da maioria (FOCAULT, 1978; CLAVREUL, 1983; MELO, 2009). Vamos na contramão das terapêuticas preconceituosas. Destacamos que os sintomas, e o que por suposição inferiorizaria os sujeitos, depreciando-os, em relação aos outros, denotam a singularidade da sua existência no particular de sua história.

Si la urgencia da cuenta de un punto donde el Sujeto no puede representarse entre los significantes, de una apelación a restablecer su lugar en la cadena, la escucha del analista es una apuesta al advenimiento del Sujeto, a través de la trama significativa, que interrogándose culminará en la producción de un S1 que será el significante a través del cual el Sujeto resolverá su relación en la verdad⁶⁵ (SOTELO, 2007c, p. 119).

A posição de sujeito é fundamental nestes intentos, agregamo-la à localização sintomática, que nada mais é do que aperceber de si-mesmo qual a parte que lhe cabe de seu sintoma, qual a sua responsabilidade em seu sofrimento, este trabalho *a posteriori* será o motor para a criação de um outro significado às dores que afligem este que se encontra em tratamento. Enquanto isso, os momentos: a localização sintomática e posição de sujeito <-> o comprometimento com o padecimento <-> a abertura para uma demanda, são etapas as quais a intercessão na urgência teria como horizonte. Assim, exibimos dois fragmentos da experiência para ilustrar a discussão: Gustavo e Keli.

Gustavo estava internado no setor “Pediatria” devido uma cefaleia, originariamente não havia uma explicação fisiológica para a dita “doença”. A enfermeira que nos chamou, disse que o caso sensibilizava a todos por se tratar de uma criança. Dirigimo-nos até o garoto, ele tinha 12 anos. Solicitamos à mãe e às outras pessoas, que no quarto estavam, para nos deixarem a sós. Perguntamos a ele como foi que veio parar na Santa Casa, disse-nos que foi em razão de uma dor de cabeça e emendou: “minha família. É por minha família que estou com dor de cabeça”. Destacamos: “Hum, então temos aqui um começo para o tratamento a que nos

⁶⁵ Se a urgência dá conta de um ponto onde o Sujeito não se pode representar entre os significantes, de uma apelação para restabelecer o seu lugar na cadeia, a escuta do analista é uma aposta no advento do Sujeito, através da trama significativa, que interrogando-se culminará na produção de um S1 que será o significante através do qual o Sujeito resolverá a sua relação com a verdade (tradução independente).

propomos”. O jovem garoto abriu um sorriso e respondeu que o seu pai e a sua mãe estavam separados, não queria que a sua mãe se casasse com outro.

Continuou, insistindo que a vó o irritava ao afirmar que a mãe se casaria com outro homem. “Eu não quero minha mãe com outro homem”. Pontuamos: “E a tua mãe está com outro homem”. Gustavo continuou, “eu não quero ter outro pai, ter que chamar outro homem de pai ou de padrasto. E assim seria se o meu pai tivesse com outra mulher, eu não iria querer chamar ela de mãe ou de madrasta”.

Disse que é muito ruim ver os pais separados, ver a família deste jeito. Revelou que a sua família é a sua mãe, a sua irmã e a sua avó, mas gosta de ficar mais com a mãe. Contou que era muito sofrimento ver a mãe apanhar do pai, o seu pai quando batia nela ordenava que ficasse quieto e não chorasse, porque do contrário também iria apanhar. Gustavo revelou que as suas crises de dor de cabeça começaram quando o pai começou a bater na mãe, segundo ele, quando o pai bebia ficava muito violento. Por outro lado, lembrou que as dores de cabeça sumiam quando saía de casa e se refugiava na casa de um amigo para conversarem.

Contextualizamos melhor agora, a abertura que teve Keli para o que seria o início de um trabalho em Psicanálise. Em um trecho do seu discurso, queremos mostrar o quão providencial foi termos interferido em seu silêncio, presente após cada vez que exprimia algo de sua história: “Isso que você trouxe podem ser questões de análise: ‘a falta sentida’, ‘a ansiedade’, ‘o medo’. São significantes para trabalhar”. Espontaneamente, ela respondeu à intercessão: “Hum. Será que tudo isso, a ansiedade e o meu medo, tem a ver com o que eu gosto, com o que eu quero? O que eu não consigo esperar é por que eu não sei o que eu quero? O que eu quero?”.

Tanto com Keli quanto com Gustavo não fazíamos mais do que sublinhar os significantes de seus discursos para que continuassem discorrendo, falando. Gustavo, no começo retratava uma dor de cabeça, conforme dialogava outros elementos foram surgindo, a tristeza em ver os pais separados, a angústia por assistir o pai agredindo a mãe e também se ver ameaçado pelas agressões. Gustavo percebeu que falar aliviava as dores de cabeça, dias depois, a enfermeira que o acompanhava nos procurou para dizer que as dores tinham desaparecido após o encontro que tivemos. Keli, por sua vez, sem que dela exigíssemos, confessou que iria pensar nas coisas que havia nos dito e depois iria procurar contatos de analistas no município, para continuar o trabalho iniciado.

Estamos de acordo com Cox (2011), as pontuações podem ser mais interessantes que o silêncio e as perguntas na urgência, derivam da possibilidade de produzir discursos e poder formular as próprias interrogações, visto que é justamente disso que careciam os sujeitos. Diferente da clínica “comum”, à qual já chegam com as suas indagações, na urgência esses

elementos analíticos estavam faltantes. Sustentamos que a intercessão na urgência, teria como alvo auxiliar os sujeitos a visualizarem um fim para o que os impediria de se exprimir em sua verdade, logo, isto que seria um fim, soa mais como um começo, o começo de uma análise.

Urgência e suas conclusões

Uma vez que os sujeitos permaneciam internados por um prazo de tempo determinado, fomos obrigados a pensar sobre o término do tratamento psíquico na urgência⁶⁶. O debate sobre o começo e o fim de análise ocupa, das tantas preocupações, uma interrogação em especial entre os psicanalistas, por exemplo, há perguntas do tipo: quais os avanços que um sujeito alcança em uma análise em relação aos seus impasses? Freud (1996i) em “Análise terminável e interminável” esteve às voltas com esse tema, quais os limites e o que atestava o fim de uma análise, ele advertia que de tempos em tempos o analista deveria retornar ao divã, pois, haveria uma linha intransponível, chamada de o rochedo da castração, da qual não iríamos além em nossas análises.

Para Lacan (2003d), mais do que uma promessa de felicidade, o fim de uma análise produz um analista, como ele mesmo disse, um psicanalista da própria experiência. O desfecho de uma análise abrangeria outros elementos concernentes ao seu final, culminando na quebra das identificações, na travessia da fantasia e no saber fazer algo com o seu sintoma. A identificação com o sintoma, em um calibre desejante e criativo, não se enrijeceria mais na angústia paroxística.

Na Clínica das Urgências visamos também um fim, porém, a desembocar na continuidade desse trabalho. Sotelo (2007c) marcou a conclusão de uma urgência para quando o sujeito vier a demandar tratamento aos analistas em seus consultórios, externos ao hospital. De outra perspectiva, preferimos anotar a urgência e suas conclusões em seus efeitos, apreendidos senão pelo seu *a posteriori*: a intensificação⁶⁷ da urgência orgânica-generalizada em urgência subjetiva, a inscrição de um significante como capacidade de simbolização do

⁶⁶ Dependendo da gravidade do estado clínico de saúde de algumas pessoas, podiam permanecer internadas por até trinta dias, em algumas raras situações, até mais do que isso. Contudo, em geral, contando a sua chegada até o recebimento da alta hospitalar, a internação durava em torno de uma semana, durante esse período as articulações entre Estabelecimentos de Saúde eram pactuadas, meio de decidir quais Equipamentos do Território continuariam acompanhando os sujeitos.

⁶⁷ Escolhemos o termo “intensificação” por entender que no mesmo objeto existem variados graus de determinação. No nosso ponto de vista, não enxergamos os seus movimentos como etapas sucessivamente cronológicas. Conquanto, o objeto não deixa de sê-lo diante das condições que estão colocadas, ocorre que ele é intensificado a determinadas variações que não o destituem de sua singularidade: de ser o que ele é. Essa discussão incide no acalorado debate a respeito da concepção sujeito-objeto, do qual defendemos, de nosso posicionamento ético, a impossibilidade de a considerar de maneira dicotômica (CARLSON, 2007).

sofrimento e a continuidade do tratamento no Território. “Persiste a questão do que pode levar alguém, sobretudo depois de uma análise, a se historisterizar [hystoriser] de si mesmo” (LACAN, 2003e, p. 568). O neologismo “historisterizar”, condensa dois outros significantes substanciais ao funcionamento da Clínica da Urgência e de suas conclusões: a palavra como chance de (re)constituição da história e a histerização do discurso como produção de S_1 e formulação de uma demanda de análise.

Nunca um neologismo de Lacan caiu tão bem para a prática das urgências subjetivas. A urgência e suas conclusões se evidencia na inscrição de uma história e de uma interrogação de sintoma, conduzindo o sujeito a dar consequências ao trabalho iniciado em outros Estabelecimentos de Saúde ou em consultórios externos. Outrossim, é evidente que demos ênfase aos dispositivos de Saúde Pública, a julgar pelas oportunidades de viver os seus estatutos de projetos subversivos na perspectiva da Saúde e dentro da máquina estatal. Esta operação, intuiu que o trabalhador advertido pela Psicanálise assegurasse a tomada de contato dos sujeitos com as suas Redes de Atenção.

CLÍNICA DA URGÊNCIA: estratégia para o prelúdio às entrevistas preliminares

Reparamos que o simples motivo de estarmos abordando a Clínica da Urgência, em um Estabelecimento encarregado pelo Estado brasileiro de ofertar ações de Saúde Pública, impelia-nos a elaborar um dispositivo de recepção-escuta condizente com a jurisdição da instituição pública de Saúde no contexto hospitalar. Com isso, fomos estimulados a adequar a nossa abordagem, sem prejuízo ético e teórico de nossa clínica. Descobrimos uma entrada para propor uma estratégia de ampliação dos alcances da práxis psicanalítica nos Estabelecimentos institucionais norteados pelo SUS.

A linha de raciocínio escrita ao longo do texto serviu para discutirmos, à luz da experiência *in vivo*, os fundamentos da Clínica da Urgência, os fenômenos a ela articulados e as diferentes manifestações de urgência dos sujeitos do sofrimento. Nesta altura do ensaio, estamos com as bases conceituais que precisávamos para apresentar a nossa perspectiva de Clínica da Urgência. A construção desse dispositivo clínico de escuta foi derivada da experiência de um psicólogo, advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan, em um hospital de média para alta complexidade em seu nível de Atenção.

A sugestão é apostarmos em uma Clínica da Urgência que opere no âmbito das Políticas Públicas e sociais, diversificando as ofertas transferenciais ao sujeito do inconsciente em acordo com as suas múltiplas demandas. Para tanto, exige-se prestar atenção ao modo como os sujeitos

chegam ao Estabelecimento. A recepção dos casos e a oferta de Psicanálise são cruciais na condução do tratamento, no que toca a formulação de demanda e continuidade de trabalho no Território⁶⁸.

A demanda não se confunde com a queixa, o pedido ou a solicitação para qualquer resolução. Do ponto de vista da Psicanálise associamos a queixa ao enunciado, ao dito, enquanto a enunciação ao dizer. Privilegiamos a enunciação dos ditos para alcançarmos com a escuta o [bem-]dizer que está inseparável do discurso do sujeito. A arte de escutar o para-além do dito, é a abertura para que possamos do *dizer* do portador da palavra escutar a sua demanda (LACAN, 2008a). A demanda, por conseguinte, é a intensificação da necessidade para a alienação significante no desejo do Outro. Noutras palavras, toda demanda é demanda de amor, desde Freud (1996j; 1996l), incluída na dialética presença-ausência da mãe, concerne à ligação a um tempo em que o sujeito se identificava com a posição de ser objeto de desejo do Outro. A demanda na relação transferencial com o operador da escuta é amor ao saber, a busca por um saber de si, ao que foi recalcado e retorna em forma de sintoma. O matema da demanda em Lacan (1999) – $\$ \diamond D$ – faz alusão a essa falta no sujeito, de que algo lhe falta com a superação do narcisismo. Neste contexto, a escuta na urgência, assim como, no consultório clássico, é direcionada à demanda, embora estejamos, por estratégia, sempre de início ouvindo a queixa.

E quem eram os sujeitos que compareciam ao hospital? Eles estavam acompanhados na maioria das vezes por familiares, amigos ou cuidadores (função profissional predominante em companhia dos idosos). De costume, a questão primária estava fixada em uma lesão fisiológica no corpo: problemas cardiovasculares, infecciosos, de sobrepeso, dificuldades relacionadas ao sistema imunológico, ao sistema digestivo, fraturas e perfurações decorrentes de brigas entre pessoas, envolvendo armas, acidentes de trânsito, de trabalho, e outros eventos, alguns dos quais citamos no ensaio. Reiteramos, os sujeitos do sofrimento se apresentavam representados na doença: “eu sou esta diabetes que te apresento”; “sou essa ferida que lhe mostro”.

Não nos surpreendamos com o fato de que os sujeitos estão colados no rótulo da “doença” como “doentes”, não é segredo para ninguém que há um discurso hegemônico que os trata como tais. O saber médico, por sua vez, tem na doença o seu objeto precioso, insensíveis à sua dor, os trabalhadores alinhados com este saber olham para os sujeitos prostrados em seus leitos como pedaços de carne e ossos dilacerados, prontos a serem remendados. Segundo

⁶⁸ Conceito que corresponde não só ao espaço geográfico. O Território é tido como o lugar aonde os sujeitos conseguem criar as suas redes, as relações sociais em termos socioeconômicos, sociosimbólicos e socioafetivos (COSTA, ROSA, 2008; SAQUET; SILVA, 2008).

Clavreul (1983), a ciência funda a realidade do objeto, no momento em que a medicina, incorporando o discurso científico, escamoteia a singularidade do sujeito replicando-o, identificando a doença como igual em todos os seres humanos, sob o estatuto do ser humano “normal” e “anormal”. A práxis psicanalítica no dispositivo Clínica da Urgência, no caso a caso, tem a intensão de sub[re]verter essa lógica “doente”/”são”, não desistindo de interrogar a queixa para que a demanda possa advir.

Expomos um fragmento clínico com os detalhes da ação de escuta analítica na Unidade hospitalar. A exposição das cenas envolvendo o tratamento de Xavier, em especial, se dá mais por avaliarmos este caso em singular como típico de um panorama universal dos nossos atendimentos do que por uma ostensiva teorização. Observemos a supressão do *setting* em um dos Estabelecimentos da instituição de Saúde, ocorre que há uma adequação da prática à disposição arquitetônica dos espaços no local, o manejo da técnica tem em vista o ajuste da escuta aos limites do sujeito que estava gravemente ferido.

Xavier era um jovem de vinte e quatro anos. Ele estava em um bar no instante em que recebeu uma facada no pescoço, a faca rompeu uma de suas veias artérias, segundo os médicos ele sobreviveu por um “milagre”, houve a intervenção da equipe de Urgência da Unidade de Pronto Atendimento do município, um enfermeiro estancou a veia que se rompeu com uma pinça. Por conta do grave ferimento o garoto teve um AVE, prejudicando a fala e os movimentos do braço direito.

Em uma conversa de corredor despretensiosa, uma enfermeira comentou sobre a situação de um jovem recentemente saído da UTI, bastante abalado pelo estado no qual se encontrava. Decidimos vê-lo, informamo-nos sobre o número do seu quarto e do seu leito e fomos até Xavier. Perguntamos o que havia acontecido e ele não conseguia responder, percebemos que estava ficando nervoso por não ter êxito em nos dizer. Dissemos para não se preocupar, sabendo que havia outras formas de utilizar a linguagem. Pontuamos que o nosso trabalho era regido por uma aposta de que ao expressar a linguagem era possível iniciar um tratamento, uma direção de “cura”; propositalmente utilizei este significante por saber que era um significante da transferência no hospital. Solicitamos que respondesse com o polegar às nossas perguntas, com um sinal de sim ou de não. Indagamos Xavier se ele conseguia andar, respondeu-nos “sim” com o polegar voltado para cima. Perguntamos em seguida se conseguiria escrever, respondeu também que sim.

Averiguamos com o médico, com a enfermeira e com os técnicos que estavam por perto se poderíamos subir para o andar de cima para escutá-lo, entrevistá-lo, por meio da escrita. Ulterior ao consentimento do nosso pedido, convidamos o jovem para nos acompanhar. Como

não havia sala disponível dentre os consultórios médicos, caminhamos à “brinquedoteca”, espaço de atendimento psicológico infantil na Santa Casa. Na sala, ele se sentou, tomou a caneta em punho e pegou a folha de sulfite para escrever.

O trabalho com Xavier foi diverso do que seria com um sujeito em condições “comuns”. Por vezes, concomitante a escrita, procurava enfatizar a palavra que ele havia escolhido, dizendo que ela era significativa e que o seu exercício de escrever era fundamental para a continuidade do seu tratamento. No que dizia respeito a reconstituição de sua fala e de seus movimentos, dissemos a ele que quando usamos as palavras existe a possibilidade de se deslocar da posição de inibição. Nossa abordagem foi mais falante, no entendimento de que o corpo, constituído a partir da imagem e da invocação do Outro, enquanto fragmentado, requer a presença de um outro ser falante e real para instituir uma unidade corporal e de desejo primordial. Notamos que esta tática o impelia a escrever mais e se esforçar para expressar a sua demanda.

O primeiro trecho escrito por Xavier foi com dificuldade e, como tremia muito, afinal, não era a sua mão habitual de escrita, estava ficando nervoso. Solicitamos que não tivesse pressa, porque a escrita caminharia ao andarmos no compasso do seu tempo. As palavras que utilizávamos não eram sem intenção, pretendiam o evocar num discurso, situá-lo no seu lugar de desejo. Recomendamos que reescrevesse o que queria nos dizer e, desta vez, escreveu de forma nítida, de modo que pudéssemos entender o que queria transmitir. A primeira palavra escrita foi “arrependido”. Literalmente sublinhamos com uma caneta em punho o significante “arrependido”, dissemos-lhe que esta palavra era um significante, representava-o para outras coisas, carregava em si a abertura para muitos sentidos. Complementamos afirmando que destacaríamos específicas palavras com a caneta, esta ocasião era o sinal para escrever mais sobre o assunto. Respondeu-nos instantaneamente que escrever estava o proporcionando se sentir bem. Com a prática, os traços das suas letras melhoraram, ficaram legíveis.

Dando continuidade ao seu tratamento, Xavier nos disse que se sentia triste e arrependido, admitiu que amava a família e que não devia ter saído de casa e ido ao bar. Xavier babava e toda vez precisava parar de escrever para limpar a sua boca com uma toalha, decidimos o ajudar também nessa tarefa, ficamos com a toalha para que não interrompesse o seu processo de escrever, limpávamos a sua boca a cada vez que ele tinha necessidade para isso. Sublinhamos o significante “família” e ele escreveu sobre a lamentação de não tê-la ouvido quando deveria. De nossa parte, destacamos a ele que o tempo de escutar poderia ser o “agora”: escutar-se.

Xavier estava sob o efeito de muitas medicações, analgésicos em sua maioria, parecia cansado, e por esse motivo resolvemos encerrar a sessão. Dissemos a ele que estávamos

acompanhando o seu caso e que, para a sua recuperação e o prosseguimento do seu tratamento, acreditávamos ser importante a continuidade do exercício da palavra por meio da escrita, até que a sua fala viesse a retornar do modo como gostaria. Assentiu, manifestando o desejo em dar sequência na UBS do seu Território o que iniciamos no hospital.

De maneira proposital, em um gesto de cumprimento, tivemos a iniciativa de pegar em sua mão direita, originariamente a mão com a qual realizava mais atividades antes do Acidente, mesmo sabendo ser a mão do braço ainda sem movimento. Em seguida, pontuamos que a sua escrita precisava continuar. Xavier balançou a cabeça fazendo um gesto que “sim”, emocionou-se, começou a chorar e com o braço esquerdo, movimentou-o nos abraçando. Entendemos a resposta de Xavier como um dizer de que algo da escuta naquele contexto havia *operado*.

Após lhe acompanhar até o seu quarto, procuramos o médico e a enfermeira do setor “Clínicas”, o objetivo era conversarmos sobre a experiência de ter atendido Xavier e construir um projeto terapêutico em Rede para atendê-lo. Pareceram surpresos com o relato, até então o enxergavam com olhos de descrédito, não confiando em sua recuperação. O médico documentou na guia de alta hospitalar os encaminhamentos clínicos referidos à problemática do rapaz. Entendeu a pertinência de que Xavier continuasse em contato com um psicólogo, associando o tratamento à avaliação de um Neurologista, de um Fonoaudiólogo, de um Fisioterapeuta e de um Terapeuta Ocupacional. De acordo com a enfermeira plantonista, Xavier poderia recuperar a sua fala caso insistisse na terapêutica, e com o tempo, os movimentos motores do seu braço direito poderiam voltar.

Com a concordância da enfermeira e do médico entramos em contato com a UBS e expusemos a problemática de Xavier. A enfermeira da Unidade ficou de contatar a equipe NASF para auxiliar nas condutas e nos solicitou os contatos de telefone da família, pedindo-nos também que na alta hospitalar reforçasse o encaminhamento a Xavier e à mãe que estava acompanhando-o. O posicionamento na escuta e na articulação de Rede, tanto no âmbito de diálogos com a própria equipe da Santa Casa, quanto de discussão de caso com a UBS, foi crucial para que Xavier prosseguisse com o restabelecimento de si em relação ao corpo e à linguagem. O jovem, de maneira vertiginosa, estava avançando em sua recuperação, melhorando dia após dia o seu quadro clínico, segundo as informações recebidas na época.

Gostamos de pensar, por intermédio do caso Xavier, que a escuta na Clínica da Urgência tem algo do que disse Lacan sobre a escrita em “Lituraterra” (LACAN, 2003f). A linguagem e o sujeito sendo forjados como uma escrita que se faz em dois tempos: primeiro, o remate de um traço, como consistência e escoamento de uma caligrafia, em forma de corpo, antes esfacelada

e ingovernável; e segundo, a rasura na escrita, como produção de uma letra e do que faz terra, barra, base e escritura para a estruturação de um discurso em matéria.

E pelo mesmo efeito que a escrita [*écriture*] é, no real, o ravinamento do significado, aquilo que choveu do semblante como aquilo que constitui o significante. A escrita não decalca este último, mas sim seus efeitos de língua, o que dele se forja por quem a fala. Ela só remonta a isso se disso receber um nome, como sucede com os efeitos entre as coisas que a bateria significante denomina, por havê-las enumerado (LACAN, 2003f, p.22).

Segundo Holck (2013), o corpo de que se trata na urgência se define como um corpo que goza de si mesmo, como substância gozante, e não por um corpo com uma imagem ou forma acabada. Para a psicanalista, é preciso tomar a linguagem pela escrita pura, conduzindo o traço, nesse sentido, tratar-se-á menos de escuta do que de leitura.

Com a escrita, Xavier produziu os significantes em bateria: “arrependimento”, “família” e “casa”. Ele demonstrou a sua tentativa de fazer furo no Real, metaforicamente, criar ravinamento (processo de produção de ravinas – espécie de erosão no solo), os sulcos por onde o gozo podia escoar e assim se tecer os traços capazes de servirem de suporte a uma junção de corpo. Desta forma, com um dos braços paralisado, mesmo sem falar Xavier pôde produzir efeitos de língua, [d]escrevendo-se pelos significantes que era convocado a enumerar querendo barrar a angústia do corpo fragmentado, em seu caso, corpo rasgado pelo corte real de uma faca. Em resposta a oferta de escuta analítica, os seus “sim” aos esforços de escrever e caminhar mostraram a disposição de um corpo, mesmo cambaleante para dar passos, de (re)inscrever o seu nome, portar-se como sujeito de fala. Apostamos que Diante do Real, o discurso, sonorizado ou sem palavras, é o que pode articular a inoperância do significante à chance de o gerar por meio da ação de esculpir um dizer.

A exibição da cena clínica em que se encontrava Xavier, revelou a especificidade de uma das demandas acolhidas na Santa Casa. A respeito disso, no transcorrer da práxis, percebemos que não era possível dar conta de todas as demandas do hospital, afinal durante um bom tempo éramos o único psicólogo atuante no Estabelecimento. Portanto, prontificávamos para atender os casos que surgiam do contato da equipe conosco e de visitas rotineiras aos leitos. Eram demandas diversas, de crianças, de adultos e de idosos. Em relação ao atendimento das crianças, era um tipo de trabalho do qual nos furtávamos às vezes, por considerar que havia um estágio específico de Psicologia que atendia este público. Procuramos deixar uma boa parte dos atendimentos para os estagiários, de modo que assim, reservava-nos, prioritariamente, às

interlocuções com eles, debatendo planos de trabalho, projetos de atendimento para os acompanhantes e os sujeitos em tratamento.

