

Uma psicologia precavida pela psicanálise:

A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro

Maico Fernando Costa

Abílio da Costa-Rosa

Carlos Henrique Andreassa do Amaral

UNESP - Campus Assis

Resumo: Apresentamos relatos, análises, e discussão, de uma experiência vivenciada por estagiários de Psicologia numa Unidade de Pronto-Socorro de um município do interior paulista, desenvolvida em uma pesquisa de iniciação científica. Trabalhando a partir da clínica orientada pelos referenciais da Psicanálise de Freud e Lacan, a inserção e práxis específica basearam-se na oferta de escuta em um Estabelecimento de Saúde situado no contexto hospitalar, com todas as particularidades do trabalho num serviço de Urgência-Emergência. Os resultados obtidos nos permitem postular a relevância da atuação de uma Psicologia precavida e avisada pela Psicanálise na área da Saúde. Tendo em vista a carência de referenciais bibliográficos nesta temática, também queremos contribuir com os profissionais que atuam na Urgência-Emergência do Pronto-Socorro, sem a pretensão de esgotar as questões deste campo ainda novo e pouco explorado.

Palavras-chave: Psicologia; Unidade de Pronto Socorro; Psicanálise de Freud e Lacan; Sujeitos do sofrimento; Ética.

A psychology based on psychoanalysis: the urgency clinic in the emergency department

Abstract: *This article comes from a scientific initiation research experience. It reports, analyses and discusses a psychology trainees' experience in a Hospital Emergency Room in a town at São Paulo's State. Freud and Lacan's psychoanalysis theories are the clinic reference to this particular insertion and practice. The offer made for the psychology trainees was a psychological listening support to patients at a health establishment situated in the hospital, which was made considering all peculiarities of work organizing in an Emergency Room. The results allow us to postulate the importance of acting with a mode of psychology advised by psychoanalysis in the healthcare field. There's a lack of bibliographical references on this theme, so, we also want to contribute to the professionals that work in the Emergency Department,*

however, without the claim to exhaust the questions of this new and unexplored field.

Keywords: *Psychology; Hospital Emergency Room; Psychoanalysis of Freud and Lacan; Suffering Subjects; Ethics*

Introdução

Este artigo deriva de uma iniciação científica, acerca do trabalho, como parte de um projeto de estágio, realizado no ano de 2012, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Nós o desenvolvemos na condição de estagiários de Psicologia Clínica no Pronto-Socorro (PS) de um município situado no interior paulista. Destacamos, para esse contexto da Atenção ao sofrimento, a importância da presença de uma Psicologia orientada pela Psicanálise de Freud e Lacan.

O nosso principal objetivo com esse artigo é transmitir algo do que foi o exercício da práxis de escuta em uma unidade de PS, partindo de uma Psicologia orientada pelos referenciais da Psicanálise. Queremos compartilhar com os psicólogos e demais trabalhadores de um Pronto-Socorro e da Atenção hospitalar a possibilidade de uma escuta avisada pelos fenômenos da fala e do inconsciente.

O método de análise do trabalho caminhou no sentido oposto ao das maneiras tradicionais positivistas de pesquisa, não partindo de observação ou coleta de dados. A abordagem de ação privilegiou a experiência vivida em ato, sob um campo ético e epistemológico denominado *intercessão-pesquisa*. Contrariamente ao “conhecer para transformar”, no modo de *intercessão-pesquisa* transformamos para conhecer (COSTA-ROSA, 2008a).

O Dispositivo Intercessor (DI), como abordagem multirreferencial e perspectiva de “método”, é um modo de produção do conhecimento para o campo da Saúde Coletiva, que pretende ultrapassar os modos de tratamento hegemônicos postos nos processos de saúde-adoecimento-Atenção (COSTA-ROSA, 2008a). O agente da práxis, nomeado como trabalhador-intercessor, foi o modo de operar que sustentamos desde a entrada no Estabelecimento. Fizemos uma solicitação ao coordenador do PS para que pudéssemos ter a oportunidade de aprender trabalhando e, em troca disso, contribuir nas atividades do PS com o conhecimento e a formação de psicólogo que estava para ser concluída na universidade.