Durante o período em que atuamos no Pronto-Socorro, na UPA (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2019; COSTA; COSTA-ROSA, 2021) e, mais recente, na Santa Casa, afeiçoamo-nos a conceber uma maior amplitude ao dispositivo Clínica da Urgência. Acrescentamos outras variações de funcionamento ao seu propósito, para além dos tratamentos individualizados, bem como, viemos destacar aspectos que julgamos terem sido essenciais ao desenrolar da práxis.

Em nossa Dissertação de Mestrado refinamos o conceito de Clínica da Urgência. Destacamos a sua propriedade de dispositivo, ressaltada por Calazans e Marçal (2011), agregando a ele os operadores clínicos substanciais à práxis psicanalítica: as Entrevistas Preliminares e os “Quatro Pressupostos de Ação”. Indicamos dos “Quatro Pressupostos de Ação”: a) a Linguagem e a sua possibilidade de fala; b) a Resignificação do Acidente; c) do Sintoma como resposta para o Sintoma como enigma; d) Localização e esboço de implicação [retificação] subjetiva (COSTA, 2019).

Acreditamos que para acompanhar os movimentos dos sujeitos em seus trabalhos subjetivos, necessariamente os pressupostos de ação devem estar articulados ao funcionamento das Entrevistas Preliminares. Corroborando a leitura de Quinet (2005), as Entrevistas Preliminares se dividem nas funções sintomal, transferencial e diagnóstica. Elas compõem um tratamento prévio a toda a entrada em análise, ou seja, é o equivalente ao “Tratamento de Ensaio” em Freud (1996m). Nesse momento o diagnóstico estrutural é construído como finalidade de dar início a uma direção possível de análise.

Considerando a particularidade do trabalho no hospital, nosso interesse com a Clínica da Urgência está mais voltado à delimitação dos seus processos de organização do que à máquina já em seu funcionamento. Os autores com os quais trabalhamos detiveram o foco nos fenômenos da urgência subjetiva, às noções de trauma, de angústia, de morte, de clínica do *acting-out* e da passagem ao ato. Esses conceitos são importantes, porém, enxergamos dentre eles determinadas operações essenciais que são relevantes para conseguirmos visualizá-los em um trabalho acabado e/ou em andamento. A nosso ver, o mérito da Clínica da Urgência é descoberto nestes matizes, quando os unimos à Saúde Coletiva e não restringimos a sua práxis às dependências arquitetônicas do prédio.

Prelúdio às entrevistas: a construção do dispositivo

No princípio da inserção no hospital, nomenclatura genérica para nos referir à Santa Casa, depois dos primeiros atendimentos, interrogamos as concepções técnico-teóricas empregadas na intercessão-pesquisa do Mestrado relacionadas às entrevistas preliminares (COSTA, 2016). A primeira conclusão hasteada respondia a uma hipótese: “se estamos em um Equipamento hospitalar e os sujeitos que aqui estão não vieram para se analisar com um psicanalista, seria apropriado assegurar que aqueles que foram escutados estiveram em entrevistas preliminares?”.

A pronúncia “entrevistas preliminares” é introduzida por Lacan (2011) como uma entrada possível para uma análise, talvez, o acesso inevitável ao perseguido horizonte. Portanto, anexamos as entrevistas preliminares à análise, a primeira como um dos elementos componentes da última. O operador da Psicanálise está incumbido de recomendar o mínimo e o suficiente para que o sujeito continue falando, isto é, o tratamento que é dirigido e não o sujeito (LACAN, 1998b). O desígnio é a ocasião de elaborar uma hipótese diagnóstica: a escuta analítica conciliada à singularidade do sujeito em seu estilo subjetivo, seu modo de gozar: por recalçamento (histeria/fobia, obsessão), renegação ou forclusão (melancolia, paranoia e esquizofrenia) (FINK, 2018).

Para Wachsberger (1989), seguindo Jacques Lacan, a relevância das entrevistas preliminares está no encontro entre corpos e na oportunidade de haver a transferência. Na transferência há uma ligação libidinal do sujeito ao dispositivo analítico, uma atualização da realidade sexual, inconsciente, na figura do analista. Esta etapa é prévia e necessária a ser transposta, para que o sujeito ocupe o lugar do trabalho e intensifique o seu sintoma antes generalizável (sem expressão substancial) em sintoma crítico-analítico.

Regressamos a hipótese construída em forma de pergunta: “se estamos em um Equipamento hospitalar e os sujeitos que aqui estão não vieram para se analisar com um psicanalista, seria apropriado assegurar que aqueles que foram escutados estiveram em entrevistas preliminares?”. Os testemunhos atestados nos certificam responder “não” e “sim”. Não, porque embora possamos considerar que os sujeitos escutados viveram algo do que teria sido efeitos de uma análise em entrevistas preliminares, o “tratamento psíquico” que começaram foi de outra ordem, representava uma espécie de *anterioridade lógica*⁶⁹ a uma

⁶⁹ Interpretamos este conceito, forjado por Costa-Rosa (2013a), conforme os nossos interesses. Costa-Rosa o utiliza para abordar o enlaçamento das formações sociais e inconscientes no fazer humano, no que diz respeito a divisão do trabalho operada na instituição de Saúde.

análise. E sim, pois, os mesmos parâmetros clínicos, éticos e teóricos utilizados em uma análise foram [transformados para serem] conduzidos na urgência e emergência hospitalares.

A percepção da diferença de manejo do “método”, para fins de diálogo com as equipes plantonistas e de rigor com o conceito, motivou-nos a mudar a locução “entrevistas preliminares” na Clínica da Urgência. Em seu lugar, escolhemos nomear as sessões de “entrevistas terapêuticas”. Não se trataria de uma análise nos cânones vastamente conhecidos entre os psicanalistas, no entanto, não abrimos mão de confidenciar que as entrevistas são baseadas nos mesmos pilares de uma análise propriamente dita. O termo entrevistas terapêuticas teve a finalidade de ser provisório, servindo apenas de código de registro dos atendimentos nos prontuários.

Assim sendo, persistimos no intuito de nos livrarmos do significante “terapêuticas” e encontrar um significante mais fidedigno e, ao que se espera de uma Psicanálise de Freud e Lacan, equivalente às entrevistas preliminares. Recomendamos a locução instrumental-teórica “**prelúdio às entrevistas**”, sob a cautela de não nos limitarmos a simplesmente transportar o *setting* analítico do consultório para a instituição. Intenciona-se igualmente, a partir do trabalho junto ao sujeito do sofrimento, um para além da Unidade hospitalar no tratamento pela palavra.

A escolha pelo nome de prelúdio às entrevistas deve a sua característica de, conforme o dito, *anterioridade lógica* a todo início de tratamento. Se por um lado o prelúdio às entrevistas ecoa como um trabalho a ser feito e que antecede, ou enseja as entrevistas preliminares, em contrapartida, é um mecanismo de impulsão à implicação subjetiva que pode ser independente do dispositivo analítico e que, ao mesmo tempo, engloba as entrevistas preliminares, no sentido freudiano (1996m), o tratamento de ensaio. O sujeito que dele participa pode nunca vir a recorrer a uma análise. A sua principal característica é ser uma porta de entrada, uma oferta transferencial, uma vez que, a princípio, os sujeitos que vivenciam o prelúdio às entrevistas não possuem uma demanda formalizada ou ainda nunca experimentaram qualquer tipo de contato com um psicólogo ou psicanalista. O significante “prelúdio” também remete a ideia de prelúdio dentro da teoria musical, caracterizado por um ensaio de voz ou de instrumento que antecede o momento de cantar ou de tocar. Por outro lado, o prelúdio na música não tem a prerrogativa, obrigatória, de introduzir uma canção, pode ser uma peça musical regida e de caráter livre, independente.

Aproveitamos as raízes semânticas de prelúdio, associadas à sonoridade e à voz, e lembramos do conceito inaugurado por Lacan de “pulsão invocante” (LACAN, 2008a). O grande Outro responde aos gritos do pequeno *infans*, traduzindo as suas necessidades de fome, de sede e de incômodos fisiológicos em demanda de amor, de presença ou de ausência.

Conforme Vives (2009), o circuito da pulsão invocante declina-se: entre um “ser chamado”, “se fazer chamar” e um “chamar”.

Mas, para chamar, é preciso dar voz. [...] Para que isso ocorra, é preciso que o sujeito a tenha recebido do Outro que terá respondido ao grito. [...] É preciso também que, [...] ele a tenha esquecido, [...] [e possa] dispor de sua própria voz sem estar saturado de voz do Outro (VIVÈS, 2009, p. 330).

Em um paralelo com a Clínica da Urgência, o prelúdio às entrevistas pretenderia estar circundado pelo o que oferece o conceito de pulsão invocante. O trabalhador advertido pela Psicanálise escuta o pedido de socorro em urgência do sujeito e vai ao seu encontro. Noutras palavras, a escuta convoca o sujeito pelos ditos a instrumentalizar a voz, ele é chamado a *dizer* e a sua queixa não é reduzida a uma resposta saturada. O chamado ao prelúdio, em respeito a práxis das urgências, é a escuta que possibilita o sujeito chamar e obter uma tradução do seu grito em forma de demanda. É notório sabermos que a vocalização do sofrimento sem o tamponamento da angústia, poderá permitir a geração de um significante representativo da insondável perda do ser, reintroduzindo o sujeito na sua cadeia de [representações] associações.

Na idealização do prelúdio às entrevistas nos referenciamos em Massimo Recalcati, no seu artigo, “A questão preliminar na época do Outro que não existe”. Recalcati (2004), alerta que a época do discurso capitalista impõe à clínica contemporânea a produção de uma anulação do sujeito, predominando por parte das pessoas uma demanda imaginária do objeto. A supressão do sujeito do inconsciente em determinados casos e a exigência de o fazer existir novamente comporiam uma questão preliminar levantada pela Psicanálise. Diante disso, o investimento é em uma Psicanálise que possa propor um programa de ação no campo social, de modo a lutar pela existência do sujeito do inconsciente e resistir ao laço social capitalista.

Recalcati (2004) nomeia esse posicionamento da Psicanálise de tratamento preliminar, o que na prática seria um tratamento específico da demanda. É ofertada uma “[...] escuta analítica que prepara a inclusão do analista no próprio conceito de inconsciente enquanto constitui, dele, o ‘endereçamento’” (RECALCATI, 2004, p. 4). Para tanto, com essa manobra transferencial, o objetivo é a intensificação da demanda duplamente: retificando a relação com o Real e histerizando o discurso. Somente neste caminho o sujeito lograria em questionar a causa daquilo que o faz sofrer.

De um outro modo, na urgência hospitalar, o discurso médico ocupa o lugar de um Outro não barrado, empanturrando a incompletude das certezas do sujeito do desejo, capturando-o como objeto de suas investidas científicas. Recordamos do que diziam alguns de nossos colegas

da medicina e da enfermagem na Santa Casa, em relação aos sujeitos mais resistentes ao tratamento: “aqueles pacientes são muito boca-suja, mal-educados, até parece que eles não sabem que dependem de nós para sobreviver”. No que diz respeito a nossa técnica, em casos em que a menção é ao encontro do sujeito com o Real, requer-se uma operação analítica que encarne um Outro faltoso capaz de supor um sujeito mesmo onde ainda não o haja, não abafando-o, excluindo, atormentando, silenciando, preenchendo ou sufocando-o (RECALCATI, 2004; ZUCCHI, 2007).

Nas tramas que se desenrolam no hospital o sujeito está desprovido da palavra, restando-lhe a angústia por ter sido apanhado pela imprevisibilidade do Acidente e o imponderável risco à sua vida. Isto posto, por que então recuarmos de estar no lugar de ser os supridores de sua demanda, provocando o seu mergulho numa dependência absoluta? O operador da escuta no prelúdio às entrevistas, em primeiro lugar, conduz o tratamento para que o sujeito seja o porta-voz das suas mazelas, fazendo-se ex[s]istir, reposicionando-se na atribulação vivida e interrogando prováveis outras significações filiadas ao seu mal-estar.

O prelúdio às entrevistas é caracterizado como anterior logicamente às entrevistas preliminares e os seus Quatro Pressupostos de Ação. Digamos que essas “etapas” da análise são processos que vão se formando, na medida em que o prelúdio às entrevistas tem o seu movimento, ocorrem senão por evanescência. Sendo assim, a base para essa especificidade de práxis nas urgências é assentada em três itens: a convivência com os colegas de equipe na instituição; a construção de um campo transferencial de trabalho; e o emprego do Estabelecimento como fonte de tratamento e interlocução com os demais pontos de Atenção da Rede. A nosso ver, a ausência desses itens inviabilizaria uma articulação das outras três partes que compõem a construção de uma urgência subjetiva: a precipitação dos sujeitos no Estabelecimento hospitalar, a recepção-escuta da demanda e a continuidade de tratamento psíquico no Território.

A relação amistosa com os trabalhadores, colegas de equipe, unida à confiança depositada em nosso trabalho, possibilitou uma quantidade razoável de encaminhamentos de casos das equipes plantonistas. Eram indicados os que supostamente, na concepção dos enfermeiros e dos médicos, poderiam se beneficiar de uma escuta psicanalítica, sem embargo, a maioria dos sujeitos não sabiam que seriam escutados por um psicólogo e muitos deles nem mesmo sabia do que isso se tratava.

Os caminhos aos novos atendimentos passavam pela indicação das equipes e pela procura espontânea de familiares dos sujeitos do sofrimento. Os acompanhantes decidiam nos recorrer depois de ouvir o depoimento daqueles que atendemos em sessões, ou mesmo depois

de nos assistirem atendendo as pessoas no leito ao lado. Eram todos despertados pela curiosidade de se depararem com um tipo de tratamento diferente do habitual.

No contexto em que nos encontrávamos, a oferta da possibilidade de um tratamento pela palavra era uma marca bem presente no manejo do prelúdio às entrevistas. A aproximação junto aos sujeitos, com frequência realizada em quartos com mais de um leito, não era aleatória. Direcionávamos a aqueles que logo na entrada nos fixavam seu olhar e a sua atenção, ou àqueles que estavam isolados em um canto sem acompanhantes, transparecendo um semblante abatido. Muitas vezes, antes de entrar nos quartos olhávamos os prontuários à disposição, costumávamos eleger os sujeitos sobre os quais no diagnóstico estavam descritos, por exemplo, o estresse e a pressão alta. Eram pessoas com diagnósticos indefinidos ou com diagnósticos de “doenças” ditas psicossomáticas. Sobre os casos cuja informação garantia a sua permanência por um tempo no hospital, as sessões com um mesmo sujeito eram realizadas ao longo da semana. Em relação aos que estavam para receber alta nas próximas horas, trabalhávamos com eles na forma de sessões entrecortadas, operávamos a partir de várias sessões em um mesmo dia.

A técnica das sessões entrecortadas que utilizamos se assemelhou ao método da “análise fracionada”, adotado de 1920 a 1938 na Policlínicas de Berlim e de Viena. As policlínicas, ou clínicas públicas, foram uma experiência de Psicanálise em alguns países europeus, incentivada por Freud, que consistia na oferta de tratamento gratuito e formação em Psicanálise para as pessoas que não podiam arcar financeiramente com os gastos. A “análise fracionada” foi um experimento clínico de Freud, consistia em um tratamento ajustado de acordo com as condições de vida das pessoas, embora houvesse uma duração pré-estipulada para ser finalizada ou interrompida, era uma análise que visava efeitos terapêuticos (DANTO, 2019).

Assegurado esse período inicial, incluindo a técnica utilizada, a movimentação no campo e a compreensão de método, o prelúdio às entrevistas foi nutrido por uma regra (ética) fundamental, situava-se acompanhando as singularidades dos estilos sintomáticos e o enlace transferencial procedia para que fosse despertado nos sujeitos o seu desejo de analisar(-se).

A regra fundamental: falar com as paredes e não às paredes

A regra *sine qua non* e de saída utilizada nas práticas das urgências subjetivas, como todo trabalho em Psicanálise, foi a livre-associação. Elaborada por Freud (1996j), depois dos fracassos da hipnose e do método catártico, a livre-associação é o meio pelo qual o sujeito do inconsciente tem a chance de emergir: seja nos sintomas, pelos lapsos, nos sonhos ou pelos

chistes. Aos sujeitos era solicitado que dissessem todo ou qualquer tipo de pensamentos, inclusive aqueles que mais julgassem sem importância, no exercício de não estarem submetidos a impedimentos, quanto ao que poderiam ou não externar em palavras.

Obviamente, propor a associação livre não é esperar que a cura venha simplesmente pelo fato de “desabafar”, dizer qualquer coisa, ao contrário, é propor um dispositivo em que haja a construção de uma linha lógica associativa por entre os dizeres, livre das influências do recalque – a censura. A experiência no hospital nos mostrou os sujeitos usufruindo da oportunidade de discorrerem livremente sobre os assuntos de suas escolhas. Seguimos as recomendações de Freud (1996j), ao mantermos a ‘atenção uniformemente suspensa’, sem acreditarmos que a história relatada era a mesma que a nossa ou que os modos de gozo dos sujeitos eram subdesenvolvidos em relação ao nosso.

Segundo Fink (2017), a atenção flutuante, sinônimo de atenção suspensa, ensina-nos a escutar sem pretender compreender. É a atenção do operador da escuta que flutua pelo discurso do sujeito, sem supervalorizar um fragmento em detrimento do outro, sem os somar ou os interpretar para o emissor. A flutuação da atenção também não despreza os detalhes pronunciados da voz, por exemplo: os ritmos, as velocidades, emoções e hesitações (FINK, 2017). É justo confessarmos que o movimento criado pelos sujeitos em seu ato de falar, em um trabalho de análise na Unidade hospitalar, não diferia do que acompanhávamos de outros sendo escutados em nossos consultórios.

O esforço empreendido com os sujeitos, mesmo à beira da morte, em estados críticos ou experimentando atrozes dores, foi de não tentar compreender os seus discursos sob o manto do altruísmo, numa postura imaginária de benemerência. Contrariamente ao que um observador externo poderia pensar, tal postura não era por insensibilidade, éramos verdadeiramente sensíveis em querer que tivessem naquele instante a oportunidade de serem francos com o que estavam sentindo e consigo mesmos. Repetimos mais uma vez, para muitos que atendemos havia sido a primeira vez que eram atendidos por um psicólogo e tinham a oportunidade de compreender os seus impasses. E se (...) “Compreender é sempre avançar capengando para o mal-entendido” (LACAN, 2005a, p.90), quantos até então tinham tido a oportunidade de darem importância aos seus mal-entendidos?

Em nossas primeiras experiências de psicólogo na urgência e emergência nos afetávamos muito pelo conteúdo nas palavras escutadas dos sujeitos, pouco conseguíamos auxiliá-los a poderem se escutar (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016). À prova disso, dos Quatro Pressupostos de Ação na urgência subjetiva (COSTA, 2019), apenas o primeiro era alcançado: **a Linguagem e a sua possibilidade de fala**. Demo-nos conta, desta vez, após anos

de análise pessoal e de experiência na escuta analítica, de que não há compreensão a ser feita pelo lado do psicólogo ou do psicanalista. Trata-se antes de tudo de o sujeito conquistar uma localização em seu tempo de compreender.

Ilustramos este ponto do ensaio, relacionado a compreensão e despertar de uma questão que poderia ser de análise, com a vinheta clínica de Mariana, escutamos ela em duas oportunidades. Logo cedo ao chegar no hospital, soubemos do seu caso por meio da enfermeira responsável pelo setor de “Convênios”. A médica havia solicitado uma “entrevista psicológica” para a “paciente”. Na primeira sessão Mariana comunicou suas inquietações, iniciou o seu discurso chorando, pontuou que costumava chorar muito, era muito sensível. Disse-nos que fazia terapia com uma psicóloga da cidade na qual morava. Contou que teve uma embolia pulmonar, em decorrência de uma cirurgia estética que fez no abdômen. Segundo ela, do que escutou dos médicos que a atenderam, isso quase provocou a sua morte.

Depois de ter tido três filhos e, dentre eles, um filho que “faleceu quando ainda na barriga”, decidiu realizar uma cirurgia estética. De acordo com Mariana, a “embolia pulmonar” a marcou. Contou que tinha medo de morrer, tinha medo de dirigir, sempre teve medo. Admitiu sentir saudades da família, o motivo alegado era a distância deles, justo nesse momento estava com medo de morrer. Convocamo-la: “fale da família”. Respondeu que se dava muito bem com a família e não tinha nada para reclamar deles. E emendou: “Eu tenho mesmo é medo de morrer, não sei o que fazer com esse medo. De acordo com a minha psicóloga, eu procurei a cirurgia estética pra esquecer do meu filho que morreu. Sou muito nervosa”. Tendo em vista o nosso silêncio, Mariana revelou que o marido era bancário, havia um tempo que deixou a sua cidade e precisou se mudar com ele. Ficava a maior parte do tempo sozinha com as crianças. Em um dado momento disse que era difícil ter que dar conta de tudo sozinha. Enfatizou duas vezes que não conseguia esperar, não sabia esperar. De propósito a interrompemos em seu discurso: “Você falou que é nervosa”. Sorriu e revelou que era por querer tudo na mesma hora. Como quem lançava um assunto aleatório, Mariana assume que dependia do marido. Sublinhamos: “depende?”. Desconcertada, foi nos explicar o que quis dizer. Resolvemos encerrar a sessão: “Vamos encerrar por ora. As palavras não são inocentes, são a fortuna para o nosso trabalho. Podemos continuar depois?”. Assentiu com a cabeça e disse que sim, teria que realizar exames no hospital e aguardar os seus resultados.

Na segunda sessão ela não mais estava no leito, estava sentada no sofá e com a roupa trocada. Sentamo-nos numa cadeira ao seu lado, quando foi iniciar o seu discurso uma técnica de enfermagem a interrompeu, pedindo licença para entrar no quarto. Veio avisá-la para esperar os resultados dos exames que seriam dados pelo médico, recomendou que ela não fosse embora

antes dos resultados, o médico só a visitaria no período da tarde. A técnica de enfermagem completou o aviso dizendo que o caso de Mariana era grave, portanto, valeria esperar a visita do médico. Ao que a técnica saiu, Mariana nos olhou e fez um comentário buscando uma aprovação: “Tá vendo, olha a maneira como eles me dão a notícia, eu já tenho medo, e me falam dessa maneira ainda por cima!?”). Pontuamos: “Eles fazem o que podem do lugar de onde estão. Aproveitemos o tempo. Esses resultados vão se equacionar”. Nenhuma palavra que elegíamos era usada sem pretensão, ou inocentemente, tinha o objetivo de despertar nela a curiosidade para os efeitos significantes que existiam em suas palavras. Afirmei essa frase por uma aposta ética de que verdadeiramente os resultados seriam satisfatórios. Mariana aparentava estar bem fisicamente, bastante desenvolta, conversando e andando.

Olhou-nos, pareceu mais aliviada e disse que ficou pensando no que quis dizer com “depende”. Disse que a sua mãe era um amor, era tudo na sua vida, mas, com ela e com as suas demais irmãs e com todo os outros era uma mãe muito desligada. Queria que a mãe fosse mais ativa, se dispusesse a visitá-la em sua casa, principalmente agora que estava internada, ou se dispusesse a cuidar dos seus filhos, enquanto estava no hospital. “Quis ser o oposto da minha mãe. Eu sou assim, se minha mãe é passiva, lenta em tudo, eu sou ativa, não espero os outros me pedirem ajuda, eu vou logo e ajudo”. Disse que era ministra da eucaristia, auxiliava o padre. Contou que tinha medo de dirigir sozinha porque ficava pensando no que podia acontecer na estrada, caso o carro estragasse: “Se eu ficasse sozinha na estrada ficaria pensando, para onde vou, por que estou aqui?”. Mencionou novamente a embolia. Sublinhamos: “Essa embolia te marcou”. Respondeu-nos: “Marcou. Me fez lembrar que eu corri risco, que eu não quero morrer”.

Mudou de assunto, contou que a sua atual cidade era o segundo município para onde mudava acompanhando o marido. Na cidade anterior fez boas amizades, conheceu uma mulher que tinha idade para ser a sua mãe, sentia como se fosse a sua mãe de verdade, porque ela preocupava muito com os seus filhos, ajudava-lhe em seus afazeres de casa, diferente da sua mãe biológica. Sobre a sua mãe, mencionou ela novamente, desta vez, para fazer referência ao fato de ter crescido sem o pai por perto. Ele era caminhoneiro, sempre esteve ausente, porém, presente ao seu modo, sempre preocupado com os filhos, muitas vezes era ele quem impulsionava a mulher a estar mais próxima e preocupada com os filhos. Confessou, “a ausência da minha mãe me marca”. Por outro lado, o pai procurava estar presente com os filhos em tudo, Mariana mencionou que ele sempre dava um jeito de estar com os filhos.

Em relação à sua filha disse que ela tinha alergia e falta de ar, era Mariana quem acompanhava a garotinha nos exames. Por vezes mencionou que desejava sempre o melhor para

os filhos. Sublinhamos: “Você está falando de desejo, mas, ainda não escutei o teu”. Olhou-nos parecendo assustada e caiu num silêncio, parecia estar pensativa. Retomamos, encerrando com Mariana: “Você fala da ausência, do medo, de ser nervosa, do desejo. Em um trabalho de análise é possível associar uma coisa com a outra. Um evento, a marca que ele te imprime é o que pode te representar para outras coisas”. Disse-nos em tom de revelação:

Sabe, a psicóloga que me atende, ela não me diz nada, eu queria alguém que pudesse me ajudar a notar coisas que eu tenho mais ainda não notei. E sabe, sobre essa associação que eu posso fazer, pensando bem, sobre o meu medo de dirigir, quando eu era pequena eu estava no carro com o meu pai, sofremos um acidente, machucamos um pouco, eu achei que íamos morrer. Será que isso tem a ver com o meu medo de morrer agora?

Compartilhei com ela contatos de psicanalistas e assinalamos: “Você logo sairá daqui e terá o momento de concluir esses exames, mas antes, penso que você pode compreender essas questões que me trouxe junto a um analista”. Perguntou-nos sobre o que fazia um analista, apenas respondemos que ele escutava o desejo, o inconsciente. Respondeu-nos que era disso que precisava a partir daquela ocasião.

Ressaltamos os excertos do discurso de Mariana que fazem alusão à sua livre-associação. A possibilidade do dizer, ao estar internada em razão de uma embolia pulmonar, coincidia com associações que, segundo ela, não havia feito nem mesmo com a psicóloga com quem estava em psicoterapia há anos. É sabido o quanto as psicoterapias podem conduzir ao pior, ao não possibilitarem os sujeitos expressarem as suas próprias indagações e interpretações (LACAN, 1983). E sobre o que a teria provocado a falar, “livre-associar”, teria sido o confronto com a morte, o acontecimento que a impeliu responder com palavras a angústia derivada da dor de existir?

Mariana revelou os seus medos: o medo de morrer e o medo de dirigir. A embolia pulmonar a teria “marcado”. Qual teria sido essa marca? A marca do trauma? A revivescência de uma angústia, outrora tamponada pela formação de sintomas? Posterior a ter admitido a inexistência de reclamações em consideração a família, Mariana relatou ser uma pessoa impaciente, nervosa, dependia economicamente do marido para viver, sentia a sua ausência em casa. Recorreu ao adjetivo “amor” para denotar as qualidades da sua mãe, para em seguida dizer que ela nunca foi preocupada com os filhos e que a ausência dela a marcava. O proveito das palavras, sem a imposição da censura e com as escansões e pontuações do operador da escuta, propiciou a ela apontar para a embolia como um evento que a fez lembrar de ter corrido um risco. E do que Mariana teria lembrado?

Ulterior a um comentário “fortuito” que fez, de que assim como ela dependia do marido a sua mãe também dependia financeiramente do seu pai (caminhoneiro de profissão), Mariana recordou do acidente de carro que sofreu, ela e o pai quase morreram, precisaram ficar horas na estrada esperando socorro. Com o corte e término da sessão, conseguiu formular uma pergunta da associação que compôs: o seu medo de dirigir teria a ver com o seu medo de morrer? Acompanhado da interrogação, vem a curiosidade de Mariana em querer saber o que faz um analista.

É certo que as associações tecidas por Mariana, independente de terem sido inadvertidas ou não, anunciavam um vislumbre de uma demanda de análise a ser efetuada. Era como se em suas associações soubesse do que se tratava a sua questão, até que ao término da sessão uma pergunta é formulada sobre o seu sintoma “medo”. Outros significantes circundantes à sua demanda apareceram, “sensível”, “impaciente”, “nervosa”, dependente”. Deles seria possível tirar consequências, se continuasse o trabalho subjetivo numa análise. Destacamos a partir desta vinheta, o quão nevrálgico para o tratamento é *a linguagem e sua possibilidade de fala*, como abertura a uma ressignificação do Acidente.

Em um tom chistoso, Lacan (2011), em **Estou falando com as paredes**, serve-se de uma bela metáfora ao pronunciar que falar com a capela e com as paredes tem lá o seu sucesso, no que se refere ao ato falho, as distorções linguísticas que revelam os desejos e as cenas traumáticas inconscientes. Conforme o psicanalista, o arquiteto teria sido feito para construir as paredes e estas “são feitas para circundar um vazio” (p. 80). O arquiteto é ele mesmo: o sujeito do sofrimento em associação livre. E no caso do psicólogo advertido pela Psicanálise, esclarecemos a metáfora, é a capela ou as paredes, no que ele permite o sujeito erigir a sua posição: o lugar que faz eco e obriga o portador da palavra a poder escutar aquilo que ele próprio disse. Talvez, nessa interpretação textual, encontramos na função do analista, muito mais do que confundida na pessoa encarnada neste lugar, um campo transferencial construído numa relação capaz de permitir o sujeito saber fazer algo do seu vazio. Neste sentido, não é demais apostarmos no quanto os sujeitos conseguem cingir o Real com o Simbólico, quando sem impeditivos podem se expressar em seus estilos.

O estilo sintomático e a questão do diagnóstico

Na escuta aos sujeitos, aliado aos impasses dos quais lamentavam, apercebemos estilos sintomáticos e traços estruturais em seus modos de se defender da angústia. Nas outras intercessões-pesquisas esse foi um aspecto não considerado, apenas dirigíamos o tratamento

sem atentarmos a essa nuance. Reposicionamos nossa postura na Santa Casa no transcorrer da práxis, acreditamos que o engajamento dos sujeitos em seus trabalhos subjetivos foi devido a acomodação da escuta psicanalítica à singularidade dos seus modos de gozar.

Por que presumimos ser importante lançarmos mão da função do diagnóstico na Clínica da Urgência? Pensamos que o uso da função diagnóstica como hipótese de bolso, serviu de orientação para que auxiliássemos o sujeito na formulação do que poderia vir a ser uma questão sua de análise. O objetivo era que os sujeitos conseguissem identificar os mecanismos de defesa que eram inerentes às suas estratégias de lidar com o sintoma, assim como, o reconhecimento do que lhes seria um impasse para ser escutado naquele momento.

O diagnóstico em Psicanálise diverge radicalmente do diagnóstico médico, este é pautado na observação e descrição dos fenômenos para rotular e prescrever condutas. Na Psicanálise, a construção diagnóstica tem o estatuto de função, contribuindo com o reconhecimento de uma singularidade do sujeito em sua maneira de gozar e desejar, nunca é contra ele, para enquadrá-lo numa categoria nosológica. O seu intuito fundamental convém à direção do tratamento e ao estabelecimento da transferência. Segundo Klajnman (2014), o diagnóstico em Psicanálise tem o seu ponto de partida na escuta do analista, os fenômenos clínicos vão ser orientados ao analista enquanto operador e não como pessoa, jamais terá uma premissa levantada de um olhar que detalha comportamentos.

Freud (1996m) advertia os analistas da necessidade da criação de um diagnóstico diferencial, sob o motivo de não comprometer o tratamento ao confundir os diagnósticos de neurose e psicose (nos seus termos: demência precoce, esquizofrenia ou parafrenia). Conforme Lacan (1998c; 1998d), o diagnóstico estrutural tem um destaque nas entrevistas preliminares. A intenção é que seja um instrumento colaborativo para a instalação do sujeito suposto saber e aviso para a não precipitação de um desencadeamento de uma foraclusão. É mister pontuarmos que o diagnóstico neste princípio ético somente pode ser produzido sob transferência, de início tem o caráter provisório e por vezes tem a sua confirmação no decorrer do tratamento (KLAJNMAN, 2018).

Tendo em conta as pessoas as quais estiveram conosco em tratamento, escolhemos para teorizar a práxis as estruturas neurótica e psicótica, constituídas, respectivamente, pelos mecanismos de defesa recalque e foraclusão. No primeiro momento do ensino de Lacan (1998b), a neurose e a psicose tinham como referência a presença ou a ausência do significante *Nome-do-pai*, a condição imprescindível para a entrada ou não do sujeito na linguagem pela via do Simbólico. O sujeito do inconsciente (equivalente ao “neurótico” em Freud), constituído por recalque, ascenderia ao Simbólico (atravessava o Édipo) mediante a inscrição da metáfora

paterna, ou seja, pela substituição do significante *desejo da mãe* pelo significante *Nome-do-pai*. Portanto, no sujeito do inconsciente imperam a dúvida e a divisão subjetiva, foi quem precisou produzir um sintoma para ultrapassar o narcisismo, encontrar um substituto para o lugar da mãe e, deste jeito, recorrer a objetos que fizessem semblante daquele primordial para sempre perdido.

Na psicose, de uma outra maneira, o estilo subjetivo é constituído por meio da “foraclusão”. Lacan (1999) tomou emprestado este conceito das Ciências Jurídicas, a *Verwerfung*, termo utilizado pelo próprio Freud em alguns momentos da sua obra: define-se pela ação que é concedida por uma lei e que é perdida depois de um tempo, em razão de não ser usufruída, ela cai na caducidade. A foraclusão é o mecanismo criado pelo sujeito em um grande impasse, pretendendo (re)construir a realidade demolida. A função paterna está ausente na psicose, obrigando a subjetivação da realidade ser de outra forma. A relação narcísica mãe-criança, *infans*-Outro materno, não é rompida/barrada e o sujeito não entra no laço social tal como na neurose, ou seja, existe a inexistência da metáfora paterna. Isto é, o que foi rejeitado, o que não houve simbolicamente para a criança neste tempo mãe-criança, reaparece invadindo a realidade psíquica na forma de alucinações e delírios. A tentativa de adentrar a realidade é por meio desses fenômenos elementares. Portanto, quando um sujeito entra em um surto psicótico, a (re)construção do seu mundo passará pela revitalização da linha imaginária mãe-criança que foi abalada. Contudo, eis uma filigrana da teoria que é necessário apresentarmos: para que a função paterna opere é preciso que ela também esteja no horizonte da função materna. Com a entrada do sujeito na linguagem não será somente o desejo da criança que será deslocado, mas também o da mãe (COSTA-ROSA, 2014).

No segundo momento do ensino de Lacan (2007) as estruturas estão subordinadas aos registros psíquicos: Real, Simbólico e Imaginário. O parâmetro principal para o diagnóstico estrutural não é mais a ausência ou a presença do significante *Nome-do-pai*, mas, a *père-version* [versão-de-pai], o que o sujeito sabe fazer com o seu sintoma em seu gozo, no limite entre o prazer e o desprazer (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Na urgência hospitalar acreditamos que foi relevante os esforços de situar a escuta no diagnóstico diferencial estrutural, procuramos não deixar as heranças nefastas da psiquiatria contaminar a nossa direção do tratamento.

Articulamos as concepções de sintoma, diagnóstico e estruturas. Dor (1991), acentua um interessante aspecto da clínica: as alusões aos diagnósticos estruturais são manifestadas pelo desdobramento do *dizer*, que veicula em si as expressões do desejo de quem fala. Os discursos portam em si a peculiaridade da estrutura do sujeito e nos sintomas escutamos os seus traços

estruturais. Verificamos que no dizer de suas dores os sujeitos, ao pronunciar os impasses a elas ligados, expunham os traços que assemelhavam à singularidade de sua estrutura.

Urgência na neurose

As dores físicas e as sensações causadas por elas eram relatadas, tão rápido se ligavam ao dispositivo clínico, a urgência orgânica era ultrapassada e se cedia espaço à urgência subjetiva. Os sujeitos que arriscavam a viver uma escuta de si traziam inquietações, preocupações e enigmas de suas histórias para serem decifrados. Essas situações demarcavam o que chamamos de **urgência na neurose**. A hipótese diagnóstica nos levava a crer que eram sujeitos constituídos por recalçamento.

Com a atenção voltada para os sintomas, relacionados ao domínio das emoções e da realidade psíquica, a urgência neurótica possuía a sua particularidade. As demandas tangenciavam perdas que representavam a separação dos objetos que faziam semblante de desejo. Demonstremos com um pequeno excerto do que foi o tratamento pela palavra com Laércio.

Ele estava internado pelo motivo de uma anemia. Dizia que era muito nervoso, supunha que era por isso que estava internado. Ele ficava sempre pensando no que as pessoas estavam pensando dele, se estavam olhando para o seu pé “torto”, sentia que as pessoas o estavam olhando. Lamentou a separação do casamento, foi casado e se separou havia alguns anos, segundo ele o casamento foi muito conturbado, com muitos conflitos. Laércio referiu que era um “pai solteiro” no momento. Solicitamos que falasse do seu pai e Laércio começou a chorar, disse que seu nervosismo era de antes da morte do pai, no entanto, o pai era alguém que muito lhe ajudava.

Contou que possuía muitas coisas na cabeça e que disso tudo iria nos contar somente um pedaço. Sofria com o sofrimento dos outros, era sempre presente o sofrimento dos outros. Perguntamos se em outros contextos a presença dos Outros existia em seus pensamentos, já que ele falava dos pensamentos seus. “Minha mãe sempre me liga, mas é normal, toda mãe se preocupa não se preocupa?”. Ficamos em silêncio. Em seguida, interrogamos: “A preocupação da sua mãe é com você?”. Respondeu: “Comigo e com a minha irmã. Desde antes, sempre foi assim, o meu pai e minha mãe sempre ficaram em cima de mim. Mesmo quando eu era casado”. Ficamos novamente em silêncio. E Laércio emendou arguindo que isso era normal. Indagamo-lo com ênfase na entonação da voz: “Mesmo quando casado tinha a presença da mãe?”. Respondeu, Laércio: “É, eu não sou assim. Mas, você sabe que eu nunca gostei, de ela sempre

ficar em cima, sempre. Não tenho paz”. E discorreu um pouco mais: “Olha, tem uma coisa que eu lamento. A perda que tive quando me separei da minha ex-esposa, eu me separei e fui morar com a minha mãe. Eu perdi, perdi a minha liberdade, essa perda é algo que me pega”.

As questões suscitadas da angústia remetiam a sofrimentos que abrigavam lembranças de mortes de entes queridos, da falta do Outro, vista nas sensações de incompletude e nas reclamações de inconsistência dos referentes maternos ou paternos (COSTA; FERREIRA, 2019). O sujeito na neurose é ilustrado por uma dor subjetiva que diz sobre um conflito entre as perdas do passado, a insatisfação do presente e a inquietude com o futuro. Não entraremos em detalhes neste caso, porém, sinalizamos que dentro da modalidade estrutural neurótica existem as sobremodalidades: obsessiva, fóbica e histérica.

Urgência na psicose

A **urgência na psicose**, por sua vez, denotamo-la nas angústias unidas aos fenômenos elementares da forclusão: as alucinações que atualizam o corpo fragmentado, as vozes que invadem de fora e as certezas delirantes. Na urgência psicótica, os sujeitos revelavam uma presença excessiva do Outro e uma dificuldade de encontrarem o seu lugar no mundo. A resposta subjetiva a não interdição do gozo do Outro, caduca na psicose, retornava no Real, desvelando um Imaginário rompido e precários recursos Simbólicos com a forclusão da metáfora paterna. Tínhamos pouco tempo de trabalho com os sujeitos para cravar com mais propriedade teórica um diagnóstico. Entretanto, enxergávamo-nos na necessidade de formular um diagnóstico diferencial, posto que, os traços estruturais a surgir nos discursos nos indicava a necessidade de posicionar a escuta de acordo com a singularidade do caso. A fim de expor apenas, apresentamos uma síntese de um fragmento clínico cuja a hipótese era de uma urgência na psicose.

Entramos no quarto e nos deparamos com dois sujeitos em seus respectivos leitos, um deles estava deitado e o outro sentado. Apresentamo-nos a um deles e depois somente passamos por perto do outro, chamado Zaccheus, somente passamos por perto, cumprimentando-o de forma rápida. Subimos para o outro andar e em seguida descemos ao subsolo, em direção aos setores “Clínicas” e “Cirúrgicas”. Uma colega da enfermagem nos gritou e disse que um dos homens que estava no leito perguntou pela nossa presença, disse que queria falar com um psicólogo. Zaccheus solicitou que sentássemos na cadeira ao lado, sentamos e ele já se colocou a falar.

Zaccheus disse que estava preocupado e ansioso por não encontrar o seu lugar no mundo, um lugar onde ele pudesse se estabilizar. Revelou que pensou em cortar a sua cabeça fora para ver se resolvia a sua ansiedade. Disse que ouve coisas que vinham de fora e isso perturbava o seu cérebro. “No mundo de cristal, preciso encontrar o meu lado, me adequar, de um lado tem demais, do outro tem de menos, preciso encontrar o meu lugar”. Proferiu que não dormia a noite e discorreu que dentre as suas preocupações estavam os movimentos involuntários nas pernas, bem como as palpitações. Assentiu que a emoção era diferente da dor, a dor se sentia e a emoção não. Sublinhamos: “a dor se sente e a emoção não”. E Zaccheus contou que sentia o peito inchar às vezes.

A saída encontrada para a angústia do peito que inchava, e das vozes que o invadiam, era criar frases, buscava informações e se informava sobre culturas diferentes. Relatou que as culturas são importantes e disse que lidava com os céticos, aqueles que acreditavam e não acreditavam em Deus. De sua parte, procurava criar frases. Destacamos: “você cria frases, eis um trabalho importante a realizar!”. Ele sorriu e se silenciou. Como não voltava a falar pedimos que mencionasse as frases. Declamou, Zaccheus: “os justos não são aqueles que fazem da justiça uma igualdade de justiça”, “só cresci porque subi nos ombros de gigantes”. Continuou Zaccheus: “Isso. Isso me ajuda. É importante pra eu poder encontrar o meu lugar no mundo, é o que vai me estabilizar”. Discursou que a sua vida era como uma rodovia bifurcada, existiam várias estradas, vários lugares. Contudo, queria encontrar o seu próprio caminho, a sua cultura. Solicitamos: “Fale da sua cultura”. Respondeu que tinha várias culturas, mas só uma cultura era a que poderia lhe ajudar nesse caminho, era a cultura econômica e a da matemática. Encerramos a sessão, coincidindo com a enfermeira nos interrompendo, pois a ambulância de Zaccheus havia chegado para o buscar e o levar para casa. Semanas depois, Zaccheus entrou em contato via telefone, perguntando de horários de atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade. Em mensagem, recitou-nos um pedaço de frase que havia criado, queria a nossa opinião a respeito da criação de frase.

A direção do tratamento no prelúdio às entrevistas das urgências neurótica e psicótica, propõe diferentes abordagens e posturas do trabalhador orientado pela Psicanálise. Depreendemos da práxis no hospital que a ética que orienta o tratamento é a mesma aplicada ao *setting stricto sensu*. Em relação à neurose, as pontuações do operador da escuta visam a produção de um significante-mestre, de modo que o sujeito possa criar uma transferência de saber com o trabalho subjetivo, vislumbrando a cifração de gozo e a decifração de desejo.

Na psicose, a escuta analítica está orientada pelo que recomendava Lacan (1998d), o analista, ou o trabalhador que ocupa momentaneamente essa função, deve ser secretário do

alienado e não estar no lugar de seu Outro persecutório. O assinalamento de significantes não tem o objetivo de decifração de enigmas, provocar as dúvidas, mas, de auxiliar o sujeito a encontrar o seu lugar no mundo e produzir a sua *père-version*. Este auxílio tem a pretensão de ajudar a lidar com o insuportável do gozo, conseguindo inscrever um significante capaz de produzir uma metáfora em suplência da ausência da função paterna. Averiguamos que a função diagnóstica no prelúdio às entrevistas ganha uma significativa importância, tem o potencial de ser uma bússola orientadora à escuta, como meio de propiciar a criação de um campo transferencial com o saber inconsciente, além de ocasionar uma maior proximidade ao estilo sintomático dos sujeitos e das suas singulares questões.

O enlace transferencial: queixa sem demanda, demanda de análise

Operávamos com o prelúdio às entrevistas de modo que conseguíssemos provocar um enlace transferencial das demandas com o dispositivo analítico. Nestes termos, a transferência é o fenômeno pelo qual se principia todo tratamento em Psicanálise. Em Freud (1996j), lemos a transferência como a reedição de um investimento libidinal antes dirigido a um familiar, ou ente amado, para a figura do analista, a análise começaria quando a transferência fosse desfeita. Outrossim, se por um lado a transferência é resistência, a dificuldade do sujeito de entrar em contato com o recalcado da história e de se separar dos ideais de estatuto Imaginário, por outro lado ela é em si o motor para a análise. Partindo de Lacan (2008a), preferimos simplesmente dizer que a transferência é instalada quando há a suposição de saber de um sujeito na posição do analista – o sujeito suposto saber. A contribuição lacaniana a essa assertiva clínica é a de que não cabe ao analista se confundir com o saber a que lhe é suposto, logo, se há uma resistência em jogo no processo analítico é a do analista que não pôde avançar o suficiente em sua própria análise.

Em inúmeros casos, não houve sequer um prenúncio de produção de trabalho transferencial por parte dos sujeitos. Conquanto, com os sujeitos que engatilharam estabelecer uma transferência com o dispositivo Clínica da Urgência, julgamos que as funções de pontuação e escansão, ou corte, habitualmente exercidas pelo operador da escuta numa análise clássica, adquiriram um papel de extremo valor. A pontuação consiste em sublinhar, ou assinalar, os significantes. A pretensão é repetir uma ou mais palavras, incluindo interjeições, sons ou mesmo murmúrios, a ênfase é para as ambiguidades existentes nos discursos. A pontuação são relançamentos de sentidos, as intercessões daquele que está na posição de analista para que o sujeito dê atenção aos significados inconscientes de seus lapsos, dos sonhos e dos chistes. É a

insinuação de que nas palavras proferidas há a revelação de sentidos diversos, antes nunca encontrados de outro jeito (FINK, 2018).

Em nossa práxis fizemos uso das pontuações, valendo-nos em conjunto das escansões. De acordo com Fink (2018), a escansão, popularmente conhecida como o corte, são as interrupções causadas pelo analista em momentos importantes da sessão, em revelações de fatos, nos relatos de cenas traumáticas e angustiosas, lapsos cometidos e sonhos contados, ou mesmo em silêncios dos sujeitos. A interrupção da sessão, sem aviso prévio, intenciona sugerir uma importância àquele fragmento discursivo enunciado ou retido pelo silêncio. Em nosso ponto de vista, as funções de pontuação e escansão são os artifícios da operação analítica que instrumentalizam a noção de ignorância douda: o analista deve ignorar o que sabe e saber que é impossível saber pelo outro (LACAN, 2003g). Esta é a única posição possível capaz de incitar no sujeito o desejo de se colocar no lugar do trabalho, de protagonista na produção dos significantes que lhe cabe. Reiteramos, as escansões realizadas em diferentes sessões em um mesmo dia ou na mesma semana, foram operações táticas valiosíssimas e cruciais para que os sujeitos tivessem pela associação livre uma vinculação ao trabalho transferencial.

Dentro do arcabouço instrumental do prelúdio às entrevistas, a pontuação e a escansão foram empreendidas no manejo da transferência, na especificidade da Urgência hospitalar, para cifrar gozo: os sujeitos suturando a angústia com significantes de caráter Imaginário potencialmente simbolizante. Vejamos que essas ações provocavam o *historisterizar* de si mesmo, proposto por Lacan (2003d), incitavam o sujeito a inscrever uma história e a se introduzir nas cenas. A emergência do não-sabido, as indagações, ocorria por consequência e unido a isso havia a intensificação da queixa em formulação de demanda para trabalho de análise: o sujeito era capaz de construir uma questão para si (neste instante inicial), guiada à função ocupada pelo trabalhador advertido pela Psicanálise. Definitivamente, a perspectiva neste trabalho é a introdução de sentidos que não chapem a produção de significações e que possam abrir trajetos para a *ressignificação do Acidente*. Nesta feita, para dar mostras do que é o manejo da transferência na Clínica da Urgência, o Algoritmo da transferência é um interessante matema.

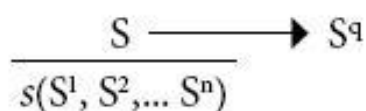


Fig. 1

Algoritmo da transferência (Retirado de: “Fig 1.” (MEIRELLES, 2012, p. 128)).

Acima da barra o S é o significante da transferência, produzido por aquele que fala, o protagonista na emissão da palavra. Este significante está direcionado por uma seta a um significante-qualquer (S^q). O S^q é a produção discursiva que posiciona a presença do operador da escuta como um lugar de investimento pulsional do analisante – representa uma coisa qualquer para o sujeito no seu inconsciente. O s, em sua vez, é a resultante do S adicionado ao S^q ao se ordenar num plexo de significantes, formando o saber inconsciente. O s é a articulação dos significantes constituídos pela instauração da transferência – o mecanismo impulsionador de elaboração de uma questão de análise –, a movimentação da cadeia significante (LACAN, 2003g; QUINET, 2005; MEIRELLES, 2012).