Para o trabalhador-intercessor, na figura do estagiário, um dos elementos que importa é o irreduzível da experiência, pois os elementos que o Estabelecimento institucional precisa, para dar conta dos atendimentos à população, já se encontram presentes no seu próprio campo de trabalho. Quanto ao saber de natureza epistemológica, ou acadêmica, como muitas vezes é simplesmente nomeado, o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento (DIMPC) pode ser produzido num tempo posterior.

No DIMPC o saber é construído, é um saber segundo, e tem sua operatividade após o término da práxis, a partir de uma inquietação, interrogativa, do intercessor-pesquisador, antes trabalhador-intercessor. O processo de reflexão e escrita do intercessor-pesquisador é referente a alguma questão do seu trabalho, de modo que,

assim, o intuito seja uma contribuição dessa produção de conhecimento para a formação de outros trabalhadores do campo (COSTA-ROSA, 2008a).

É importante dizer que, para fins de privacidade dos sujeitos, nos respectivos trechos, com o sigilo de seus nomes preservados. Alguns trechos das discussões se acompanharão de questões quanto ao posicionamento do estagiário-trabalhador-intercessor na situação. Salientamos ainda que essas reflexões servirão para dar algum vislumbre da metodologia e prática do psicólogo nessa peculiar modalidade em uma Instituição de Saúde de Urgência-Emergência.

Apresentamos alguns conceitos e relato da experiência de campo, de modo a elaborar as análises e discussões acerca de uma Psicologia orientada pela Psicanálise na Clínica da Urgência do PS. No primeiro momento, discutimos brevemente a psicologia no PS, a Psicologia Hospitalar nessa especificidade de Unidade hospitalar. Depois, discorreremos sobre o papel do psicólogo à luz da psicanálise, articulando conceitualmente com a bibliografia consultada. Expomos como o trabalhador-intercessor, estagiário de psicologia, pode ocupar o lugar de escutar os sujeitos em sofrimento, demandando uma ajuda, pedindo para terem suas dores aliviadas.

A psicologia no pronto-socorro

Angerami-Camon (1984) e Romano (1990) falam da atuação diferenciada da Psicologia numa Unidade de PS, e, dentre as suas especificidades, a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, assim como a rapidez de raciocínio e perícia que o psicólogo precisa para realização de um encaminhamento a uma contrarreferência eficaz. Os autores, quando relatam sobre a atuação do psicólogo no hospital, atribuem a ela uma função que tem as suas dificuldades quanto ao seu manejo, pois, se sabe da alta taxa de mortalidade que há nos serviços de Urgência e Emergência. O espaço físico e as condições limitadas de atuar fazem que o psicólogo (como qualquer outro trabalhador da Saúde que na instituição estiver) não esteja imune ao fato de que terá que lidar com ocorrências dessa ordem.

Além disso, são poucas as unidades que disponibilizam uma sala para atendimento individual. Assim, é preciso ir a campo para escutar os sujeitos em seus leitos, e as escutas geralmente são feitas na proximidade de outros sujeitos em tratamento e dos demais trabalhadores, muitas vezes todos juntos numa mesma sala.

O papel da psicologia em uma unidade de PS ainda é pouco explorado. A oportunidade dada ao psicólogo nesse contexto tem pouca salvaguarda na legislação. Constatamos essas inferências por meio da *Política Nacional de Atenção às Urgências* do Ministério da Saúde, quando, nesse documento, percebemos que a abertura do psicólogo se restringe somente por meio do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação e, não necessariamente, como exclusivo da unidade. Diríamos que mesmo onde há Atenção para a Urgência psiquiátrica (a qual é referenciada para o atendimento de casos de tentativa de suicídio, depressão, psicoses e síndromes cerebrais orgânicas), não se tem a garantia do profissional da Psicologia como um de seus responsáveis (BRASIL, 2006).

A bibliografia existente relativa ao trabalho do psicólogo no PS, conforme já mencionado, é escassa, mas não negligencia (apesar dos poucos teóricos que tratam do

assunto) o fato do quão pontual e funcional é o trabalho num PS, haja vista a diversidade dos casos que nesse serviço costumeiramente chegam (ROMANO, 1990; SANTOS; BALADI; PONZIO, 1984). São situações de intenso sofrimento, seja por acidentes, suicídio, alcoolismo, drogadição, seja, ainda, por casos de diabetes, respiração, coração. A princípio, devemos dizer, todas essas problemáticas são recebidas pela equipe comum do os, partindo de um diagnóstico do ponto de vista orgânico (ANGERAMI-CAMON, 1984; ROMANO, 1990).

A especificidade do Pronto-Socorro

O PS do município, do qual esta reflexão se originou, possui uma área de abrangência em atendimento a toda região, envolvendo 13 municípios. Como podemos constatar neste tempo de trabalho, as suas condições não ofereciam uma devida estrutura para o tratamento dos sujeitos, pois faltavam leitos, havia baixo quadro de funcionários, alta fila de espera em aguardo de vaga no Hospital Geral Regional (um dos pontos de referência do PS). O prédio era velho, já desgastado pelo tempo, com uma pequena sala de recepção, uma sala de tratamento semi-intensivo, uma sala para pediatria (mas usada para todos os tipos de casos), uma sala onde o médico realizava os atendimentos, uma pequena sala onde os enfermeiros, auxiliares e técnicos organizavam seus instrumentos medicamentosos, além de duas salas de observação. As salas de observação estavam sempre cheias e era grande a quantidade de acompanhantes por sujeito no local.

Quanto aos trabalhadores, em relação à especificidade e rápida resposta que se exige neste contexto da Saúde, observamos o quanto muitas vezes operavam pura e simplesmente de maneira mecânica. Em muitas situações, era perceptível o quanto se confundiam (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos) no que diz respeito aos atendimentos, na pressa por tentarem dar uma resolução imediata, pronta, ainda que a situação não pedisse isso. Chegavam a trocar os nomes dos sujeitos atendidos, medicando um sujeito com uma medicação que na realidade era de outro paciente.

Pontuações como essas são aspectos já destacados pelos que escrevem e falam sobre o assunto (ROMANO, 1990; SANTOS et al., 1984). “Analisando-se o ambiente hospitalar, constata-se que grande parte daqueles que estão buscando atendimento encontram-se fragilizados e ali pretendem encontrar apoio e cuidado” (BITTENCOURT et al., 2013, p.95). A queixa dos sujeitos era por uma ação rápida da equipe, em virtude da urgência pelo curativo.

As pessoas que se encontravam no PS (trabalhadores, sujeitos do sofrimento, familiares e acompanhantes), no início, não sabiam o que estávamos fazendo. Por essa razão, precisamos adotar uma estratégia que possibilitasse engatilhar algum tipo de laço transferencial por parte dos sujeitos no Estabelecimento, com a posição por nós sustentada como estagiários de Psicologia. Tínhamos que ofertar uma escuta, com a pretensão de que fosse possível dar vazão ao sofrimento psíquico, às demandas que pudessem surgir dos sujeitos para além do corpo desfalecido. Utilizávamos, de início (como modo de oferta do trabalho), perguntas que não viessem a induzir os sujeitos em seu discurso e ao mesmo tempo lhes deixassem um campo aberto para dizerem o que quisessem. A única coisa que nos identificava como parte do PS era um crachá, o que

em algumas situações fazia que fôssemos confundidos com seguranças ou com o pessoal da recepção (somente os funcionários utilizavam o crachá).

A psicologia sob orientação da psicanálise

Realizamos leituras, direta ou indiretamente, atreladas com o que viria ser a prática de uma Psicologia Hospitalar (ANGERAMI-CAMON, 1984; ROMANO, 1990; SANTOS et al., 1984). A maioria desses autores, nesse meio de inserção profissional do psicólogo, vão ao encontro das ditas abordagens psicoterápicas, de cunho adaptativo e eficaz, destinadas a intervir no estado em que o “indivíduo” se encontra.

Cordioli (1993) entende que os “indivíduos” de um “Ego” fragilizado, com traços caracteriológicos graves, necessitariam de uma psicoterapia breve ou de apoio, a qual tem a pretensão de imiscuir sua técnica no entorno de um “controle ativo”, “sugestivo” e de “aconselhamento”. O terapeuta, com a sua técnica, visa fortalecer o “Ego” do sujeito, pois do contrário esse mesmo sujeito, com pouca capacidade de *insight* e supostamente acamado, não teria condições de trabalhar suas questões sem um controle ativo do terapeuta.