O algoritmo da transferência, portanto, representa a criação do sujeito suposto saber e a entrada do sujeito na análise. Defendemos que no prelúdio às entrevistas, em alguns casos, alcançamos efeitos de produção de transferência equivalentes à entrada nas entrevistas preliminares em uma análise. Quando o sujeito consegue bascular uma transferência de saber, atribuindo um sujeito que por suposto detém um saber sobre a sua agrura (WACHSBERGER, 1989). Essa suposição, por exemplo, está distinguida de outras devotadas à religião e à medicina por supor a existência de um saber inconsciente, é distinta para o sujeito da sua sensação de carência de uma resposta absoluta que dê conta de um incômodo.

Sobre um manejo da transferência, recuperamos os fragmentos clínicos do atendimento de Marilena. No setor “Clínicas” entramos em um dos quartos e encontramos uma mulher de aproximadamente 90 anos, ela estava acompanhada da filha, Marilena. A mulher tinha um discurso confuso. Segundo Marilena, poucos dias atrás a sua mãe foi ficando confusa, acreditava que ela “estava com Alzheimer”. Marilena nos disse que também possuía “problemas”, o psicólogo da sua Unidade Básica de Saúde (UBS) contou que o seu “problema” era para neurologista. Marilena relatou que era muito nervosa e, depois da morte do filho, tinha constantes desmaios, contudo, em seus desmaios permanecia consciente, sabia o que se passava em sua volta. Disse que tinha quatro filhos. Sublinhamos, supondo que ela omitia o filho morto:

“Quatro?”. Respondeu: “Eu tinha cinco, mas um morreu, ficou quatro”. Pontuamos: “Então você tem cinco!”. E Marilena concordou, falando que não superou a morte do filho. Convidamo-la para irmos a uma sala (um consultório médico vazio), de modo que tivéssemos maior privacidade e sigilo, ela concordou e arguiu somente que precisava esperar a sua irmã chegar para ficar de acompanhante em seu lugar, próxima à sua mãe. Dissemos que iríamos esperá-la na recepção, ela então pediu o nosso número de telefone e falou que iria nos ligar quando estivesse desocupada.

Alguns minutos depois, conversávamos com uns colegas de trabalho e recebemos uma ligação de Marilena. Respondemos que estaríamos esperando-a na recepção, ela chegou e fomos direto à uma das salas que estava vazia. Apresentamos com um gesto onde ela deveria se sentar e solicitamos que continuasse de onde parou, podendo falar livremente. Marilena começou a discorrer sobre o seu filho que morreu, começou a chorar intensamente, quando nos viramos para pegar papel toalha e oferecer a ela, de modo que pudesse enxugar as lágrimas, caso desejasse, escutamos um forte barulho: Marilena havia desmaiado. Fomos ao seu encontro, seguramo-la nos braços, apoiando a sua cabeça em nosso antebraço esquerdo. Percebemos que ela mexia de alguma forma os olhos, ainda que estivessem fechados, e dissemos: “Você pode se levantar, é possível”. Ela foi recobrando os sentidos, segurou em nossa mão e se levantou para se sentar. Estava muito abalada, calada, tinha um choro tímido, porém, bastante intenso. Em um ato resolvemos abraçá-la. Marilena então, resolveu falar: “Parece que eu tô abraçando o meu filho que perdi”. Sentamos na cadeira e destacamos a ela: “Perdeu o filho. E você caiu!”. Respondeu:

Eu não saio de casa, moro no sítio, cuido da minha mãe há quatro anos e antes cuidava do meu pai, até que ele morresse. Meu pai sofreu muito até morrer, da parte do seu corpo pra baixo ele ficou cheio de buracos, foi muito sofrimento.

Marilena revelou que não teve vida própria, a sua vida foi cuidar do pai e da mãe. Disse que há quinze anos sofria de dores musculares no nervo ciático e, recentemente, estava com o lado esquerdo do seu corpo paralisado. A sua massagista lhe revelou que era estresse. O seu último psicólogo, a sua maneira, advertiu-a que somente um neurologista conseguiria tratar do seu caso. Não titubeamos e frisamos: “as suas questões podem ser trabalhadas em análise”. Ficou nos olhando com surpresa e emendou: “Sou muito nervosa, é meu emocional, é muito forte. As pessoas me dizem que eu sou como uma planta fincada numa terra, não saio de casa, fico fincada na terra e não saio”. Contou que o seu marido era um “bêbado”. Contou que com a morte do filho ele parou de beber: “Perdi meu filho e meu marido, que bebia muito, para não

nos separarmos, porque eu não aguentava mais, parou com a bebida”. Disse que o seu pai também era um bêbado. Contou sobre seu cuidado com os outros e sobre o filho que é nervoso também. O significante “também” veio para se referir ao marido que era como o pai e ao filho que era nervoso como ela. Marilena comentou incessantemente sobre as pessoas com quem se preocupava. Resolvemos interceder: “É, importa-se muito com os outros!”. Marilena respondeu: “E eu não me importo comigo? Eu faço tudo pelos outros e não tenho vida, não saio de casa, não distraio, não me divirto, minha vida é pelos outros”. Encerramos a sessão nesse momento e asseveramos que continuar o seu tratamento psíquico era oportuno. Perguntou-nos se iríamos atendê-la, respondemos de imediato que sim (apostando na transferência, para que ela retornasse) e que depois de alguns encontros ela poderia continuar a sua análise com os psicólogos de nossa confiança, na Unidade de Saúde de seu Território. Combinamos um dia e Marilena disse que retornaria.

Achamos este caso típico, do qual percebemos que para Marilena falar, mais do que palavras, foi preciso literalmente emprestar o nosso corpo, praticamente traduzindo para ela que o seu apagamento era uma resposta obtida do confronto com uma impossibilidade, manifesta numa dificuldade de dizer, por isso a convocamos para se levantar. Naquele momento, acreditamos ser importante que ela minimamente pudesse sustentar o seu discurso. Mencionar o filho morto há quarenta anos realmente lhe parecia difícil, “sem contar” que a perda deste ainda lhe era muito presente. Por outro lado, após se recolocar na cadeira notamos o seu desejo em querer exprimir-se, reaver a sua “pulsão de vida”.

De sua segunda sessão, gostaríamos de ressaltar duas coisas. Primeiro, os elementos que ela trouxe nos fizeram pensar em atendê-la algumas vezes mais no hospital. Segundo, sobre as dores no corpo, ela trouxe pelo menos duas cenas que viveu e que a partir destas passou a sentir as tais dores pelo corpo. Na primeira cena, ao discorrer sobre a morte do sogro do seu filho que muito a impactara, contou que a situação a provocou se lembrar do período em que estava no hospital acompanhando o seu próprio sogro, no instante em que o viu de fraldas sentiu uma dor no lado direito do corpo. Sobre outra cena, disse que estava com a sua massagista: “senti dores no lado direito do corpo, de novo no momento que ela me fazia a massagem, acho que é o ‘nervoso’, o ‘emocional’. Eu quase não tenho relação sexual com o meu marido porque sinto dores no corpo”.

Revelou que depois da última sessão foi como se tivéssemos sido colocados no lugar do seu filho que morreu, por isso nos mandou mensagem no aplicativo “Whatsapp”. Relatou que o filho só viveu dois meses, não pôde nem mesmo escutar o seu choro. Disse que quando se sentia angustiada sentia uma “tremedora”, uma coisa no corpo que não sabia explicar o que era.

Contou que tinha medo da sua mãe morrer, estava preocupada com ela e acreditava que foi por Deus que entramos no quarto e a encontramos. Confessou não querer fazer terapia no seu bairro e que queria continuar conosco. Expressou que para não se angustiar se “apegava” a algo. Encerramos a sessão e à porta, perguntou-nos se podia nos abraçar. Pedimos que voltasse ainda mais uma vez na próxima semana. O fato dela ter nos colocado no lugar de saber na transferência, mesmo que pela via de estar no lugar do filho, por conta da peculiaridade do caso, fez-nos pensar sobre a possibilidade de atendê-la algumas sessões mais, antes de trabalhar o seu encaminhamento para a Rede.

Marilena veio diferente à entrevista seguinte. Em dois sentidos, no primeiro, visual, ela estava de batom, parecia estar com um semblante mais alegre, disse que estava melhor, estava bem, depois que começamos a atendê-la. No segundo sentido, veio se perguntando mais, diferente das outras sessões, não titubeou em iniciar a sessão com o discurso dirigido ao filho, Augusto, que morreu quando possuía dois meses de idade: “Augusto era o meu segundo filho, era o segundo mais velho. Estive pensando durante a semana e em meu pensamento veio: será que eu matei o meu próprio filho”. Disse que quando estava grávida tinha muitas dores, foi então que uma vizinha lhe sugeriu tomar um remédio, Marilena seguiu as dicas e tomou. Revelou que quando o filho nasceu ele chorava muito. Calou-se e ficou em silêncio por uns minutos. Resolvemos destacar que parte da intenção de um trabalho de análise era a compreensão. E Marilena retomou o que comentava sobre o filho falecido, disse que em um dado dia ele chorava muito, como não parava de chorar o levaram à Santa Casa. Na consulta o bebê foi examinado, porém, na saída do hospital ele foi ficando com as bochechas roxas, voltou com ele correndo para o médico, ao vê-lo o médico desabotoou o seu “macacãozinho” e fez uma massagem no seu peito. Segundo Marilena, foi em vão, pois Augusto já estava morto, agarrou-o com força, mas o retiraram dos seus braços. “Por isso eu me sinto mal aqui. Eu lembro do meu filho”. Disse que em sua vida era muito sofrimento, contou que assistiu a morte do pai no hospital o acompanhando em sua doença.

Revelou que se casou cedo, com um pouco mais de vinte anos. Entretanto, quando tinha os seus dezesseis anos foi praticamente estuprada. Tinha um caso com um rapaz, certa vez, estavam todos os jovens conversando no sítio, o rapaz a convidou para um lugar mais escuro e ela aceitou. No instante em que estavam juntos foram surpreendidos pela sua mãe. A mãe do rapaz a levou em um médico, este foi convencido a dizer que ela não havia perdido a virgindade. Todavia, depois de casados, o marido descobriu que Marilena não era mais virgem e ficou muito desapontado com ela. Em seguida, mencionou a mãe novamente, disse que voltou a morar com ela após o seu marido ter descoberto que não era mais virgem.

Decidiu comentar sobre a sua mãe novamente: “dias atrás minha mãe me disse pra aproveitarmos a sua companhia, pois, logo poderia morrer”. Nesse momento se perguntou porque se sentiu mal ao estar com a mãe na Santa Casa. Solicitamos que formulasse melhor a pergunta e ela respondeu: “Porque quando eu estava com a minha mãe aqui eu me senti pior do que quando o meu filho morreu?”. Marilena formulou a pergunta e gritou em tom de desespero, estendendo-nos as mãos para que a segurássemos: “Me ajuda, me segura. Eu não vou conseguir!”. Encerramos a sessão, pontuando que poderíamos continuar depois. Na saída ela deu um suspiro, olhou-nos profundamente nos olhos e agradeceu. Entendemos que diante das recordações das mortes que viveu, dos seus lutos, ligar-se a nossa imagem havia sido uma saída. Não identificamos isso como um problema, no manejo da transferência entendíamos que em um primeiro aspecto não se tratava de nos confundir com o lugar no qual estávamos sendo colocados por ela: filho-salvador. E em segundo, a dimensão imaginária da transferência nos inícios de tratamento não é mero acaso, soa como uma condição de momento para o sujeito: ligar-se ao dispositivo por meio da pessoa que o escuta para depois prescindir de sua figura e se vincular a análise propriamente dita.

Pedimos que voltasse para mais uma sessão na semana seguinte. Nesse ínterim, entramos em contato com o CAPS para perguntar se não poderíamos utilizar uma sala do Estabelecimento para atendê-la. A psicóloga com quem conversamos no telefone disse que levaria a demanda para a reunião de equipe. Discutimos que atenderíamos no CAPS por uma sessão e depois debateríamos o seu caso com a equipe, assim ela poderia dar continuidade ao tratamento com uma psicóloga ou psicólogo de referência.

Marilena ligou para dizer que não poderia vir na segunda-feira e perguntou se poderia vir na quarta-feira. Respondemos que sim. Ela ficou em silêncio. Perguntamos como estava e ela respondeu que a sua mãe acabara de falecer, disse que estava mal. Declaramos que a estaríamos esperando na segunda-feira caso pudesse vir. Disse que iria tentar vir e que pensou na quarta porque provavelmente estaria cansada para segunda, mas que tentaria vir. Ao término da conversa, concluímos que ter sustentado a sessão na segunda e não na quarta teria sido a melhor opção mesmo, visto que era o momento oportuno para ela se expressar, inclusive podendo falar sobre a morte da sua mãe, caso desejasse.

Marilena veio à sessão na segunda-feira, estava com uma boa aparência. Disse que aparentemente estava superando a morte da mãe, não sabia como seria daqui há alguns dias, porém, no momento estava superando. Diante da nossa hipótese de que se tratava de um intenso luto vivido pelo sujeito, procuramos desta vez não obrigá-la a dizer muito sobre as mortes do filho e da mãe, referências nas quais Marilena era muito ligada. Procuramos sublinhar os

significantes que a conduziam discorrer sobre objetos outros com os quais se conectava. Curioso, ratificando o que Lacan (2012) dizia a respeito dos sujeitos “unianos”, por hipótese os depressivos, os seres muito presos ao tempo do narcisismo, escutávamos em Marilena, relacionado a tudo o que ela se referia, um forte teor Imaginário em seus laços fraternos ou de amizade.

Marilena comentou que a sobrinha tinha desmaios como ela, com a diferença que nos desmaios a sobrinha não lembrava de nada, simplesmente apagava. Marilena, por outro lado, disse que em seus desmaios, e por duas vezes mencionou o episódio que ocorreu conosco, não perdia os sentidos. Procurava se “agarrar” em pessoas próximas, conhecidas, quando sentia que iria desmaiar, visava desmaiar perto de pessoas próximas. Interessante como o significante “agarrar” apareceu muito em seu discurso. Perguntou-nos porque nos viu como alguém que lembrava o seu filho. Notamos nessa ocasião uma sutil mudança na transferência, ela se posicionando de uma forma diferente em relação à posição em que nos colocava. Esboçou um choro e insistiu na interrogação, disse que foi como se o seu filho estivesse presente no instante em que pela primeira vez nos conhecemos, era como se o seu filho tivesse crescido. Marilena indagou pela terceira vez, repetindo a pergunta. Respondemos: “essa é uma questão importante, Marilena, a lembrança do teu filho”. Decidimos frisar o significante “lembrança”, pois, ao longo de todas as sessões o principal impasse era não conseguir discorrer sobre as lembranças, ou ela desmaiava ou caía em prantos.

Ficou nos olhando com ares de espanto e então optamos por encerrar a sessão e lhe fornecer os contatos dos psicólogos que partiam do mesmo posicionamento ético e clínico-teórico que o nosso, que atuavam na Saúde Pública ou em consultórios do município. Sabendo ela que atendíamos também em consultório, perguntou se poderia partilhar com a sua nora o nosso contato de telefone. Contou que de tanto comentar com a nora sobre os atendimentos, ela queria ser escutada. Meses depois Marilena nos envia uma mensagem, querendo informar que havia parado com os medicamentos antidepressivos e que estava em análise com um psicanalista do município, ele era um dos nomes que tínhamos indicado a ela.

Descrevemos o enlace transferencial com Marilena por meio do algoritmo da transferência. As pontuações atinentes a quantidade de filhos que Marilena admitia ter, interrogando-a se eram quatro filhos, marcando que ela teria recalcado o quinto (que teria sido o primeiro, falecido com dois meses de idade) e após o seu desmaio, assinalando o que ela disse antes de desmaiar e nomeando o seu apagamento, visavam a edificação de uma transferência de saber. A composição da transferência com a escuta psicanalítica foi inaugurada com a oportunidade do dizer sobre um sofrimento, derivado de um filho que há 40 anos estava morto

(S). O encontro com o psicólogo, orientado pela Psicanálise, propiciou a produção de um significante quando pôde ser escutada em sua angústia: “eu sei que você é o psicólogo, mas, quando você entrou pelo quarto você me fez lembrar do meu filho” (S^q). Prosseguiu, tendo por base o dizer orientado ao significante que marcou o psicólogo, enunciando outros significantes que a representavam para outros significantes: “tenho muitos problemas” (s), “sou nervosa. Eu desmaio muito” (S¹), “apego-me nos outros para não me angustiar” (S²), “por que quando eu te vi eu lembrei do meu filho, Augusto?” (Sⁿ).

Recuperamos três escansões: 1^a) Marilena enunciava uma excessiva preocupação com um dos filhos e com o marido, 2^a) ela revelava a necessidade de estar apegada a algo para evitar a angústia e 3^a) perguntava-se porque estar de acompanhante da mãe no hospital a fazia se sentir pior do que quando o seu filho morreu. Esses três cortes em três sessões diferentes a envidaram fluir com a livre-associação, compelindo-a a levar para o psicólogo os impasses que sentia ter relação com o saber inconsciente: “sou muito nervosa”, “os meus desmaios começaram quando o meu filho morreu”, “não superei a morte do meu filho”, “tenho dores musculares no nervo ciático e o lado esquerdo do meu corpo vive paralisando”, “faço tudo pelos outros e não tenho vida”, “para não me angustiar eu me apego mesmo em alguém próximo”, “eu me sinto culpada pela morte do meu filho, será que eu não matei o meu próprio filho?”, “acompanhar a minha mãe me faz lembrar do meu filho, do meu sogro e do meu pai, todos eles morreram aqui nesse hospital”.

A produção de sujeito, resultado da junção do S com o S^q, viabilizou Marilena com a livre-associação trocar a necessidade [de resposta rápida à queixa de dor pela morte do filho] pela demanda [: “o que há para além dessa dor?”]. Assim, a urgência orgânica-generalizada é intensificada em urgência subjetiva e o discurso tem uma leve histericização: “por que soffro? De onde vem essa angústia e por que mesmo após 40 anos eu ainda sinto essa dor?”.

A práxis psicanalítica na urgência tem nos mostrado que a ação é para que haja a transferência com o saber do inconsciente. Noutros teores, este seria um ensaio para a entrada nas “entrevistas preliminares”, em um tratamento com um psicanalista ou trabalhador orientado pela Psicanálise. Os sujeitos poderiam vir a demandar uma escuta analítica a outro psicólogo da Rede ou a psicanalistas que estariam atendendo em seus consultórios. A passagem do *Sintoma como resposta para o Sintoma como enigma*, por exemplo, pôde ser evidenciada na procura de Marilena por uma análise, bem como, na *Localização e esboço de implicação [retificação] subjetiva*, confirmada na suspensão do uso de antidepressivos e investimento no desejo de analisar(-se). Enfatizamos que os sujeitos somente conseguirão chegar a este ponto da elaboração psíquica porque foi instituída a função do desejo do analista.

O desejo de analisar

No local onde reina o cuidado às feridas físicas e os olhares são todos voltados para a recuperação biológica do corpo e o afastamento da morte, o desejo do analista compõe em nossa teorização uma das funções do prelúdio às entrevistas. A sua participação é primordial no âmbito das urgências orgânicas-generalizadas. Neste domínio da Atenção, enfatizamos o desejo do analista, considerando o manejo da transferência necessário, como forma de os sujeitos desejarem trabalhar subjetivamente os seus sofrimentos. Sobretudo no início do tratamento, e dos impulsos despertados na relação com o analista, o manejo transferencial proporciona um uso da transferência para serem provocados a associação livre e o questionamento dos sintomas (MEIRELLES, 2012).

Na práxis sustentávamos o desejo do analista com o desejo de que os sujeitos pudessem desejar analisar(-se) (FINK, 2018). Com os que transpareciam uma demanda de escuta, não deixávamos de sublinhar os significantes dos seus discursos que abriam para sentidos não restritos à doença ou à lesão orgânica. Pautávamo-nos na Ética do desejo como a única força motriz reveladora das possibilidades do sujeito de *vir-a-ser*, superando a dor pela travessia da angústia. O desejo tem o seu papel decisivo no tratamento analítico por ser ao mesmo tempo a representação de uma pura perda e o que singulariza o sujeito, tornando-o único em sua falta-a-ser. O desvelamento de sua finitude é o justo reconhecimento de que há algo que falta e está no horizonte, existindo enquanto objeto (*a*) – o significante da causa de desejo (LACAN, 2008a).

Compartilhamos duas curtas vinhetas clínicas, assim como expomos as circunstâncias em que os sujeitos enunciaram as suas demandas. A função do desejo do analista pretendia na direção do tratamento a emergência do sujeito, como efeito do seu deslocamento de estar no lugar de objeto-doença. Na primeira, Fernanda estava internada em decorrência de um acidente de moto, ela discorria sobre as dores que sentia em forma de chistes, zombando de si própria. Em um dado momento, após ela dizer que desse acidente só tinha perdido um pedaço do dedo do pé, com seriedade e ênfase na entonação de nossa voz, sinalizamos que o compromisso ao seu lado era escutar as suas perdas. Em resposta, Fernanda desatou a chorar e passou a demandar mais de nossa presença para escutar qual era o núcleo central de sua verdadeira perda: o pai que havia falecido e a deixou imersa num grande vazio.

No outro caso, atendemos Sávio em diversas oportunidades, ele estava internado por conta de uma pneumonia que se agravava, devido ao seu estado já debilitado por anos de uso

abusivo de álcool e cigarro. As cotidianas idas ao quarto coletivo no setor “Clínicas”, convidando-o a falar, obtiveram os seus efeitos. Logo na sessão inicial, Sávio que havia começado com um discurso entremeado a tosses intensas, conforme foi se comunicando as tosses foram cessando e ele inclinava o corpo para se sentar no leito, recusava-se a dialogar deitado. Nas sessões seguintes, ele já solicitava caminhar e ser escutado em uma sala com mais privacidade. Em cada término de nossos encontros ressaltávamos que retornaríamos para continuar depois. Durante as sessões, esclarecíamos a natureza múltipla dos sentidos de alguns significantes sonorizados por Sávio. O desejo era que ele analisasse a ambiguidade semântica que habitava em seus ditos. Com o tempo se interrogou acerca dos limites de seu corpo e da identificação com a mãe. Em uma das últimas vezes que o atendemos, Sávio concluiu o que avaliamos ser a elaboração de uma questão de análise: “Pensando aqui, as palavras que eu digo tem um poder sobre mim. Acho que o meu problema é que me faltam propósitos, qual é o propósito da minha vida agora?”.

A intercessão na urgência, assegurada no desejo do analista, visou com Fernanda e Sávio que dos desejos de analisar os seus questionamentos pudessem advir as interrogações aos sintomas: quais eram as identificações ao desejo do Outro e quais eram as suas causas de desejo? Concordamos com Lacan (2008a), na afirmação de que o sujeito viverá a separação (circunstância que conduz a presentificação da pulsão desejante) na experiência de atravessar o plano da identificação, medida conquistada quando o desejo do analista se contrapõe a este mesmo plano.

Sendo assim, o avanço na análise pessoal foi um dos aspectos determinantes para conseguirmos operar com a função do desejo do analista na práxis. Em contextos hospitalares, nos quais a dor está escancarada em suas vísceras, cruamente, mais do que nunca requer que o operador da escuta possa *des-ser* de seu narcisismo – *to be or not to be*, sou tudo para o Outro e ele é tudo para mim (LACAN, 1999). Não incorrer nos riscos de querer ser imprescindível aos outros e acreditar que as suas dores estão confundidas às nossas, exige transmutar o desejo de “ser” para o desejo “do...”.

Em vista disso, o desejo do analista na urgência é o indispensável agenciador da criação de laço transferencial, buscamos com ele o despertar dos sujeitos para as perdas que lhes eram constitutivas. “O desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta” (LACAN, 2008a, p. 260). Por assim dizer, a manobra da transferência no hospital entende que a diferença absoluta obtida pelo desejo do analista emerge com o sujeito. Os estigmas de “doente”, “inválido”, “incapacitado”, “lesionado” são interrogados por aquele que

se encontrava na posição de sofredor, em um tipo de tratamento radicalmente absoluto em sua diferença: o dispositivo Clínica da Urgência.

NOTAS BREVES SOBRE OFERTAS OUTRAS: a recepção de grupo na urgência

Durante o período de realização da práxis o atendimento individualizado não foi a única oferta transferencial que se exerceu. Funcionamos em algumas oportunidades com recepções de grupo criadas espontaneamente em quartos coletivos, portanto, assinalamos a efetividade deste dispositivo de trabalho. Foi em virtude dos acontecimentos vivenciados que defendemos a recepção-escuta de grupos como uma das ofertas transferenciais possíveis da Clínica da Urgência.