O psicanalista David E. Zimerman (2004), bastante referenciado por essas psicologias adaptativas, entende que a psicanálise nas entrevistas iniciais pode lançar mão (se o analista quiser) de se guiar pelo DSM, como forma de melhor se amparar no diagnóstico do “cliente”¹. Para ele, o analista deve fazer uso de sua contratransferência e devolver ao “cliente” os conteúdos inconscientes: a interpretação buscaria traduzir o que está desconhecido para o conhecido. Essa relação entre “cliente” e “analista” privilegiaria a criação de um vínculo de amizade, amor e cumplicidade entre um e outro. Esses vínculos, para essa psicanálise, constituem preceitos importantíssimos para o andamento do tratamento.

Bleger (1984) assegura um higienismo mental, uma espécie de profilaxia da doença. Ele vai até os últimos termos para defender em *stricto sensu* a Psicologia como a única especialidade na Saúde capaz de adentrar nos recônditos da mente humana, podendo compreender, investigar e intervir em seus aspectos psicológicos. Corroborando esses pressupostos, a Psico-Higiene tem em seu objetivo promover a saúde e o bem-estar atrelados a uma lógica de prevenção da doença, no que parece um mal a ser erradicado. Portanto,

[...] o fato é que a psicologia institucional aplicada aos hospitais se torna, a rigor, uma arma terapêutica muito eficaz, no sentido de que todo o hospital (sua estrutura) se transforma em si mesmo em um agente psicoterápico de grande eficiência, em profundidade e amplitude (BLEGER, 1984, p.60-61).

Bleger, assim como a famigerada “Psicologia do Ego”, apresenta uma compreensão deturpada do que se propõe a Psicanálise como práxis e arcabouço

¹ As aspas não estão nesta palavra por acaso, tendo em vista que o termo cliente é muito utilizado por este modo de tratar e conceber o sujeito. O indivíduo é transmutado em “cliente”, como um consumidor na lógica do mercado.

teórico-técnico, anunciando como tarefas da psicanálise a investigação, a cura ou ainda a prevenção das “afecções mentais”. Logo, utilizaremos desses significantes: doença, cura e prevenção, dialeticamente, como uma oportunidade de superá-los, sem defendermos que a escuta e compreensão do psiquismo deva ser propriedade estrita do psicólogo.

Tudo isso para dizer que a Psicologia e a Psicanálise que utilizamos não são as mesmas que as supracitadas e tão repercutidas no seio da medicina, como meios de ação alternativos aos médicos. A práxis que sustentamos tem uma aposta de que é justamente em cada oportunidade que a teoria está sendo utilizada que ela se (re)constrói, não mais contribuindo como hermenêutica ou mestria para transformar, mas, usufruindo-se da prática, para transformar-se em cada instante (FREUD, 1912/1996a).

A Ética vislumbrada aqui, portanto, é a do *bem-dizer*, do desejo, para além do que é enunciado pelo indivíduo. Trata-se da crença no sujeito (da enunciação) de que a sua falta e o que lhe falta não é por incapacidade, mas nos constitui como sujeitos de linguagem em seus diversos modos e processos de subjetivação. Pensamos a singularidade como não submetida ao saber enciclopédico da medicina. As dimensões essenciais da oferta de uma escuta consistem em levar em conta o campo transferencial (a suposição de saber de quem demanda direcionada a quem está oferecendo essa escuta) e em colocar no seu horizonte a Ética do desejo. “O essencial do uso da Psicanálise como método de *pesquisa*, independente do contexto em que esteja sendo utilizada, é a preservação da possibilidade de surgimento de novas significações” (STRINGHETA; COSTA-ROSA, 2007, p.148).

Por isso, balizamos-nos na psicanálise de Freud e Lacan como um dos nossos principais referenciais de intercessão (COSTA-ROSA, 2008a). A Psicologia que tivemos nesta prática procurou escapar das técnicas tradicionais de psicoterapia no hospital. Os conceitos de inconsciente, entrevistas preliminares, transferência, interpretação e tempo permitiram tomar outro posicionamento na práxis.