Os referenciais que fundamentaram a escuta dos grupos foram inspirados nas práticas de trabalhadores da Saúde Mental, especificamente os localizados na Ética da Atenção Psicossocial – os movimentos de luta antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica no Brasil. No que diz respeito a visualização de experiências consolidadas, em organização de grupos de recepção, guiamo-nos pelos trabalhos de psicanalistas do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MARON, 2000; TENÓRIO, 2000; FIGUEIREDO, 2000). Em relação ao posicionamento clínico, as teorizações do também psicanalista Abílio da Costa-Rosa (2013b), sobre os grupos psicoterapêuticos em Freud e Lacan, foram a referência primordial.

De acordo com Maron (2000), a recepção-escuta de grupo tem o valor de uma entrevista preliminar, a qual sugere uma verificação do sujeito perante o seu dito, deslocando-se de uma posição de impotência para uma posição de implicação subjetiva. É uma estratégia que possibilita uma nova abordagem⁷⁰, de demanda de atendimento e espaço de interlocução entre a equipe. E, segundo Figueiredo (2000), a recepção é o que pode ser o contato inicial da instituição com o sujeito que nela chega. Costa-Rosa (2013b) vai mais além e crava os grupos de recepção e escuta como um significativo meio de ação em saúde, que tem em mente as diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária. Insere-se como uma proposta passível de multiplicação das ofertas de psicoterapias e interferência nas clássicas demandas dos circuitos doença-cura, queixa-internação e queixa-suprimento.

Na literatura disponível, não encontramos registros de práticas de recepção-escuta de grupo no hospital nos termos que se desenvolveu a nossa experiência. Foram atendimentos

⁷⁰ Sobre esse tema, sugerimos a leitura do Ensaio 1.

clínicos pontuais, em comparação aos individualizados, demonstraram-nos uma promissora estruturação singularizada de oferta de transferência.

Sobre depoimentos de pessoas que experimentaram o grupo psicoterapêutico, elucidamos as abstrações teóricas com a concretude do que estamos abordando. Escutamos uma mulher de aproximadamente 80 anos, ela estava internada pelo motivo de uma fratura no braço. Disse-nos que tinha depressão e que fez parte de um grupo psicoterapêutico, do qual gostou muito de participar. Contou-nos que fez uma terapia de regressão com um psicólogo na Comunidade Terapêutica (instituição de privação de liberdade de caráter religioso, muitas vezes católica ou evangélica), porém, não gostou. Destacamos a ela que talvez então fosse hora de poder apostar noutras formas de tratamento, mais protagonizantes. Respondeu-nos: “Ufa, que alívio, e eu me culpava por não ter gostado”. Revelou que não sabia do que se passava consigo própria, intercedemos nessa ocasião e lhe dissemos que ela possuía um saber a ser trabalhado. Perguntou-nos o que acontecia com a pessoa quando ela tinha coisas importantes para dizer, mas, não conseguia ir à terapia. Posicionamo-nos frente ao argumento de que era justamente neste momento que precisava ir.

Sinalizamos deste excerto clínico as diferentes proposições de tratamento, os efeitos que produzem as terapias ortopédicas, preconceituosas e religiosas: os sujeitos se culpam ao invés de questionarem o terapeuta ou o dispositivo. O entendimento de que a oferta gera a demanda está também incluso neste caso. Contraditórios a terapia imposta pela citada Comunidade Terapêutica, agrada-nos os sujeitos que possam questionar os saberes absolutos.

Tendo corrido o risco de termos fugido do assunto, retomamos detidos às notas sobre as recepções de grupo, não sem apontarmos, reiterando, que os grupos se exibem como uma das variadas chances que os sujeitos podem ter de apreender o inconsciente no reposicionamento subjetivo face aos impasses psíquicos.

Expomos outra vinheta clínica, entramos em um quarto coletivo da enfermaria, no setor “Clínicas”. Em um rápido raciocínio, levando em consideração que não havia acompanhantes, somente os sujeitos do tratamento, apresentamo-nos e perguntamos sobre o que as trouxe ao hospital. Eugênia respondeu que era a má circulação do sangue, Cleusa disse que era o coração e Dirce disse que foi internada em decorrência de um aborto espontâneo. Eugênia conseguia se pronunciar mais, revelou que tinha depressão e que a vinda dela à Santa Casa, com todos os problemas de saúde que possuía, não foi ao acaso, “as coisas vão se acumulando e quando vê aqui estamos, é um cansaço mental que acaba com o nosso corpo”. Dirce concordou, referindo que sentia um peso nas costas, carregava muitas coisas, “coisas que só a mulher acaba carregando”. Cleusa ficava quieta, assentia em tudo com a cabeça. Solicitamos que falassem do

cansaço mental (significante ventilado por Eugênia) e de súbito fomos interrompidos por uma trabalhadora da cozinha, aliás, por vezes os atendimentos eram obstaculizados por conta dos procedimentos corriqueiros das equipes da Santa Casa. Cleusa, ao que Dirce disse sobre se sentir sozinha em tudo, mencionou que se sentia sozinha longe dos pais, disse isso em um tom emocionado. Eugênia, a mais velha das três que estavam no quarto, expressiu que perdeu os pais há anos e ficou grávida do primeiro filho aos 15 anos de idade. Dirce emendou, mencionando o quão sofrido foi a vida dos pais.

Um ponto dos seus discursos que se despertou, principalmente em Eugênia, foi quando elas falavam de ansiedade e de nervosismo, por duas vezes estes significantes foram veiculados na conversação com as três, como se todas sofressem e ficassem ansiosas da mesma forma. Decidimos, na última vez em que isso apareceu, interceder: “Vocês falam como se o sofrimento de vocês fosse o mesmo em todas, como se vocês não tivessem a própria dor”. Estatelaram os olhos ao escutarem a pontuação. Na urgência o olhar era o que se destacava quando um discurso se abria para os sujeitos, levando-os a produzirem novos sentidos, fato curioso a nos convidar para refletir sob o adágio lacaniano: e não são os discursos sem palavras? Percebendo que o trabalho estava sendo muito interrompido, por conta das medicações a serem aplicadas pela equipe de enfermagem, horário de café e de visitas, decidimos encerrar o encontro naquele instante. Frisamos que acreditávamos que elas poderiam se beneficiar do exercício de falar nos grupos psicoterapêuticos em funcionamento. Existiam grupos psicoterapêuticos, orientados em Freud e Lacan, sendo ofertados por psicólogos em certas UBS do município. Todas se interessaram, Eugênia, que inclusive era vizinha de uma UBS, foi quem se empolgou mais com a ideia.

Observamos que assim como nos atendimentos individualizados os sujeitos nos grupos ao pronunciarem a razão de estarem internados, ou dizerem sobre o que sofreram para irromperem no hospital, externalizavam uma demanda – dificuldades que extrapolavam as queixas relacionadas às agruras físicas de seus corpos. Nesses casos, acreditamos que a postura do psicoterapeuta terá de ser intercessora e assumir a função de fazer surgir a palavra e deixá-la circular no grupo. Procurando conseguir o correspondente da associação livre e seus efeitos, ele precisa

(...) economizar as falas que possam fomentar a reciprocidade e complementaridade paralisante das associações espontâneas do próprio grupo. [...] Em suma, deve ser capaz de funcionar como caixa de ressonância que mantém no horizonte a ética do grupo como dispositivo autopoiético, e do sujeito como dono de sua própria cura (COSTA-ROSA, 2013b, p. 242).

A condução do tratamento é disposta num caminho em que os sujeitos consigam produzir os sentidos inconscientes relacionados ao recalco das suas histórias particulares, podendo enveredar-se na produção de novos significantes. Evidenciamos assim que, do ponto de vista da Ética na Psicanálise e na Saúde Coletiva, enquanto proposta de ação nas Unidades hospitalares, a escuta na modalidade de grupos é válida. Apresenta-se como uma tática para a eliminação das grandes filas de espera, das pessoas que estão buscando por psicoterapias no SUS. É digno salientarmos, desta maneira, que a criação de formas de tratamento em saúde que são de base coletiva, estão cunhadas em um princípio que é avesso ao doença-cura e sintoma-resposta. Defendemos, nestas condições, que a escuta de grupos é um dos meios de ampliação das ações do dispositivo Clínica da Urgência. Conferimos a essa proposta o título de uma das peças-chave na práxis do prelúdio às entrevistas.

PARA COMPREENDER E CONCLUIR

O desenvolvimento do dispositivo Clínica da Urgência e a ampliação que propomos dos seus meios de ação é o resultado de três intercessões-pesquisas, a contar com esta, no campo da Atenção hospitalar em Saúde (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016; COSTA, 2016; COSTA, COSTA-ROSA, 2021). Esse trabalho se ancorou na Ética da Saúde Coletiva, apreciamos que os alargamentos de seus alcances só têm sentido se estiverem orientados pelos seus ideários.

Compreendemos que é necessária uma intransigente crítica aos preceitos de saúde-doença e normal-patológico presentes nos hospitais gerais. Neste aspecto, sugerimos a instrumentalização do conceito de *saúde subjetividade* elaborado por Costa-Rosa (2013a): não há produção de saúde desvinculada da produção de saúde psíquica e não há produção de saúde sem produção de subjetividade, seja ela singularizada-desejante ou serializada-capitalística.

Os fenômenos “trauma”, “angústia”, “morte” e “tempo” foram os elementos que julgamos importantes aludir a partir da Psicanálise, ficaram pendentes em nossa dissertação de mestrado (COSTA, 2016). Para contrastar com suas acepções organicistas, hegemônicas nas Unidades hospitalares (ANTUNES, 1991), discutimos uma perspectiva de tratamento que introduz uma Clínica da palavra com o sujeito do inconsciente como ator em seu processo de saúde-adoecimento. No que se refere a morte, pensamos que nos resta investigar mais sobre a sua concepção e reservar para ulteriores intercessões-pesquisas um estudo que amplie a extensão do seu sentido, do plano originário para o plano mais geral e social.

Frente ao encontro iminente com a morte, destacamos o confronto com o Acidente e o consequente abalo na cadeia de significantes. A precipitação em atos suicidas pressupõe a ausência de significantes que possam ser representados em palavras, como fonte de recursos Simbólicos diante do gozo angustioso – o que resta a ser simbolizado e o que ultrapassa a linha entre o prazer e o desprazer, provocando sofrimento no sujeito.

Através da escuta dos sujeitos do sofrimento, e da revisão de literatura de textos de psicanalistas argentinos⁷¹ sobre a Clínica da Urgência (os que mais publicam sobre o assunto) (BELAGA, 2005; SOTELO, 2007a; 2007b; 2007c; 2007d), delineamos os seus fundamentos e deslindamos sete expressões da urgência. Diferenciamos-nos dos psicanalistas argentinos em três planos: 1) Situamos o dispositivo Clínica da Urgência no âmbito hospitalar “comum” e não psiquiátrico; 2) Nossa práxis está entrecruzada à realidade brasileira e às bases prático-teóricas da Reforma Sanitária; 3) Não restringimos à escuta clássica individualizada, atuamos em torno das possibilidades variadas de ofertas transferenciais.

Mais do que pretendemos uma continuidade do tratamento analítico a intenção era que o operador da escuta fosse um articulador de Rede, privilegiando condições para que os sujeitos fizessem as suas próprias redes em seus Territórios de origem. Tínhamos o esforço de oferecer encaminhamentos às psicólogas e psicólogos que atuavam nos domínios da Saúde Pública e que atendessem sob o mesmo horizonte ético. O posicionamento clínico do psicólogo esteve avisado pelos referenciais de Freud e Lacan.

Designamos o prelúdio às entrevistas como a maior contribuição desta práxis. Enxergamos como válidos os argumentos de Tenório (2000), em favor da recepção-escuta de grupos, pensando o manejo da transferência, apropriamos deles para a práxis hospitalar. Parafraseando Tenório (2000), o prelúdio às entrevistas teria por pilares a desospitalização da demanda e a subjetivação da queixa em princípio de tratamento, o sujeito pode se interessar pela dimensão subjetiva da dor que o aflige. O prelúdio às entrevistas se demonstra, neste sentido, uma ferramenta profícua para a prática da Psicanálise nas instituições. Em sua *anterioridade lógica*, ele é prévio a todo início de tratamento preliminar numa análise e é em ato o próprio tratamento.

Todavia, reforçamos alguns detalhes dos casos na escuta da urgência. Evidenciamos que sobre as demandas relativas a dores intensas, profundos cortes no corpo, destas, o clamor dos sujeitos por uma resposta, um sentido para aplacar a angústia, era bastante intenso. Era pouco produtivo interrogá-los, histericizar os seus discursos, na direção de os colocar no lugar do

⁷¹ Na Iniciação Científica (COSTA; COSTA-ROSA; AMARAL, 2016) e no mestrado (COSTA, 2016), estudamos o suficiente os autores brasileiros com teorizações relacionadas ao tema.

trabalho e de tratar os seus impasses por meio da livre-associação. O papel do operador da Psicanálise nesses casos foi assinalar para os sujeitos os significantes em seus discursos que os ajudassem a se restituir no laço social, na linguagem e, por homologia, constituir algo do que na relação *infans*-Outro materno é reportado a um corpo como fundação da primeira imagem de si. Assim, em geral, os significantes a serem sublinhados não se destacavam em forma de perguntas, mas em forma de eco do que foi dito, ou ainda, na forma de um sentido necessário que era preciso para se habitar a realidade e se ligar à demanda, ao reconhecimento do que era o impasse e do que requeria ser trabalhado para alçar o desejo.

Abordando outro aspecto do nosso trabalho, assumimos que não nos incomodávamos em escutar os sujeitos próximos de outras pessoas, que estavam em um mesmo quarto, em tratamento ou como acompanhantes. Os que estavam em atendimento conosco não costumavam ter incômodos com quem estava ao redor e, por outro lado, notávamos que isso despertava o desejo de outros sujeitos por perto, “assistindo”, a se pronunciarem sobre as suas angústias. Foram muitos os casos em que fomos procurados depois de sermos vistos escutando as pessoas nos leitos ou os seus respectivos acompanhantes.

E sobre as pessoas que escutamos analiticamente, refletimos: em relação aos sujeitos que expressavam uma urgência maior por um sentido e intervenção clínica no corpo real, o tratamento psíquico estaria concorrendo com o orgânico, de modo que o primeiro estaria dispensado em comparação ao segundo? Não, ocorria que, diante do corpo real e a sua fratura, o recurso ao Imaginário de estatuto mais real era o que estava em causa, residia aí um impossível da operação analítica com o qual precisávamos nos a ver para que houvesse o trabalho subjetivo. Observamos que a direção do tratamento neste espaço se voltava para um manejo a ser feito, de forma que os sujeitos, mais do que a ligação com a figura daquele que ocupava o lugar de terapeuta, pudessem estar unidos ao dispositivo da palavra, melhor dizendo, vincular-se à escuta psicanalítica. Nada mais coerente com a noção de transferência do que privilegiarmos tal aspecto.

A pertinência do dispositivo Clínica da Urgência na Unidade hospitalar está nas suas potencialidades de tratar o Real pelo Simbólico, definição de práxis dada por Jacques Lacan (2008a). A inscrição do significante pela palavra é a eficaz tentativa de nomear, para elaborar, as sensações de embaraço causadas pela angústia. A passagem da urgência orgânica-generalizada à urgência subjetiva implica um provável desfecho: a formulação de uma demanda de análise por parte do sujeito, ainda que depois ele não queira recorrer a um analista.

Terminamos por dizer que os fundamentos éticos para uma Clínica da Urgência, se estamos discorrendo em especial sobre o tratamento público aos sujeitos, deverão incluir as

metas do Movimento Sanitário e dos dispositivos territoriais de Rede. A compreensão dos seus pressupostos de ação permite concluir uma práxis não limitada a simplória transposição do consultório para o Estabelecimento institucional de Saúde. Este é o ponto de articulação entre as múltiplas formas de manifestação das demandas em urgência hospitalar e as suas correspondentes ofertas transferenciais em prelúdio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S. O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. **Rev. SBPH**, v. 11, n. 1., p. 143-160, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011. Acesso em: 30 de out. de 2018.

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.

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

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**, 4 ed. São Paulo: Martin Claret, 2008.

BARONI, C. S. F. **Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade**: uma reflexão sobre a clínica da urgência. 2011. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 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 ago. 2015.

BARRETO, F. P. A Urgência subjetiva na saúde mental. **Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. São Paulo: Edições Eólia, n. 40, p. 47-51, 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 ago. 2015.

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

BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005.

BERTA, S. L. Localização da urgência subjetiva em psicanálise. **A peste**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 95-105, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30462/21073>. Acesso em: 22 de junho de 2021.

BROIDE, E. E. **A supervisão como interrogante da práxis analítica**: do desejo de analista à transmissão da psicanálise. 2017. 122f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC SP, São Paulo, 2017.

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: 20 de março de 2020.

CALAZANS, R.; MARÇAL, J. Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. **Revista aSEPHallus**, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 12, mai. a out. 2011. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_12/artigo_04.html>. Acesso em: 23 de março de 2020.

CALAZANS, R. Sobre a psicopatologia dos atos. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 123-136, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00123.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

CALDAS, H. Trauma e linguagem: acorda. **Opção Lacaniana online nova série**, Ano 6, n. 16, 2015. Disponível em: http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_16/Trauma_e_linguagem_acorda.pdf. Acesso em: 18 de março de 2020.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: forense, 1982.

CARLSON, D. G. **A commentary on Hegel's Science of Logic**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2007.

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 em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CARVALHO, S. B.; COUTO, L. F. S. A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In: BATISTA, Glauco; MOURA, Marisa Decat de.; CARVALHO, Simone Borges de. (Orgs.). **Psicanálise e hospital**: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica, v. 5. Rio de Janeiro: Wark, 2011. p. 133-142.

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

CASTRO, J. E.. A presença do objeto *a* na neurose e na psicose e o desejo do psicanalista. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 47.2, p. 45-68, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200004. Acesso em: 03 de abril de 2020.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, A. **Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave**: integrando a Estratégia Saúde da Família e Estratégia Atenção Psicossocial no Território. 2008. (Trabalho não publicado)

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013a.

COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013b. p. 233-270.

COSTA-ROSA, A. **Édipo e além-Édipo em três tempos**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2014. (Trabalho não publicado).

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP**, v 18, n. especial), 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 17 de março de 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A.; AMARAL, C. H. A. Uma psicologia precavida pela psicanálise: A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. **Revista de Psicologia da UNESP** v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/672/634>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. **Revista Subjetividades**, v. 18, p. 45-58, 2018. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v18n2/05.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. Considerações sobre a ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v., p. 41, 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

COSTA, M. F. **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 e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2016.

COSTA, M. F. **Urgência e sujeito numa unidade hospitalar**: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde. Londrina: Eduel, 2019.

COSTA, M. L. F.; FERREIRA, R. W. G. Não há neurose sem corpo: um estudo sobre o lugar do corpo na histeria e na neurose obsessiva. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 254-261, 2019.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982019000200254. Acesso em: 03 de abril de 2020.

COX, F. P. **Da emergência psiquiátrica à emergência do sujeito: por um trabalho orientado pela psicanálise**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

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 em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

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

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

DELGADO, O. Angustia y trauma. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p. 75-92.

DERZI, C. A. M. Da tragédia... À beleza do sujeito. In: MOURA, M. D. (org.). **Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 3-8.

DONNANGELO, C. A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico. In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. **O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 47-84.

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH**, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007. Acesso em: 30 de out. de 2018.

FALCÃO, A. L. B. **Não há rapport, razão, relação sexual**. Disponível em: www.interseccaopsicanalitica.com.br. Acesso em: 13 de março de 2020.

FIGUEIREDO, A. C.. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. 2000. p. 124-130.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora**, v. 3, n. 2, p. 65-86, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200004. Acesso em: 03 de abril de 2020.

FINK, B. **Fundamentos da técnica psicanalítica**: uma abordagem lacaniana para praticantes. São Paulo: Blucher; Karnac, 2017.

FINK, B. **Introdução clínica a psicanálise lacaniana**. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 81-174.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 123-136.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas**. V. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 79-156.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 15-76.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXII: ansiedade e vida instintual (1933 [1932]). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. p. 85-112.

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1925). In: FREUD, S. **Obras Completas**. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. p. 285-316.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. p. 163-171.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. p. 171-184.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, S. **Obras Completas**. V. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996i. p. 225-274.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, S. **Obras Completas**. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996j. p. 109-119.

FREUD, S. Observações sobre o Amor de Transferência (1915). In: FREUD, S. **Obras Completas**. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996l. p. 109 – 119.

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

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GRANHA, M. T. Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital geral. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital**, 2. 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.

HOLCK, A. L. L. As urgências do falasser. **VI Encontro Americano de Psicanálise da Orientação Lacaniana. VIII Encontro Internacional do Campo Freudiano**: As Conversações do ENAPOL, Buenos Aires, 2013. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Lasurgencias-del-parletre/Ana-Lucia-Lutterbach-Holck.html>. Acesso em: 19 de junho de 2021.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. P. **Lacan, o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Zahar: 2005.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Tradução de Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KLAJNMAN, D. L. **Continuidade ou descontinuidade estrutural**: considerações clínicas sobre a noção de realidade psíquica em psicanálise. 2014. 104f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

KLAJNMAN, D. L. **Todo mundo é louco, ou seja, delirante**: uma concepção desde Freud?. **Tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant**: une conception depuis Freud. 145f. 2018. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise e Sociétés, Humanités, Arts et Lettres) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Université Cotê D’Azur, 2018.

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 1**: os escritos técnicos de Freud [1953-1954]. 2. ed.. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada [1945]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 197-213.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder [1958]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 591-652.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1955-1956]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998c. p. 537- 590

LACAN, J. **O Seminário, livro 3**: as psicoses [1955-1956]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998d.

LACAN, J. **O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente** [1957-1958]. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J.. ...ou pior [1971-1972]. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 544-549.

LACAN, J. Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise [1964]. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro, Zahar: 2003b. p. 187-189.

LACAN, J. Televisão [1974]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. p. 508-543.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola [1967]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003d. p. 248-264.

LACAN J. *Prefácio à edição inglesa do Seminário 11* [1972]. In: LACAN, J. **Outros escritos**, Rio de Janeiro: Zahar: 2003e. p. 567-569.

LACAN, J. Lituraterra [1972]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003f. p. 15-28.

LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003g.

LACAN, J. **O Seminário, livro 10: a angústia** [1962-1963]. Rio de Janeiro: Zahar, 2005a.

LACAN, J. Passagem ao ato e *acting-out*. In: LACAN, J. **O Seminário, livro 10: a angústia** [1962-1963]. Rio de Janeiro: Zahar, 2005b. p. 128-145.

LACAN, J. **O seminário, livro 23: o sinthoma** [1975-1976]. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008a.

LACAN, J. **O seminário, livro 7: a ética na psicanálise** [1959-1960], 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008b.

LACAN, J. **Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Sainte-Anne** (1971-1972). Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, J. **O Seminário, livro 19: ...ou pior** [1971-1972]. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

LAURENT, E. El tratamiento de la angustia postraumática: sin estándares, pero no sin principios. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p. 31-50

MACHADO, M. D. V.; CHATELARD, D. S. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. **Ágora**, v. 16, n. 1, p. 135-150, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16n1/v16n1a09.pdf>. Acesso em: 30 de out. de 2018.

MARON, G. Grupos de recepção: interrogando (n)os grupos. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. 2000. p. 47-57.

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

MEIRELLES, C. E. F. O Manejo da Transferência. **Stylus Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 25 p.123-135, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n25/n25a12.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2020.

MELO, C. B. M. **A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana**. 2009. 162f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital**, 2. 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 ago. 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 ago. 2015.

PISETTA, M. A. A. M. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. **Boletim de psicologia**, v. 58, n. 129, p. 171-183, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200005. Acesso em: 30 de out. de 2018.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

RECALCATI, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. **Latusa Digital**, ano 1, n. 7, p. 1-12, 2004. Disponível em: http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf. Acesso em: 31 de março de 2020.

RODRIGUES, G. V. Nem o sol, nem a morte podem ser olhados de frente. MOURA, M. D. (org.). **Psicanálise e hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 49-56.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F.. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.6, n.13, p.61-74, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69009>. Acesso em: 15 de março de 2020.

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 ago. 2015.

SANTIAGO, A. L.; SANTIAGO, J. El trauma y las neo-inhibiciones. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p. 135-144.

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: 26 de março de 2020.

SEINCMAN, P. M. **Rede transferencial e a clínica migrante: psicanálise em urgência social**. 2017. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC SP, São Paulo, 2017.

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 em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SOTELO, I. **La guardia, la admission, la primera consulta: una coyuntura de emergencia**. En Belaga, G., (Ed.). **La urgencia generalizada**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2004. p. 97-114.

SOTELO, I. ¿Que justifica el psicoanálisis en la institución?. In: SOTELO, I. (Org.). **Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista**. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2005a. p. 155-160.

SOTELO, I. La invención de un lugar para la urgencia. In: SOTELO, I. (Org.). **Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista**. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2005b. p. 97-104.

SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007a.

SOTELO, I. La angustia en la urgencia. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007b. p. 85-110.

SOTELO, I. Acting out y pasaje al acto en la urgencia. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007c. p. 111-140.

SOTELO, I. El sujeto en la urgencia institucional. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007d. p. 21-58.

SOTELO, I. Introducción. In: SOTELO, I. (Org.). **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama ediciones, 2009. p. 7-12.

SOTELO, I.; BELAGA, G.; MORAGA, P.; MENDEZ, P.; ALESANCO, M.; PAGANO, M.; TORRES JIMENEZ, M.; LESERRE L.; ROJAS, M. A. Y.; SANTAMARIA, L. **De la urgencia al síntoma**, 2010. Disponible em:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2021.

SOTELO, I.; ROJAS, M. A. Y.; MIARI A. S. **Hospital, dispositivos, urgencias**, 2011. Disponible em:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2021.

SOTELO, I. **Desborde angustioso**: La urgencia, 2012. Disponible em:
<http://www.causaclinicavirtual.com.ar/mod/page/view.php?id=69>). Acesso em: 22 de junho de 2021.

SOTELO, I.; ROJAS, M. A. Y.; SANTAMARIA, L. **Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur**. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, 2013.

SOTELO, I. ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?. In: SOTELO, I. (Org.). **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama ediciones, 2014. p. 23-30.

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

TARRAB, M. La insistência del trauma. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p. 59-62

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: **Cadernos IPUB**. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17. 2000, p. 79-90.

TOREZAN, Z. C. F.; COSTA-ROSA, A. Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista. **Psicologia ciência e profissão**, v. 23, n. 2, p. 84-91, 2003. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a12.pdf>. Acesso em: 30 de out. de 2018.

TORRES, M. Todos contra la pared en la civilización del trauma. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p. 51-58.

VIVES, J-M. Para introduzir a questão da pulsão invocante. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 329-341, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200007. Acesso em: 31 de março de 2020.

ZUCCHI, M. A. O real do sexo e o inconsciente nos sintomas contemporâneos. **Revista aSEPHallus**, Rio de Janeiro, n. 4, 2007. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/artigo_06.htm. Acesso em: 30 de junho de 2021.

WACHSBERGER, H.. Função das entrevistas preliminares. In: MOTTA, M. B. **IRMA. Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. p. 26-31.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: algumas notas sobre os limites da práxis psicanalítica na sociabilidade capitalista brasileira

Já que é preciso, de qualquer modo, não lhes pintar unicamente um futuro cor-de-rosa, saibam que o que vem aumentando, o que ainda não viu suas últimas consequências, e que, por sua vez, se enraíza no corpo, na fraternidade do corpo, é o racismo (LACAN, 2012, p. 227).

Mais do que colocar um ponto final nesta etapa de nossa jornada com a intercessão-pesquisa na Universidade, queremos com as considerações finais principiar algumas reflexões que poderão nos atravessar nas (possíveis) posteriores teorizações da práxis. As alegações sustentadas refletem não apenas o que julgamos ser a base ética das ideias que estão na tese, são decididamente o posicionamento do intercessor-pesquisador às voltas com os efeitos de seu trabalho junto à instituição. Poderiam nos interrogar: “se o tema desta pesquisa é a Clínica da Urgência, por que diabos o desejo em pretender falar de capitalismo?”. Respondemos que em circunstância das pulsações sociais que desaguam no hospital e estão suplantadas na evidente percepção de que a imensa maioria das pessoas atendidas eram pobres (superexploradas), logo, e dessa maneira, concebemos que o retorno ao complexo lógico-categorial marxiano é imprescindível neste percurso (PETO, 2018).

A atuação em uma Santa Casa de Misericórdia, hospital de média para alta complexidade em uma cidade do Interior Paulista, subsidiou-nos a teorização de um particular modo de operar com a Clínica da Urgência em uma Unidade hospitalar, orientada pelo Dispositivo Intercessor. Sustentamos a validação de uma escuta aos sujeitos do sofrimento que seja indissociável da intercessão na divisão social do trabalho. Defendemos que do ponto de vista de uma Ética da singularização dos desejos, avessa à produção de saúde como serialização de movimentos da vida em sociedade, escutar o sujeito do inconsciente implica não tapar os olhos frente aos modelos instituídos, desconsiderando-os, que reiteram as formas da sociabilidade capitalista no Estabelecimento institucional.

Cumpramos observarmos que mesmo em termos de Políticas Sociais, geridas pelos dispositivos financiados pelo Estado, cada vez mais as Organizações Sociais da Saúde têm ocupado o espaço de atendimento ao público. Foi em razão deste dado, que no Ensaio 2 estendemos a noção de Saúde Pública aos Estabelecimentos de natureza não-governamental, os mesmos têm ofertado uma Atenção de origem estatal à população. Em nosso ponto de vista, este é um retrocesso para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para os movimentos sociais que ajudaram a fundar este sistema.

Concebemos que o fomento às políticas de iniciativa privada, para gerir os dispositivos de Saúde, é um desserviço à população mais pobre e vai na contramão dos princípios fundamentais do SUS, privilegiando aqueles que já são privilegiados socialmente pela sua condição de classe, de raça, de gênero e de sexo. As demandas conjunturais da população e singulares a cada sujeito são deixadas de lado, ocorre que há nessa rejeição um deslocamento das ações territoriais para atendimentos de caráter imediatista, centrados nos binarismos queixa-resposta e carência-suprimento.

Para uma práxis das urgências consideramos ao menos três planos de intercessão-análise-pesquisa, entrelaçados de maneira lógica: 1) a escuta do sujeito do inconsciente em tratamento; 2) o trabalho para que o sujeito teça as suas próprias redes no Território, em continuidade à experiência subjetiva de tratamento no hospital; 3) A atuação ao lado das equipes e do coletivo de trabalhadores, na *intensão* de tensionar a divisão do trabalho que transforma o Estabelecimento em modelo fabril de atendimento.

Os efeitos da experiência do psicólogo advertido pela Psicanálise e por Marx, ocupando posições de trabalhador-intercessor, mostrou-nos o funcionamento de um hospital se intensificando em práticas de saúde no modo grupos-sujeitos e horizontalização de relações sociais (COSTA-ROSA, 2019a). As formas de ação propostas pelo Movimento Sanitário nos inspiraram para o ensaio de uma escuta analítica com inclinação ao enfrentamento de desigualdades sociais.

Os postulados de Marx foram a base para estarmos em uma práxis psicanalítica não guiada por princípios burgueses, auxiliando-nos no horizonte de um SUS norteado prioritariamente às demandas das classes populares. Atestamos a validade ética de nossas ações por meio da abertura do Estabelecimento hospitalar, este, no que lhe concernia, tinha uma flexibilidade em permitir a existência de práticas instituintes: o reconhecimento de uma dimensão psíquica no sofrimento; a aquiescência para implementação de grupos de trabalho, de caráter formativo e crítico, com as equipes da Unidade; a autorização para oferta de recepções-escuta de grupo; e, a articulação em Rede para o acompanhamento e o encaminhamento de casos referenciados pela Saúde Mental do município.

Entendemos que os princípios da Saúde Coletiva, influenciados como são pela abordagem marxista, são um guia para a práxis hospitalar. Levamos em consideração os determinantes sociais como produtores da doença, os marcadores de raça, de sexo e de gênero, imbricados às condições de classe, são determinantes na produção de saúde-adoecimento-Atenção e de subjetividades. É substancial nos darmos conta das múltiplas expressões do

sujeito, circunscrevendo-os como constituídos numa particular conjuntura histórica-social-econômica.

Outrossim, miramos a noção *saúdessubjetividade* (a compreensão de que não há produção de saúde que não seja uma produção de subjetividade) como modelo de prática para a direção do tratamento e as produções de saúde que esperávamos. O nosso panorama de intercessão, buscou uma produção de *saúdessubjetividade* singularizada, nos atendimentos aos sujeitos e nas parcerias com os colegas trabalhadores (COSTA-ROSA, 2013).

Está imbuída na compreensão de saúde-doença apresentada, a admissão de que mesmo nas urgências orgânicas há, inseparável delas, a experimentação de impasses psíquicos, a realidade fisiológica do corpo humano está vinculada à realidade psíquica. Encontramos em Lacan (2001), tendo ele visitado e proferido uma releitura da obra freudiana, uma premissa ética acerca destas presunções: a epistemo-somática. As dores psíquicas, físicas e os fenômenos psicossomáticos, por exemplo, podem ser explicados à luz da hipótese de um corpo como substância e ente gozante. Sobreposto às feridas e lesões que atingem o organismo, há uma relação lógica e constitutiva dos registros psíquicos atreladas a elas, estas respondem à vivência do Acidente, nos encontros com o Real.

Esse conjunto de teorizações, a respeito do plano social das relações de trabalho e da compreensão subjetiva dos fenômenos do adoecimento, compõem de certa maneira a conceituação de Clínica que sugerimos para o contexto hospitalar. Partimos de uma Clínica da Urgência diversa dos psicanalistas argentinos e de outros que foram estudados nesta tese (BELAGA, 2005; SOTELO, 2007a; 2007b; 2007c; 2007d), na medida em que introduzimos, próximo à escuta dos sujeitos, os elementos integrantes das formações sociais. Ampliamos a concepção de Clínica da Urgência a partir da Psicanálise relacionando-a com a realidade brasileira e com os eixos de ação do Movimento Sanitário brasileiro: movimento revolucionário da classe trabalhadora que deu origem ao SUS.

Para tanto, com o término da práxis e influenciados pelas reflexões que dela vieram, fomos inspirados a sugerir a formalização do “*prelúdio às entrevistas*”, ferramenta de *anterioridade lógica* a todo tratamento em Psicanálise nas instituições: tratamento prévio de entrada às entrevistas preliminares. Indicamos que perceber as filigranas de uma escuta analítica em um Estabelecimento hospitalar, revela a necessidade de não aplicarmos a Psicanálise do consultório na Unidade de Saúde. Arranjamos o espaço institucional para quem sabe a Psicanálise possa nele caber. O primário na intercessão-pesquisa é não desconsiderar o coletivo de trabalhadores, a configuração arquitetônica e organizativa dos atendimentos ofertados pelo Estabelecimento, bem como da Rede na qual este último está inserido.

A Clínica da Urgência que operamos na Santa Casa foi baseada na abordagem multirreferencial “Dispositivo Intercessor” (DI). Embasado em uma ação-reflexão de cunho transdisciplinar, o DI propõe a subversão dos saberes instituídos pelo capital e a superação dialética das disciplinas. Afirmamos a possibilidade de assegurar, em uma determinada leitura, que Freud (1996a; 1996b) não opõe o orgânico ao psíquico e muito menos o social ao individual. É notório dizer que o DI dialoga com preceitos teóricos não binários em suas formulações reflexivas, uma vez que a busca é por tensionar os limites das referências universitárias que são tecnicistas ou transcendentalistas.

No que nos concerne, mencionando os impasses que a realidade nos trouxe, vimo-nos na necessidade de interrogar os limites de nossa experiência, advertidos pela psicanálise, na conjuntura formação social capitalista. Sendo assim, sintonizados com o horizonte ético-político do DI, encontramos na *Psychanalyse Mineure*⁷² (AYOUCHE, 2018) e na *Psychanalyse Sociale*⁷³ (HUBERT, 2017) veículos de intercâmbio importantes quanto ao que pretendemos aspirar em torno de nossa prática.

Ayouch (2018) sugere a Psicanálise Menor como um questionamento ao discurso psicanalítico em suas heranças binárias. A ideia é privilegiar uma escuta que tenha a sua atenção voltada aos sujeitos minorizados, em suas identificações singulares contemporâneas e em seus processos de subalternidade e subalternização, para além das normatividades sociais, culturais e de gênero que são classistas, racistas, sexistas e misógenas. Em uma linha de trabalho similar, o psicanalista Hervé Hubert⁷⁴ (2017) propõe a Psicanálise Social como uma práxis que tem como objeto primeiro o “social”, o seu campo de intervenção é a análise dos processos sociais e políticos que consideram o sujeito como um ser social, no sentido marxiano do termo. O objetivo da Psicanálise Social é notabilizar a transferência e, nomeando-a de transferência social, analisar o não-sabido da formação social e das formações psíquicas.

Dentro deste arcabouço clínico-teórico e ético-estético, o DI, através da postura do trabalhador-intercessor e do intercessor-pesquisador, é o que garante os alcances da Clínica da Urgência como um modo de operar subversivo, no enfrentamento às desigualdades sociais e na escuta de sujeitos em sofrimento psíquico. Tal especificidade de trabalho, orienta-nos rumo ao

⁷² Psicanálise Menor (tradução independente)

⁷³ Psicanálise Social (tradução independente)

⁷⁴ Fonte: <http://www.apps-psychanalyse-sociale.com/atelier-pratique-psychanalyse-sociale>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

resgate do caráter revolucionário⁷⁵ da Psicanálise e nos afasta de sua prática convencionalmente “individualista”, restrita aos consultórios privados.

Uma posição da psicanálise sobre os fenômenos sociais e políticos

Todavia, diversamente das ditas práticas individualistas, a experiência enquanto trabalhador-intercessor, e a sensação de recuperar uma dimensão subversiva da Psicanálise, evocaram algumas perguntas: a Psicanálise tem em sua teoria e prática a proposição de uma práxis revolucionária para ser recuperada? Como aparece a sua postura subversiva? O que dizem de revolucionário os psicanalistas a respeito de temas debatidos no cenário contemporâneo, como por exemplo, sobre as instituições, a desigualdade social, a segregação, o racismo, o machismo, a homofobia e a política?

Acreditamos que em relação aos fundamentos éticos do DI, é fundamental o tensionamento das abordagens referenciais inerentes ao seu modo de operar, por meio da experiência do trabalhador-intercessor, de modo a afastá-las do caráter disciplinar pelo qual poderiam ser atravessadas e atravessadoras (COSTA-ROSA, 2019a).

Assim sendo, para teorizarmos os limites da escuta analítica, resolvemos elaborar uma categoria conceitual: *A relação do particular com o social*. Por meio da exposição de fragmentos clínicos procuramos ser freudianos dentro da legalidade dos postulados de Marx, colocamos o nosso método à prova de sua imperfeição (FREUD, 1996c) e, antes de tudo, fazemos o exercício de problematizar a prática assentados numa crítica ao capital e às suas produções de sociabilidade (MARX, 2013). As formas sociais capitalistas que estão expressas inclusive no referencial utilizado para escutar os sujeitos do tratamento.

Elucidamos que a imensa maioria das pessoas que escutamos, em trabalho analítico, era marcada pelos processos de pauperização que assolam os países latino-americanos desde a sua colonização. Em alguns casos, sentíamos que estaríamos limitados “apenas” com “uma escuta”

⁷⁵ Levando em consideração as citações, poderão existir aqueles psicanalistas que dirão: “não partilhamos da ideia de revolução na psicanálise, já que, segundo Lacan, a revolução é retornar para o mesmo”. Inquieta-nos, dialogando com esses colegas, nossos interlocutores, como ao lerem estas citações as desconsideram em seus contextos. Se descrevermos o que enfatizou Lacan, possuímos a oportunidade de matizar o que ele disse, a revolução da qual ele comentava dizia respeito ao *sentido que vinha sendo apreendido em sua época* (LACAN, 2003a), em meio aos efeitos de Maio de 68, e ao *emprego que era dado à palavra revolução* (LACAN, 1992). Estamos avisados que Lacan foi afetado pela obra de Marx, o qual por vezes é mencionado em seu ensino. Não acreditamos que o uso que Lacan fazia do conceito de revolução era inadvertido ou inocente, quando o próprio Marx (MARX; ENGELS, 2013), em “Lutas de classes na Rússia”, combateu o emprego leviano que se fazia do termo revolução, em torno de uma concepção “etapista”, “evolucionista”, eurocêntrica e “unilinear”. Marx e Engels, juntos, questionavam os movimentos políticos revolucionários que não partiam da classe trabalhadora para a própria classe trabalhadora.

para oferecer, por mais que a ética da nossa ação incluísse as articulações de Rede, o trabalho cooperado com as equipes hospitalares e contemplasse uma visão ampliada das demandas.

Referimo-nos ao que nos trouxe algumas mulheres em atendimento. Ivete era uma mulher de aparentemente cinquenta anos, acompanhava o marido que estava com uma prejudicada circulação arterial. Disse-nos, no quarto onde ele se encontrava, que enfrentava uma guerra no hospital e fora dele. O atual esposo estava desempregado e possuíam somente a pensão do seu ex-marido, há uns anos falecido.

Ivete revelou não saber se iria aguentar tanta dor, faziam dois anos que a sua mãe morreu e em seguida quem veio a óbito foi o companheiro com quem partilhava a vida, depois de dois meses o seu irmão foi assassinado. E naquele momento, o seu companheiro estava bastante doente. Pronunciou que estavam com dificuldades financeiras, receava não terem o que comer em casa quando saíssem do hospital. Expressou que não tinha ninguém com quem conversar, desabafar, carregava um peso nas costas e não podia dividir isso com mais ninguém, tinha que ficar sozinha e calada com os seus pensamentos.

Em sua vez, Rita indicava estar com fortes dores de cabeça, estava internada em razão desta queixa. Contou que seu esposo dizia que era frescura. Relatou que perdeu muitas pessoas na vida, a mãe, o pai, os irmãos e sofria por isso. Por muito tempo viveu passando fome, existiam dias que em casa havia água, mas não comida. Rita fazia uso intenso de medicações psicotrópicas, dentre elas ingeria o “Diazepam”. Dos seus três filhos, dois estavam presos e em cárcere também se encontrava o marido. Confessou não saber o que era sonhar. Não sonhava mais, há muito tempo não sabia o que era isso, afirmou repetidas vezes.

Diferente de Ivete e Rita, Fabiana materializou em seu discurso um destaque de maior acentuação nas violências preconceituosas sofridas. Estava internada em decorrência de uma cirurgia que realizou para a retirada de um mioma no útero. Estudou grande parte da vida na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), sempre ouviu das pessoas ao seu redor que tinha “problema de cabeça”, no entanto, acreditava ser “normal”, capaz como qualquer um. Comentou que era maltratada, por aparentar ser diferente dos demais, por ser “boazinha” e “calma”. Fabiana cresceu com a avó e com o avô, enfatizou que a mãe não a quis, doou-a aos avós. Segundo Fabiana, a sua mãe biológica gostava de lembrar a todos que ela não era a sua filha. Expressou que o seu pai, assassinado há uns anos, era o único que lhe dava carinho e atenção, amava-a como ela era.

Diante das queixas escutadas, de imediato, éramos levados à famosa pergunta de Lênin (1978), que deu nome a um livro seu: “**Que fazer?**”. Os três casos relatados apresentavam os seus respectivos sintomas, em seus discursos apareciam as perdas irreparáveis, vividas como

violentas, além de tristezas e impasses dos quais não esboçavam, por meio da fala, vislumbrar qualquer tipo de saída ou resolução a curto, médio ou longo prazo. Nas suas histórias existiam: assassinatos, mortes abruptas e sequenciais, encarceramentos (dos filhos e de marido [presos por conta do tráfico]) e preconceito. E junto aos lutos, notabilizavam uma privação real da qual a expressão de falta também residia ferozmente no desemprego, na ausência de recursos materiais mínimos para sobreviver, tais como, por exemplo, a comida.

Colocamo-nos a escutar essas mulheres, como em toda sessão, almejando o sujeito do inconsciente e o aceno para a formulação de uma questão de análise, a ser esboçada conosco ou noutro momento em outro espaço. Apesar disso, esbarramos numa impossibilidade que não era a de analisar, de governar, de educar e tampouco era a de se fazer desejar: o impossível que confrontamos era o de viver. A possibilidade de sobrevivência para elas estava bastante ameaçada, quiçá então as chances para uma vida digna.

Cada uma atendemos em um dia, dado que logo em seguida receberam alta para retornar às suas casas. Avisados pela Psicanálise, sucumbimos nos limites do que podíamos naquelas experiências. A sensação era de que essas mulheres teriam saído dos trabalhos de análise, em “prelúdio às entrevistas”, da mesma forma que entraram. *A posteriori*, pensamos: “falaram de suas angústias, de seus conflitos e lutos, para retornarem aos seus ‘lares’ e depois voltarem a padecer da fome e do desemprego?”.

Não encontramos respostas para as questões, porém, reiteramos as perguntas: “o que fazer? O que fazemos com isso?”. “O que poderíamos com a Psicanálise numa instituição de atendimento ao público, defronte demandas da ordem do morticínio social, de mortes e privações provocadas pelas formas de produção da vida material capitalista?”.

A realidade capitalista latino-americana e a práxis possível

Tendo em vista as grandes privações e misérias materiais que os sujeitos manifestavam, articuladas aos impasses psíquicos dos quais também sofriam e nos endereçavam, decidimos construir uma reflexão em torno disso. **A relação do particular com o social** foi a categoria conceitual imprescindível para a práxis defendida, esta relação tem como premissa a interlocução entre as referências nas obras de Marx, Freud e no ensino de Lacan. O começo por Marx é justificado pelo fato de ser o autor que nos auxilia em um posicionamento na luta social, em favor da classe trabalhadora. A psicanálise que elegemos está implicada em um processo revolucionário (COSTA; COSTA-ROSA, 2020; COSTA, DIONÍSIO, 2020). Por esse motivo, concordamos com Slavutzky (1983, p. 55):

Os caminhos alternativos da psicanálise, em uma perspectiva de integração às lutas sociais e políticas da América Latina e do mundo, na busca de uma sociedade mais justa e humana, estão associados à sorte destas lutas. Sempre que sopram ventos conservadores, com golpes militares, toda cultura e também a psicanálise sofrerá, menos é óbvio, que o povo em geral. Quando sopram ventos democráticos, progressistas, os caminhos alternativos estarão fortalecidos. A ideia de ventos pode parecer uma questão natural; não se trata disso, os fatores econômicos, é sabido, são os determinantes em última instância, mas os seres humanos, através da política, das classes, estão em contínuo movimento.

Em tempos de governos com aspirações militares e políticas conservadoras se torna decisivo o retorno a Marx, conforme fez Lacan com Freud e também com o primeiro (LACAN, 1992). Enquanto trabalhadores advertidos pelos fenômenos sociais e pelas formações do inconsciente, pontuamos que tomar um partido rente às populações minori[ci]zadas, em contextos nos quais as pessoas estão sofrendo as mazelas de todas as sortes, é um ato de humanidade.

Notamos que Marx (1996; 2010) era atento ao componente subjetivo que existe no consumo, na expropriação que há na compra e venda da força de trabalho. Marx (1996) sinalizou que todo consumo (como produção) é objetivo e subjetivo, e chegou a enfatizar que no sentido humano o sofrimento é um gozo que o homem tem de si próprio (MARX, 2010).

Muitas décadas após a morte de Marx, em 1937, numa carta a R. L. Worrall, depois de ser informado pelo mesmo de que Marx e Engels não desprezavam a atividade psíquica implicada nos fatores econômicos, Freud soube assumir a importância do pensamento marxista e decidiu que essa descoberta desfazia a principal diferença que acreditava existir entre o marxismo e a psicanálise (JONES, 1989).

Neste mesmo caminho, Lacan captou as similaridades éticas entre Marx e Freud, e Hubert (2017), as precisou, sublinhando que o francês foi o primeiro psicanalista a reconhecer as contribuições do pensamento marxiano: Marx trabalhou sobre a questão do não querer saber disso que faz a vida social funcionar, ao passo que Freud investiu na questão do não querer saber do que faz a vida psíquica funcionar.

A postura materialista de Lacan ao longo dos seus seminários não é escondida. No ano de 1971 ele afirmou que não era nominalista (postura teórica que defende o caráter abstrato e universal dos conceitos), pois, para sê-lo era preciso renunciar por completo o materialismo dialético – esfera teórica do materialismo histórico (ALTHUSSER; BADIOU, 1979; LACAN, 2009). Alguns anos antes, em “Respostas a estudantes de filosofia” [1966], proclamou que a sua teoria da linguagem era materialista, uma vez que o significante como linguagem era matéria (LACAN, 2003b; 2009; 2012).

Destarte, confessamos que é de se surpreender o fato de que possam haver psicanalistas [que chamam a si mesmos de] lacanianos que forcluem este dado histórico. Para Lacan (1992), Freud e Marx não terem dito besteira era o que os caracterizaria.

Em que consiste a citação? No decorrer de um texto em que você avança mais ou menos bem, se você está, digamos, nos pontos certos da luta social, de repente cita Marx, e acrescenta – *disse Marx*. Se você é analista, cita Freud e mete: – *disse Freud*. Isto é capital. [...] Quando se cita Marx ou Freud – não foi por acaso que escolhi estes dois nomes –, isto se dá em função da participação em um discurso pelo leitor suposto (LACAN, 1992, p. 37, *grifos do autor*).

Parece haver em Lacan, um esforço de atribuir a Marx uma conexão que privilegia complexificar a análise do sujeito do inconsciente, como forma de não incorrerem no problema ético de localizar a dimensão gozosa humana numa “transhistória” e, por conseguinte, não deixarmos de a sublinhar em uma específica conjuntura temporal. Não consentimos com a ideia de que possa existir arbitrariedade no ensino lacaniano, nas afirmações de que o mais-valor é o memorial do mais-de-gozar e de que ambos seriam homólogos. Salvaguardamos que é possível tirar consequências da máxima de que o processo de exploração humana está envolvido na espoliação de gozo, ou seja, tanto a exploração quanto a espoliação dizem respeito a uma mesma lógica de funcionamento (CUÉLLAR, 2015; LACAN, 1992; 2008; POLI, 2017; COSTA; COSTA-ROSA, 2020; COSTA, DIONÍSIO, 2020).

Conforme Hubert (2017), Marx teria sido um precursor do estádio do espelho⁷⁶ e o inventor do sintoma, por dar o sinal de algo que não vai bem no Real. Na presente construção argumentativa, o particular da experiência subjetiva está imbricado no plano da realidade social compartilhada. Há um irreduzível que escapa ao sujeito e o deixa submetido a registros culturais e valorativos que lhe são anteriores, determinando-o por intermédio do lhe é significativo (LACAN, 1999; 1974-1975).

O que lhes disse pode, entretanto, ter sido mal entendido, o que acabo de dizer, entendido de forma que seja apreendido no sentido de saber se a psicanálise é um sintoma social. Só há um sintoma social: cada indivíduo é realmente um proletário, quer dizer, não tem nenhum discurso do qual faça elo social, dito de outra forma, semelhante (LACAN, 2002, p. 13).

⁷⁶ Lacan (1999) em “O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente”, cravou Marx como o precursor do estádio do espelho. Em uma nota de rodapé no capítulo I do Livro I de “O capital”, disse Marx (2013): “De certo modo, ocorre com o homem o mesmo que com a mercadoria. Como ele não vem ao mundo nem com um espelho, nem como filósofo fichtiano – Eu sou Eu –, o homem espelha-se primeiramente num outro homem. É somente mediante a relação com Paulo como seu igual que Pedro se relaciona consigo mesmo como ser humano. Com isso, porém, também Paulo vale para ele, em carne e osso, em sua corporeidade paulina, como forma de manifestação do gênero humano” (p. 1125).

Interpretamos a citação entendendo que o proletário é o sujeito que se viu obrigado a produzir, diante da perda do objeto, uma alienação à linguagem, cujo significante encontrado foi o do mestre, capaz de o ajudar a fazer sintoma para estar no laço social. Lacan dizia que Marx era um dos teóricos por quem mais tinha simpatia, olhava-o como um poeta, alguém que criou uma obra possível de se fazer movimento político a partir dela, qualificada de materialismo histórico. Marx teria sido o primeiro a abordar os traços que caracterizam o sintoma, desvelando o segredo de que o capital em seus efeitos é marcado por sintomas circunscritos à norma proletária (LACAN, 1977-78; 2016).

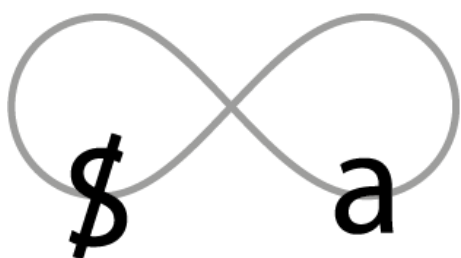
Segundo Askofaré (1997) e Naveau (1997), foi por intermédio da obra de Marx que Lacan pôde forjar a noção de sintoma social, inserindo-a no campo freudiano. Por conseguinte, com este avanço teórico, a teoria enfim é coerente com o que ocorre materialmente na prática. Nela, constatamos que há um saber em todo fazer e, portanto, em relação aos sintomas, há em cada um a expressão do sintoma social que é dominante em nossa cultura. “O que Lacan introduziu como *sintoma social* não deve portanto ser oposto ao *sintoma particular* da mesma maneira que uma vã psicologia opõe o individual e o coletivo ou o subjetivo e o social” (ASKOFARÉ, 1997, p. 182).

Apropriando-se de Melman (2000), Costa-Rosa (2016) intensifica a ideia de “sintoma social” à categoria de conceito, definindo o que seria o Sintoma Social Dominante e as suas fisionomias principais. O Sintoma Social Dominante é caracterizado pela relação efetiva entre o modo de produção da vida material (capitalista) e os modos de subjetivação. O sintoma é assinalado como socialmente dominante por possuir uma estrutura homóloga à formação social em que ocorre. As suas fisionomias principais contrastam com traços que dizem respeito a uma proximidade do sujeito com o objeto e a uma dificuldade do primeiro se separar deste último. Destas fisionomias do Sintoma Social Dominante, citamos: as toxicomanias, as compulsões diversas, as depressões, as bulimias e as anorexias. Nesta sequência, aquiescemos com a manifestação de Askofaré (2009), de que os significantes que ordenam nossas relações com o trabalho, o gozo sexual, a propriedade, as instituições, e com os sintomas delas decorrentes, estariam assegurados pelo discurso do mestre dominante na contemporaneidade.

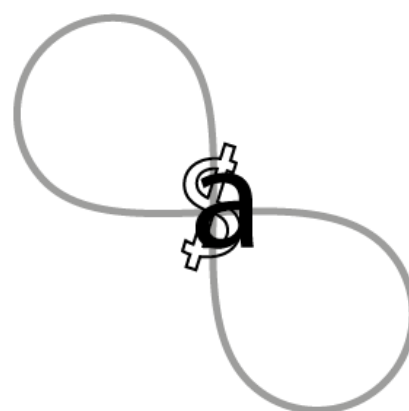
Consideramos significativa a proposição lacaniana de precisar o indivíduo como o proletário. Marx (1982) indicou este último como aquele que é confundido com o objeto-mercadoria por ter o valor de seu trabalho transformado em interesses mercantis. Nestes termos, o sujeito apreendido por indivíduo vive senão para reproduzir uma relação que o destitui de sua singularidade de desejante e o mantém comandado por um saber de mestria.

Costa-Rosa (2018⁷⁷) aperfeiçoou o que escutamos sobre o sintoma particular, enquanto uma expressão do sintoma social. Para o psicanalista e analista institucional, as realidades subjetivas e sociais estão entrelaçadas moebianamente pelos Discursos do Mestre e do Capitalista, elas são respectivas formas de produção de laço social e meio de se vincular à mercadoria. Portanto, as formações sociais estão em continuidade moebiana às formações do inconsciente, são diferentes lados de uma mesma fita que se entrecruzam, consumando-se, em cada dobra sua (COSTA-ROSA, 2019a).

Se prestarmos atenção, por meio da Banda de *Moebius*⁷⁸, podemos ver os dois planos, de um lado o da realidade subjetiva com o sujeito do inconsciente (\$) e à distância o seu objeto *a*. E do outro lado, ao realizarmos uma torção na mesma fita, enxergamos o lado da realidade social capitalista e, por consecução, o objeto amontoadado no sujeito, isto é, falta a mediação simbólica entre o sujeito e o objeto. Neste registro da experiência psíquica o sujeito está morto. Sendo assim, a relação entre os “lados” é moebiana porque em cada um dos lados é possível visualizar o outro.



GRAFO – Formações Inconscientes

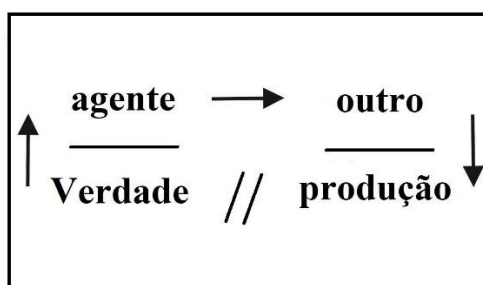


GRAFO – Formações Sociais

⁷⁷ A exposição teórica referente à relação moebiana entre as formações sociais e formações inconscientes, ora compartilhada nesta tese, são de inteira autoria de Abílio da Costa-Rosa, foram escritas em dois momentos no ano de 2018: em uma orientação de intercessão-pesquisa como parte do doutorado e, posteriormente, em um encontro do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “SubjetividadeSaúde” (LATIPPSS). Essas reflexões, pouco tempo antes de seu falecimento, eram teses nas quais Costa-Rosa estava trabalhando para iniciar o processo de as escrever e posteriormente as publicar.

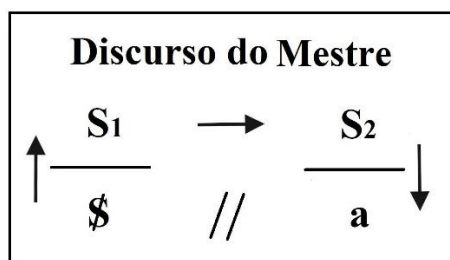
⁷⁸ Referência à Banda de *Moebius*: estrutura da topologia conhecida também como fita ou laço, utilizada pelos matemáticos para pensar o fora e o dentro em uma superfície infinita, como lados (espaços) que não são antagônicos. Lacan se apropria dos conceitos matemáticos para analogamente pensar a estrutura do inconsciente: um significante não possui somente um significado, enquanto isso que representa o sujeito para um outro significante, a sua capacidade de significação do dito é contínua e infinita. Sendo assim, a realidade para Lacan (2007) é um dentro que não é sem um fora. E, o que há de mais profundo nos dizeres do sujeito, encontramos-lo na própria superfície do seu discurso. Portanto, a paráfrase que realizamos incide na compreensão de que a realidade social é indissociável da realidade inconsciente, não há realidade psíquica que não se constitua a partir de uma realidade social e vice-versa.

Conforme Costa-Rosa (2018), encontramos em Lacan o entendimento de que o discurso do inconsciente, abrangido pela Realidade Subjetiva, é o Discurso do Mestre. No mesmo instante, descobrimos com Marx, interpretado por Lacan, que a Formação Social pode ser lida como o Discurso do Capitalista. Os discursos são aparelhamentos do gozo pelo significante. Lidos como modos de subjetivação, os discursos ultrapassam as palavras. São Modos de Produção de laço social que se estruturam em quatro lugares (Agente, Verdade, outro/Trabalho, Produção) e estão encarnados por quatro elementos. Dependendo da modalidade de produção de laço social em movimento, os elementos se revezam por entre os lugares (COSTA-ROSA, 2013; 2016; LACAN, 1992).

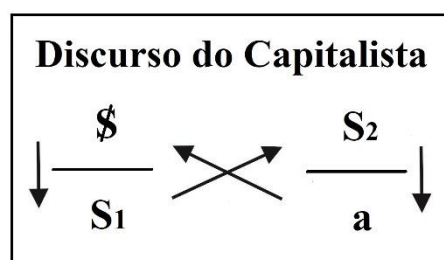


Estrutura dos discursos

Conforme Magno (2007), o agente suportado pela verdade, e impulsionado por ela, é quem põe o discurso em ação, faz agir um outro que está no lugar do trabalho a realizar uma produção. A partir de Lacan (1978; 1992), Costa-Rosa (2018) propõe pensarmos o Discurso do Mestre e o Discurso do Capitalista, ele expõe a constituição do sujeito e a consequente sociabilidade na qual se está fadado no consumo da mercadoria.



Discurso do Mestre



Discurso do Capitalista

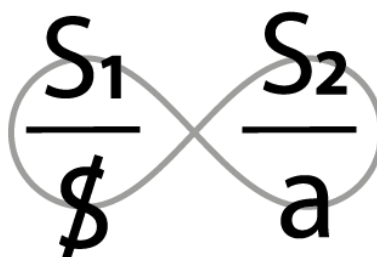
O Discurso do Mestre (DM), compreendido como a fundação de um laço social em ascensão à linguagem, é o sujeito (\$) representado por um significante [unário] (S_1) para um outro significante [secundário] (S_2). Em relação ao objeto causa de desejo (a), as marcas da

impossibilidade (//) representam um não conseguir, da parte do sujeito, reaver este objeto para sempre perdido. A dominância e a finalidade do DM é o governo. É sabido que na sociedade em que estamos, incondicionalmente em algum momento iremos nos deparar com o seguinte ponto: O capitalista (S_1), impulsionado pela verdade de que a ele falta o saber (\$), agencia um trabalhador (S_2) para produzir os seus “objetos” – saber-a-mais e valor-a-mais de gozo (COSTA-ROSA, 2018).

Igualmente, a consumação do Discurso do Mestre na modernidade, o outro lado da banda, é o Discurso do Capitalista (DC), o qual Jaques Lacan (1978) indicou como o discurso do mestre moderno. A inversão do DM é a falta-a-ser do \$, representando um poder de comando (S_1), transformada em fissura. Nesta perspectiva, a queda da impossibilidade na sociedade capitalista é a viabilidade de que o sujeito se confunda com a mercadoria, sendo “livre” para consumir até à morte. Consuma-se, portanto, nesta estrutura de sociedade um Modo de Produção no qual não há mais limites para trabalhar, acumular e comprar.

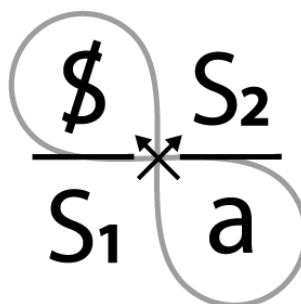
De acordo com Costa-Rosa (2018), “Agora não há mais constrangimentos, o a cai sobre o sujeito”, logo, o sujeito é o próprio capital. Os gerentes (S_1), tecnocientistas ou tecnocratas, sob o agenciamento da sociabilidade capitalista, na forma de sujeitos siderados pelo consumo (\$), fazem trabalhar as máquinas (S_2) para produzirem os objetos *gadgets* (a), as famosas latuas, os objetos luminosos do capital que atrairão os seus consumidores. O a nesse momento está na mesma linha direta com o \$, correspondendo ao consumidor. Portanto, a lógica da fantasia fundamental ($\$ \diamond a$: o sujeito alienado na linguagem e separado do objeto) que ocorre no DM, experimenta uma distorção no DC, isto posto, o objeto e o sujeito são fundidos um no outro ($a > \$$) e há uma realização concreta da fantasia na realidade.

Se quisermos, o DM e o DC podem ser inscritos, respectivamente, pelos Grafos das formações inconscientes e sociais, ou seja, os planos das formações inconscientes e sociais estão enlaçados à constituição do sujeito e aos seus potenciais relacionamentos com o outro semelhante. O último como a suprassunção do primeiro.



GRAFO

Formações inconscientes-Discurso do Mestre



GRAFO

Formações sociais-Discurso do Capitalista

É fundamental estarmos cientes de que o sujeito do desejo (inconsciente) [DM] se funde na sociedade capitalista [DC], por meio de uma torção na relação com o objeto. A teorização de Costa-Rosa (2016; 2018), acerca da formação moebiana entre as realidades subjetivas e sociais, propõe escutarmos outras categorias de trabalho que não se restringem às clássicas. Por admitirmos a forte presença do capital, as categorias conceituais inseridas nos permitem enxergar um para além do capital, visto que quando o visualizamos podemos construir ferramentas para superá-lo. Neste sentido, não há sintoma, sofrimento, impasse ou conflito psíquico trazido pelos sujeitos em tratamento que não sejam também produzidos – afetados – pelo contexto social [capitalista] em que estão.

Enunciemos esta discussão com a vinheta clínica que contrasta a escuta de João Pedro. Atendemos ele em três oportunidades, ele cumpria uma pena de quatorze anos na penitenciária de uma outra pequena cidade da região. Optamos pela tática de o atender em três momentos, pelo motivo de querer construir uma direção de um tratamento que acolhesse a sua demanda, a poder ser formulada pelo próprio por intermédio da entrevista.

João Pedro veio à Santa Casa devido a uma problemática cardíaca e por um “furúnculo” na nádega esquerda. Dialogando com as técnicas de enfermagem, elas nos aconselharam a não entrar em contato com o “presidiário”, disseram que ele não merecia atenção. Desconsideramos a advertência, conversamos com o agente penitenciário e com o policial que o acompanhavam, perguntamos se poderíamos escutá-lo. Permitiram, com a restrição de que o agente deveria permanecer no quarto conosco.

No primeiro contato, após uma apresentação, João Pedro um tanto solícito, dirigiu-nos a palavra: “Doutor, te dou toda a atenção, no que eu puder te ajudar o faço com o maior prazer e respeito”. Respondemos: “Aqui, quem quer lhe dar a atenção para o que você tem para falar

sou eu”. João Pedro sorriu e se pôs a discursar. Chegamos a pedir para o agente nos deixar a sós, no entanto, ele não o quis. João Pedro tinha um vocabulário bastante rebuscado, percebemos que falava por metáforas, por medo da represália que poderia sofrer do agente penitenciário e do policial. Revelou que vivia através de máscaras, não podia ser autêntico e nem original, pois, no contexto em que estava isso era muito perigoso. Começou a se emocionar. Disse que a sua dor era relacionada com o seu cotidiano, a sua experiência.

João Pedro possuía quatro filhos, com duas mulheres diferentes. Somente um de seus filhos, o que mais o respeitava, não era envolvido com coisas ilícitas, por outro lado, os demais, tal como o pai o foi, estavam articulados com o crime organizado. Contou que foi preso outras duas vezes por tráfico e por não pagar a pensão. Antes de ser preso morava com a mãe, com a irmã, com a filha da irmã, com o cunhado e com o padrasto, que no momento estava preso cumprindo uma pena de 9 anos por homicídio e outras infrações. Desabou a chorar, contou que a sua irmã foi abusada por seu padrasto e que a sua mãe mal conseguia comentar sobre o ocorrido. Emendou o que falava, referindo-se a importância de que houvesse psicoterapia para os “detentos”, disse que era muito importante para o aspecto “emocional” de suas vidas. Interrompemos a sessão e pontuamos: “Volto depois. Quando voltar, gostaria de o escutar falar de sua experiência”.

Durante o seu discurso, sentimos que precisávamos lhe dizer que as perguntas eram para o ajudar a discursar e assim podermos escutar a sua demanda, na intenção de que pudesse iniciar um trabalho de análise. Sentimos que deveríamos lhe admitir isso, tendo em vista a sua familiaridade com interrogatórios no âmbito judiciário, que mais poderiam servir para produzir provas contra ele próprio. Em definitivo, não queríamos em hipótese alguma sermos confundidos com o Judiciário ou com o lugar de juiz, a nosso ver, a explicitação desta diferença era fundamental para a constituição de um campo transferencial entre a nossa práxis e João Pedro. Combinamos com os policiais e depois de uma hora retornamos.

Na sua segunda sessão, João Pedro iniciou: “Viu, como eu falei que é tudo muito desumano com a gente, é como se tivéssemos perdido a humanidade. Depois que você saiu, começou tudo de novo. Vieram me encher aqui”. Com os olhos cheios de água João Pedro expressou que essa oportunidade que estava possuindo era muito preciosa, queria que os seus colegas de penitenciária também a tivessem. Disse que encontrou a chance de pensar no sentido de sua vida e nas escolhas que havia feito até então.

Revelou que esteve comprometido com o “crime”, havia orquestrado uma série de ataques em *Areias*, no tempo em que houve rebeliões nos presídios de todo o Estado de São Paulo no ano de 2006. Trabalhou no tráfico de drogas, roubava e em todas as situações era para

fazer uso de crack. Destacou-nos que viveu o período em que a cadeia era regida pelos “irmãos”, Primeiro Comando da Capital, antes disso, do seu ponto de vista, a morte e o caos prevaleciam nos presídios.

Em relação ao uso de crack que fazia, disse que teve recaídas por conta de uma frustração, de um “não”, uma separação que viveu. Perguntou-nos: “Eu tenho alguma anomalia, alguma disfunção?”. Respondemos que para o que ele dava o nome de anomalia nomeávamos como funcionamento, um modo particular de cada um responder aos acontecimentos da vida. Continuou João Pedro:

Nunca havia tido a experiência de falar de coisas tão complexas e de tão grande profundidade. As perguntas que você faz e que me obrigam a falar, parecem transformar o simples em complexo. As experiências anteriores que eu tive com outros psicólogos na cadeia foram tão infantis, bobas. Eles me perguntavam da minha infância, do meu pai, pediam que eu fizesse “desenhinhos”... E depois... Eles vinham com uma folha com coisas falando como era minha personalidade.

Confessou-nos que na sua última conversa com um psicólogo, ouviu do profissional que ele procurava as drogas, após as separações, por ser um “oportunista”. Sem hesitar, destacamos de imediato, “não acho você um oportunista. Escuto aqui um homem que está tentando lidar com os seus impasses, procurando encarar de frente as suas frustrações”. Nessa ocasião, mais uma vez percebemos que os olhos de João Pedro começaram a se encher de lágrimas.

Disse que tinha traços bons e ruins. Solicitamos que falasse dos traços. João Pedro os enunciava por metáforas, notamos que ainda era para se preservar dos policiais que por perto estavam. Entretanto, para o nosso contentamento, deixaram-nos a sós nessa segunda sessão. João Pedro indicou que em sua vida havia o estado de vida, a sobrevivência e o vegetativo, contou que desses três estados o seu era o vegetativo, vivia-se por viver, a vida havia perdido o sabor, não havia mais sabores, repetiu.

Disse que os sabores da vida eram as coisas mais simples, respirar, comer e ser respeitado como pessoa. Como usava uma série de palavras requintadas, sublinhamos isso: “Você usa palavras refinadas”. Respondeu-nos: “Infelizmente ninguém enxerga isso na gente, ninguém enxerga o que temos de bom, o que fazemos de bom”. Sem pensar, perguntamos: “Você escreve?”. Respondeu: “Eu já pensei em escrever, cheguei a pensar em escrever os meus pensamentos”. Encerramos: “é tempo para inscrever os pensamentos”. Resolvemos pontuar daquela forma levando em conta que talvez não pudéssemos o ver mais uma vez, apostando no que pudesse *vir-a-ser*, em um trabalho analítico, a produção de um significante representativo de seu estilo.

Agradeceu-nos, demonstrando que esperava nos ver novamente e que esse “tratamento” que iniciamos pudesse ter uma continuidade na penitenciária. Disse-nos olhando fixamente com os olhos marejados de lágrimas, como quem esperava uma resposta. Decidimos por não o deixar sem resposta e explicitamos que levaríamos em consideração a sua demanda.

Ao sair do quarto cumprimentamos os novos policiais que lá estavam e um deles ensinou um diálogo, referindo-se à condenação de João Pedro. Enfatizou que na justiça brasileira os seus quatorze anos de prisão seriam relativos a cinquenta anos, provavelmente devido a um homicídio cometido. Sentimos que o policial tentava nos advertir de algo, de que talvez João Pedro não merecesse atenção. O policial insistiu no assunto comentando de que em processos de adoção de crianças se deveria conhecer as suas linhagens sanguíneas, porque o que havia de ruim nas pessoas aparecia no sangue. Contou-nos que algumas pessoas em detenção, que ficam pouco tempo encarcerados, saem da prisão e não voltam a roubar ou cometer crimes. Outras pessoas, segundo ele, nunca mudam mesmo.

O agente penitenciário, diferente do policial, apesar de também apresentar um discurso “moralista”, pareceu ter uma outra opinião, confessou que achava que as celas deveriam ser pensadas estrategicamente, não misturando todas as pessoas em detenção. Exemplificou a sua reflexão: “os traficantes que ficam presos com os que foram penalizados pela lei Maria da Penha, nesse caso, um é má influência para o outro”. Contou que cada dia no presídio era uma surpresa.

Os agentes penitenciários possuíam condições de trabalho ruins e chegavam muitas vezes a serem agredidos pelas pessoas em detenção. Concordamos com eles de que as condições de trabalho eram ruins e o agente admitiu que o fato de os sujeitos presos não “mudarem”, “melhorarem de vida”, não deixava de ser uma consequência de uma multiplicidade de causas que se cruzavam. Finalizamos o diálogo destacando que acreditar na mudança era importante, agradecemos o contato e assinalamos que nos inclinávamos a colaborar no que fosse preciso para o acolhimento das pessoas encarceradas.

Do ponto de vista da garantia de direitos, seja em relação à fala ou às possibilidades de se a ver com o sofrimento, com a angústia e com o desejo dos sujeitos “detentos”, a experiência de trabalho com João Pedro nos pareceu muito emblemática para ser refletida, quando na especificidade da escuta analítica concernente a casos como esses.

Noutro dia, com a intenção única de o visitar, entramos no quarto e, desta vez, encontramos João Pedro em pé. Seu quadro havia melhorado, aguardava ser transferido para o hospital penitenciário de São Paulo. Contou que no tempo em que estava internado pensou sobre muitas coisas. Disse-nos que, para onde iria, perguntaria pela existência de psicólogo no

hospital, de maneira a continuar o trabalho iniciado. Mencionou uma carta que queria escrever, no entanto, o diretor de saúde da sua penitenciária não o permitiu, arguindo que com ele (João Pedro) era para ter muita cautela. Todos que circundavam João Pedro no hospital queriam dar a entender que ele era “perigoso” e dissimulado.

Procuramos não entrar nessas conversas tendenciosas. Para ilustrar esses eventos, certo dia conversávamos com o assistente social e este queria nos revelar o que escutou da diretora de saúde, apenas respondemos que independente do que tinha para contar sobre João Pedro era preciso registrar que ele era um ser humano e como tal, tinha a sua história e, portanto, merecia que pudéssemos admitir isso. O assistente social consentiu, concordando que de fato, independente de qualquer coisa, João Pedro merecia ser respeitado. Colocados estes termos, discutimos muito sobre o sistema penitenciário e o quão desumano era o tratamento na instituição de privação de liberdade. Percebemos que esta foi uma conversa produtiva, notamos o assistente social revendo o seu posicionamento.

Ao saber que João Pedro permanecia no hospital, fomos mais uma vez ao quarto vê-lo, estava muito debilitado, pouco conseguia falar. Ele nos perguntou por onde começar e que estava com dificuldades para exprimir as palavras. Sustentando a aposta em seu dizer, respondemos que se era possível se escutar (utilizamos o significante “se escutar” em alusão ao que havia dito em sessão anterior), era possível retornarmos ao ponto de partida, ao ponto do princípio “existencial” – o significante “existencial” apareceu diversas vezes em seu discurso nos encontros. Pediu-nos, reiterando o que falara anteriormente, que essa experiência de ser escutado se estendesse a todos os demais companheiros de penitenciária. De acordo com o policial e com o agente carcereiro que o acompanhavam, o prognóstico de João Pedro não era dos melhores.

Ao sair do quarto em que ele estava internado, em reunião com o assistente social e com o outro psicólogo do hospital, ouvimos de ambos que João Pedro queria escrever uma carta para a sua mãe. Não nos faltaram dúvidas de que este seu desejo era resultado do que ele nos disse em sessão anterior, depois de se confrontar, em sua própria fala, com os instrumentos que poderia encontrar na materialização das suas questões em palavras. Em diálogo com o assistente social, resolvemos entrar em contato com a penitenciária para viabilizar a permissão dessa vontade de João Pedro.

Com o intuito de firmar um acordo com a Unidade de detenção, na intenção de dar sequência ao que poderia ser um projeto de Atenção à João Pedro, em modo intersetorial, efetuamos uma ligação para a sua penitenciária de origem. Porém, a enfermeira nos informou que na Unidade não possuíam atividades de cunho terapêutico. Ela referiu que todo dispositivo

“socioeducativo” era somente possibilitado a partir de uma transferência do “detento” para uma unidade prisional de São Paulo. Passaram-se semanas, desde a transferência para o Hospital Penitenciário, e não recebemos notícias. Porém, no mês seguinte obtivemos a informação de que João Pedro havia falecido.

O social [capitalista] e o particular se cruzam com nitidez na história de João Pedro, exprimindo-nos a singularidade de um caso que viabiliza pensar sobre os demais da experiência de escuta no hospital. João Pedro era “pobre” e “preto”, conforme a maioria das pessoas que escutamos no setor público do hospital. O seu discurso foi recepcionado na forma apareceu e não tínhamos motivos para o achar vitimista, mentiroso ou supervalorizado. Escutamos o dito e por ele reconhecemos um sujeito que sofreu as sequelas de uma realidade que, desde cedo, foi-lhe pouco amistosa. Veio a nos dizer: “minha dor está relacionada com a experiência e cotidiano de um estado de vida e de uma sobrevivência; na cadeia estou em um estado vegetativo”.

Reforçamos que nesta práxis, descartar os elementos que compunham o lugar de João Pedro no laço social é o equivalente a abandonarmos o que estamos fazendo e supor uma realidade extramundana, ou descontextualizada historicamente. É certo que os furúnculos e os problemas cardíacos não se produzem de modo indistinto e nas mesmas condições para as pessoas.

De outra parte, sobre o enfoque da interlocução entre a Psicanálise e Marx, como teorizaríamos os excertos discursivos de João Pedro? Em primeiro lugar, optamos por não ignorar os dizeres, as repercussões dos determinantes sociais nas vidas humanas, tendo em vista os contextos (inóspitos) “miseráveis” em que se criaram. O que é uma relação com o objeto-droga-crack, para uma pessoa que cresceu ouvindo dos outros que sentiria maiores privações do que a maioria, por ser pobre e “de cor”? O que é presenciar o sofrimento da irmã, por ser estuprada pelo padrasto, ter de viver sob o mesmo teto que ele e nada poder fazer? E entrar para o crime organizado, ser preso pelo tráfico e no presídio sentir o prolongamento de uma vida que continua sendo subjugada em razão do seu passado, da sua história? Ao contrário do que talvez julgaria a instituição “Judiciário”, entendemos que a história de João Pedro não depõe contra ele, é o contrário disso.

Não esquecemos do que disseram o policial, o agente penitenciário e outros membros da equipe, isso nos fez refletir, a sentença foi dada pelo juiz e mesmo assim os membros do Estabelecimento-presídio, bem como da sociedade, continuavam a sentenciá-lo: “Está no sangue, já nasceu ruim, não tem conserto. Ele matou, roubou e traficou, é um oportunista, tem que morrer mesmo, não tem terapia que dê jeito”. Essas palavras condensam o que ouvimos e

o que João Pedro pôde escutar em toda a sua vida. Apesar disso tudo, defendemos que ele tinha toda as capacidades para ampliar as suas formas de relacionamento com a natureza, com as pessoas e com os meios de se reposicionar em sua história. Na sociabilidade capitalista, marcado por traços que mais o anulavam, por serem díspares das formas-sociais idolatradas, João Pedro possuiu na convergência com o objeto, nas transgressões e no encarceramento dos impulsos vitais, o desfecho quase que inevitável: a morte.

Diante disso, salientamos dois traços patentes de João Pedro: a condição de pobreza e a cor de sua pele. De acordo com a Comissão de Direitos Humanos e Minorias vinculada à câmara dos deputados, no ano de 2018, o Brasil possuía a quarta maior população carcerária do mundo e, desses que estavam em detenção, o maior número de pessoas era de pretos e pobres. No ano de 2021, em pesquisa divulgada pela Folha de São Paulo, os 84% dos casos de injustiça no país eram representados por pretos e pobres, sendo que, 60% dos casos analisados de inocentes presos eram pessoas pretas. Em prisões injustas, pelo motivo de reconhecimento incorreto, a porcentagem crescia para 71%⁷⁹.

Segundo Benitez Martins (2018) e Lemos (2018), sociólogos, no modo como opera o sistema capitalista na América Latina, as prisões se tornam meios de expurgar a classe trabalhadora que insurge contra as normas societárias, as leis que existem para beneficiar determinadas pessoas em detrimento de um enorme contingente populacional. Neste sentido, o tráfico, os roubos, os furtos e os crimes são respostas à miséria criada pelo capital no contexto latino. A violência de Estado aparece na violência policial, no intento de controlar e eliminar os “pobres” que são subversivos. As autoras comentam sobre a significativa quantidade de pessoas pretas que são detidas no sistema penitenciário brasileiro, relatam como mesmo nas prisões, o trabalho explorado existe em sua legalidade informal, em extensas jornadas e nos limites salariais não recomendados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Conforme Peto (2020), a história do desenvolvimento do modo de produção do capital no Brasil está associada a formas específicas de superexploração da força de trabalho da população preta. A superexploração é uma categoria conceitual da Teoria Marxista da Dependência (TMD), conceitua-se como o principal mecanismo de acumulação e reprodução do capital na conjuntura latino-americana, o que corresponde a um aumento da intensidade do

79

Fontes: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/sistema-carcerario-brasileiro-negros-e-pobres-na-prisao>.
<https://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?https://temas.folha.uol.com.br/inocentes/erros-de-reconhecimento/veja-cem-historias-de-prisoas-injustas-no-pais.shtml>.

trabalho e a uma remuneração excessivamente abaixo do seu valor necessário para se viver (LUCE, 2013; MARINI, 2000).

Peto (2020), demonstrando por meio de dados estatísticos levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sustentou que, na conjuntura brasileira, o capital só pode se constituir a partir da intensificação da força de trabalho preta à forma mercadoria. A população preta representaria a maior parcela da classe trabalhadora brasileira, assim como, em relação à população branca, é aquela que receberia a menor remuneração financeira e seria a mais explorada. Para Hudis (2020), com base em Marx e nas contribuições de Frantz Omar Fanon, é importante sabermos que as determinações raciais, em sentido amplo, estão integradas à lógica acumulativa capitalista, faz-se urgente acompanhar os domínios categoriais de classe, de raça e de gênero enlaçados numa relação dialética.

Complementamos que os traços que singularizam os sujeitos, em suas formas de existir no laço social, deveriam ser marcadores para os operadores da escuta analítica. E não só para garantir o lugar de fala das pessoas em sofrimento e que demandam ser escutadas, mas também para interrogar, confrontando, os discursos capitalistas ancorados em naturalizações preconceituosas da vida humana.

As demandas endereçadas às instituições no setor público de Atenção nos sugerem as seguintes indagações: o que é escutar o concreto do sofrimento psíquico? É possível uma práxis para além do capital? Essas questões nos interpelaram e nos vimos na incumbência ética de as recolocarmos sob o ponto de partida do Materialismo Histórico. Para a prática que se direcionou aos sujeitos do inconsciente, foi admitido que os seus impasses psíquicos estavam atrelados às condições materiais extremas que acoassavam as suas vidas, como por exemplo: a pobreza, a fome, os assassinatos, a violência doméstica, a violência de gênero, o trabalho excessivo e explorado, o tráfico, os crimes organizados, o uso de diversas drogas ilícitas ou lícitas.

Para além do capital, entendíamos que, em paralelo a uma práxis subversiva, precisaríamos contestar a sociabilidade capitalista majoritária, intercedendo nos planos dos processos de trabalho das equipes e dos processos de subjetivação das pessoas em tratamento. De fio a pavio, as táticas de intercessão incluíram a divisão social do trabalho. Posicionamos uma escuta com um *recorte de classes*, na área de atendimento do SUS escolhemos orientar as ofertas transferenciais às minorias, pessoas *minoricizadas* por seu grau histórico de assujeitamento em termos de classe, de raça e de gênero.

O horizonte foi provocar em uma esfera que fosse, no coletivo de trabalhadores e nos sujeitos “hospitalizados”, um *desejo de desejar rebelar-se*, um reposicionamento no estar ciente de sua classe social. Para isso, conferíamos destaque aos significantes que emergiam dos

discursos e estavam associados às situações experimentadas de subalternidade, injustiças e iniquidades sociais. Noutra parte, nossos protestos respingavam no Estado ao nos alinharmos a movimentos sociais, acionarmos e tensionarmos as Redes de Saúde e Socioassistencial.

Resolvemos com essas considerações dar algum testemunho sobre o modo como recolocamos os questionamentos oriundos da prática. Conforme Parker (2009; 2002), é necessário tensionarmos a Psicanálise enquanto teoria clínica, de forma que consigamos a passagem para uma Psicanálise como prática social. Ele advertiu sobre a existência de implicações [ideológicas], referindo-se ao modo como o silêncio é tematizado pelo analista e pelo analisante. E, para sustentar uma prática psicanalítica para além dos limites formais e abstratos da sociedade capitalista, sugeriu que ligar Lacan a Marx pode ser um trunfo no trabalho com a historicidade.

Portanto, para Parker (2009), há dimensões a serem consideradas em uma prática revolucionária e estas protestariam contra o capitalismo. Do mesmo modo que nos interessamos pela prática material[ista] da psicanálise, cumpre nos afeiçoarmos pela prática material marxista, articulando-nos a práxis do ponto de vista da classe trabalhadora.

À vista disso, com Politzer (1994), em *Critique des fondements de la psychologie* [Crítica dos fundamentos da Psicologia], sublinhamos que a Psicanálise é uma práxis diferente da psicologia clássica e de outras disciplinas, tem a sua orientação voltada para o concreto ao levar em conta isso que é o que há de mais único na vida humana: permitir o sujeito falar de seus dramas e poder vivenciar e reconhecer os sentidos a eles inerentes.

Outrossim, a Psicanálise tem os seus limites, como qualquer outra abordagem a que nos proporíamos manusear se não estamos na ética do capital. Ponderamos que nos beneficiamos mais da psicanálise, quando não buscamos o tempo todo ser psicanalista. Inclina-mo-nos a conjecturar, a posição de que, às vezes, sair do lugar de psicanalista é perceber que há outras lutas mais do que a de atuar para os sujeitos trabalharem os seus impasses, o que, evidentemente, também já não é pouco.

Possuímos razões para crer que Lacan soube captar a sutileza da questão que há em se sensibilizar com a causa dos sujeitos, o analista se reconhecendo como parte pertencente à classe trabalhadora.

O termo *irmão* está em todos os muros, *Liberdade, igualdade, fraternidade*. Mas eu lhes pergunto, na situação da cultura em que nos encontramos: de quem somos irmãos? De quem somos irmãos, em todos os discursos que não o discurso analítico? Será que o patrão é irmão do proletário? Não lhes parece que a palavra *irmão* é justamente aquela a que o discurso analítico dá sua presença, nem que seja por trazer de volta a tralha familiar? Vocês acham que é simplesmente para evitar a luta de

classes? Estão enganados, isso decorre de muitas outras coisas que não a barulheira familiar. Somos irmãos de nosso paciente na medida em que, como ele, somos filhos do discurso (LACAN, 2012, p. 226).

Com a admissão do capitalismo, como um tipo específico de sociabilidade que abole o sujeito, fundindo-o no objeto-mercadoria, parece-nos plausível abarcar o discurso analítico em uma práxis que caminhe para além de seu próprio sentido inveterado: “psicanalista-paciente”. Em uma época na qual a subjetividade que está à sua altura é forjada de maneira tenaz pelo capital, cumpre introduzir em nossa caixa de ferramentas um arcabouço ético-clínico-teórico que tensione a política econômica vigente, ao mesmo tempo em que escutamos os impasses dos sujeitos. Nessa perspectiva, as formações sociais e as formações do inconsciente são de mesma grandeza.

Fernandes e Lima (2019), no posfácio que escreveram para o livro de Elizabeth Ann Danto, recomendam saídas interessantes para a aporia na qual se encontram as formações de Psicanálise. Comentam que a maioria da população no Brasil nem ao menos sabe o que é psicanálise e isso se deve ao caráter elitista ainda presente nas escolas de formação de analistas. Indicam os autores:

Se por um lado, é louvável e necessário que as classes populares tenham acesso ao tratamento psicanalítico, a verdade é que não avançamos praticamente nada quanto ao maior desafio, que é o de superar o gargalo da formação psicanalítica. Precisamos formar psicanalistas populares. Centenas, milhares. Interesse certamente não falta. Faltam oportunidades. Uma formação em psicanálise é ainda muito cara e praticamente inviável para a maioria das pessoas, mesmo em escolas progressistas. Isso é crucial por dois motivos: primeiro, porque precisamos de uma massa crítica de psicanalistas, e não se pode prescindir do aspecto quantitativo quando se trata de encarar um tema de saúde pública. Segundo, porque precisamos de psicanalistas que conheçam profundamente o universo simbólico das classes populares, que tenham sido criados e/ou que vivam nas periferias das metrópoles brasileiras, onde vivem, afinal, a maior parte da população. Enquanto os psicanalistas forem majoritariamente das classes médias e altas, nossos esforços serão muito limitados (FERNANDES; LIMA, 2019, p. 393).

Corroborando, defendemos a existência de psicanalistas e trabalhadores [de outro tipo]-intercessores que sejam ou possam se reconhecer enquanto classe trabalhadora, podendo, assim, notabilizar a falácia que há em se afirmar “não trabalhador” – locução conhecida nos fundamentos materialistas como associada ao discurso do capital. Acrescentamos que as formações, não importam quais sejam, na Educação, na Assistência Social, na Saúde ou em Psicanálise, ao incluírem, desde a base, a classe trabalhadora, em seus pressupostos de transmissão, serão no mínimo formações avessas ao modo serializado, parcelado e estratificado de trabalho. Definimos que, a categoria classe trabalhadora, considerando as possibilidades de seu exercício no capital, é situada como antípoda ao trabalhador que não é ciente de sua posição

de classe, uma vez que este posicionamento exige se reconhecer como pertencente ao grupo social que é explorado, para que esta condição de sujeição possa ser ultrapassada.

Extraímos da presente digressão um momento de afastamento necessário do percurso que desenvolvíamos até o momento, pois, a partir disso podemos levantar algumas hipóteses que existem concomitantes ao que podem ser os objetos de estudo em pesquisas ulteriores: a reflexão sobre uma dimensão subversiva da Psicanálise. A Psicanálise Social (HUBERT, 2017), a Psicanálise Menor (AYOUCH, 2018) e a Psicanálise Marxista (ROZITCHNER, 1989; ALEMÁN, 2009; PAVÓN-CUÉLLAR, 2015; EXPOSTO; VARELA, 2020), em interlocução com o DI, seriam pontos de enodamento para uma práxis que esteja além dos limites do capital? A primeira resposta que nos ocorre, sendo a última que pontuamos nesta tese, remete-nos ao princípio norteador ético do DI (COSTA-ROSA, 2019b), é uma aposta na escuta ao sujeito do inconsciente nas instituições públicas, possuindo como causa *fundante* um trabalho que é junto e para a classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMÁN, J. **Para una izquierda lacaniana**: intervenciones y textos. Grama Ediciones: Buenos Aires, 2009.

ALTHUSSER, L.; BADIOU, A. **Materialismo histórico e materialismo dialético**. São Paulo: Global, 1979.

ASKOFARÉ, S. O sintoma social. In: GOLDENBERG, R. (Org.). **Goza!**: capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador, BA: Ágalma, 1997. p. 164-189

ASKOFARÉ, S. Aspectos da Segregação. **A peste**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 345-354, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/a peste/article/view/6287>. Acesso em: 12 de abril de 2021.

AYOUCH, T. **Psychanalyse et hybridité** : genre, colonialité, subjectivations. Leuven : Leuven University Press, 2018.

BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005.

BENITEZ MARTINS, C. **Distribuir e punir? [manuscrito]**: capitalismo dependente brasileiro, racismo estrutural e encarceramento em massa nos governos do Partido dos Trabalhadores (2003-2016). 2018. 353f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2018.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. A psicanálise em face à política: uma postura e uma análise. **Ágora** (Rio de Janeiro), v. 23, n. 2, pp.12-23, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/agora/v23n2/1809-4414-agora-23-02-12.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2021.

COSTA, M. F.; DIONÍSIO, G. H. Aproximações possíveis: Marx e Freud, a práxis da psicanálise e a política. **Revista Internacional de Humanidades**, v. 9, n. 1, pp. 23-31, 2020. Disponível em: <https://journals.eagora.org/revHUMAN/article/view/2473>. Acesso em: 03 de maio de 2021.

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.

COSTA-ROSA, A. **O conceito de Sintoma Social Dominante (SSD)**: fisionomias principais. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016. (Trabalho não publicado).

COSTA-ROSA, A. **Orientação de Intercessão-Pesquisa como parte do programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia e Sociedade** – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2018. (Trabalho não publicado).

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. **Revista de Psicologia da UNESP**, v 18, n. especial, p. 37-54, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

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 a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (2008). **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, p. 9-36, 2019b. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1541/1351>. Acesso em: 26 de maio de 2021.

EXPOSTO, E.; VARELA, G. R. El goce del capital. Hipótesis para la reconstrucción de un psicoanálisis marxista. **Revista demarcaciones**, n. 8, p. 129-156, 2020. Disponível em: http://revistademarcaciones.cl/wp-content/uploads/2020/8.Exposto-y-Rodriguez_El-goce-del-capital.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2021.

FERNANDES, M.; LIMA, R. A. Posfácio: Psicanálise para quem?. In: DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud**: psicanálise e justiça social, 1918-1938. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 389-396.

FREUD, S. Tratamento psíquico (ou anímico) (1905 [1890]). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 267-288.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XVIII Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 79-156.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: FREUD, S. **Obras completas**. V. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 171-184.

HUDIS, P. Racismo e a lógica do capital: uma reconsideração fanoniana. **Rev. Direito Práx.**, v. 11, n. 2, p. 1391-1417, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3509/350963438024/350963438024.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2021.

HUBERT, H. Ce que « Le Capital » apporte à la psychanalyse sociale, 2017. **Ateliers Pratiques de Psychanalyse Sociale**. Disponível em: <https://www.apps-psychanalyse-sociale.com/single-post/2018/11/19/ce-que-le-capital-apporte-%C3%A0-la-psychanalyse-sociale>. Acesso em: 28 de abril de 2021.

JONES, E. **Vida e obra de Sigmund Freud**, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

LACAN, J. **Le séminaire, livre XXII: RSI (1974-1975)**. (Seminário inédito, transcrição em francês disponível na internet na página do psicanalista Patrick Valas). Disponível em: <http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-RSI-1974-1975>, 288. Acesso em: 20 de abril de 2021.

LACAN J. (1977-78). **Le séminaire, livre 25: le moment de conclure**. Paris: inédito.

LACAN, J. Conferência de Jacques Lacan em Milão [1973]. In: **Lacan in Italia 1953-1978**. Milão: La Salamandra, 1978. p. 58-77.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise [1969-1970]**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. In: LACAN, J. **Opção Lacaniana, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 32. p. 20. São Paulo: Edições EOLIA, 2001.

LACAN, J. A Terceira. Conferência de Jacques Lacan em Roma, em 1º de novembro de 1974 [1974]. In: **Cadernos Lacan**, v. 2. Publicação não comercial. Circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, março de 2002. p. 39-71.

LACAN, J. Radiofonia (1970). In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 400-447.

LACAN, J. Respostas a estudantes de filosofia [1966]. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 210-218.

LACAN, J. **O Seminário, livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. **A lógica do fantasma (1966-1967)**. Recife: CEF, 2008. Publicação para circulação interna. (O seminário, 14)

LACAN, J. **O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante [1971]**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 19, ...ou pior (1971-1972)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

LACAN, J. 24 de novembro de 1975: entrevista com os estudantes na *Yale University*. In: DENEZ, F.; VOLACO, G. (Orgs.). **Lacan in North America**. Porto Alegre: Fi, 2016. p. 47-56.

LEMOES, C. S. **A prisão no capitalismo dependente**: encarceramento massivo de negros no Brasil. 2018. 136f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

LUCE, M. S. Brasil: nova classe média ou novas formas de superexploração da classe trabalhadora? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.169-190, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v11n1/a10v11n1.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2021.

LÊNIN, V. I. **Que fazer?** São Paulo: Hucitec, 1978.

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

MARINI, R. Dialética da dependência. In: MARINI, R. M. **Dialética da dependência**: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 151-165.

MARX, K. **Salário, preço e lucro**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **Para a Crítica da Economia Política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

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

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K; ENGELS, F. **Lutas de Classes na Rússia** [1875 e 1894]. São Paulo: Boitempo, 2013.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania**: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000.

NAVEAU, P. Marx e o retorno da verdade no saber. In: GOLDENBERG, R. (Org.). **Goza!:** capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador, BA: Ágalma, 1997. p. 154-163

PARKER, I. Teoria social lacaniana e prática clínica. **Psicologia & Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 48-73, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a04.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2021.

PARKER, I. Marxismo, Psicanálise e o Estado: lições da Eslovênia. **A peste**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 295-313, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/6284>. Acesso em: 12 de abril de 2021.

PAVÓN-CUÉLLAR, D. Estado de exceção: Marx e Lacan em Ayotzinapa. **A peste**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 107-125, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/a peste/article/view/30467>. Acesso em: 12 de abril de 2021.

PETO, L. C. Elementos lógico-categoriais acerca do problema da corporeidade em uma perspectiva marxista. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 18, n. 1: 153-164, 2018. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/9519/209209210052>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

PETO, L. C. A superexploração da força de trabalho da população preta no Brasil. **Revista Izquierdas**, v. 49, p. 4286-4304, 2020. Disponível em: http://www.izquierdas.cl/images/pdf/2020/n49/art202_4286_4304.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2021.

POLITZER, G. **Critique des fondements de la psychologie**. Paris: Presses Universitaires de France : 1994.

POLI, M. C. Freud e Lacan com Marx: mais, ainda. In: COELHO DOS SANTOS, T.; MALCHER, F. (Orgs.). **Psicanálise no século XXI**: ideologias políticas, subjetividade, laços sociais e intervenções psicanalíticas. Curitiba: MRV, 2017. p. 95-106.

SLAVUTZKY, A. **Psicanálise e cultura**. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007a.

SOTELO, I. La angustia en la urgencia. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007b. p. 85-110.

SOTELO, I. Acting out y pasaje al acto en la urgencia. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007c. p. 111-140.

SOTELO, I. El sujeto en la urgencia institucional. In: SOTELO, I. **Clínica de la urgencia**. Buenos Aires: JCE. 2007d. p. 21-58.