Entrevistas preliminares e transferência

Muitos dos casos que vivenciamos nos instigaram a reconhecer que existe uma especificidade no tratamento com os sujeitos e com a psicanálise no ambiente hospitalar: a dificuldade em pensar o diagnóstico estrutural; o sintoma; o enlace da transferência e a suposição de saber do terapeuta por parte do sujeito do sofrimento². É necessário levantarmos todas essas questões como contribuições à prática do psicólogo em uma unidade de PS.

Primeiramente, é importante que possamos conceituar as entrevistas preliminares. São definidas como o momento inicial de entrada numa análise, visto que suas principais funções possuem a incumbência de traçar uma direção para o posicionamento

² Optaremos pelas locuções: “sujeito do sofrimento” ou “sujeito do tratamento”, as quais Costa-Rosa (2014) utiliza para não incorrer no risco de confundirmos o “usuário” tão-afamado consumidor no Modo Capitalista de Produção (MCP) com o sujeito que busca a Atenção nos Estabelecimentos institucionais da Saúde.

*Uma psicologia precavida pela psicanálise:
A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro*

do analista no trabalho de escuta que se iniciará com o sujeito. É a partir daí que a *Ética* da psicanálise poderá ter a sua abertura.

A expressão *entrevistas preliminares* corresponde em Lacan ao tratamento de ensaio em Freud. Essa expressão indica que existe um limiar, uma porta de entrada na análise totalmente distinta da porta de entrada do consultório do analista. Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim – como o próprio nome tratamento de ensaio parece sugerir – como uma descontinuidade, um corte na relação ao que era anterior e preliminar (QUINET, 2005, p.14).

A função sintomal, diagnóstica e transferencial é parte das condições para a análise e para o modo de trabalho com as entrevistas preliminares. Todavia, é preciso que pensemos essas funções no esteio das particularidades da prática desenvolvida na Clínica da Urgência do PS municipal.

A compreensão que temos de sintoma nos serve para pensarmos o diagnóstico estrutural, na Urgência hospitalar; é a consequência de um acontecimento, do qual a desestabilização do sujeito decorreu de um acidente. A direção do tratamento, quando consideramos a escuta com os sujeitos que se encontravam no PS, não se deu somente na base de escansões, como forma de bifurcar o sentido, ou mesmo de perguntas que servissem de questões para interrogar o sujeito em sua demanda. No entanto, o que nossos assinalamentos procuravam eram relançamentos de sentido, visando sustentar um sentido às pessoas que naquele momento não encontravam uma palavra para significar o que lhes havia acontecido.

E como oferecer uma escuta num local onde a causa apresentada para o “infortúnio”, *a priori*, era tida como sendo de origem orgânica? Como conceber um diagnóstico (enquanto função) estrutural balizado pela psicanálise, contradizendo um diagnóstico clínico-médico? “Neste ponto, introduziremos a ideia de que uma condição mínima para que o trabalho do psicanalista no hospital seja viável é sua capacidade de inventar meios de oferecer condições para a instalação dos dispositivos psicanalíticos” (MACHADO; CHATELARD, 2013, p.149).

Oferecemos uma escuta e deixamos em segundo plano o diagnóstico estrutural (não sem deixar de utilizá-lo como ferramenta de bolso). A primeira decisão que tomamos foi tentar escutar e dar a oportunidade de que aquela angústia vivenciada pudesse ser significada pela pessoa, na medida em que ela falasse.

A transferência dos sujeitos, de antemão, estava com a instituição médica e com os trabalhadores das ciências médicas que se encontrassem no local. E foi justamente esse um dado de realidade calcado como uma das barreiras no tratamento de escuta com os sujeitos.

Ousaríamos dizer que tenha ocorrido uma transferência analítica por parte dos sujeitos em relação à escuta? A transferência analítica pressupõe a colocação de uma questão para o sujeito em relação a sua posição num discurso. A colocação dessa questão proporciona uma revolução nos discursos, por meio da qual o sujeito vai se colocar a produzir novos significantes e questionar-se, implicar-se pela causa que lhe impulsionou a demandar uma ajuda. Com isso e com o que foi percebido por nós, não é possível, nas escutas que empreendemos, afirmarmos ter ocorrido qualquer tipo de trabalho numa transferência analítica.

Como já dissemos, no PS, as entrevistas nos serviram para termos a possibilidade de sustentar, para o sujeito do tratamento, um ponto-de-estofa na possibilidade de algum encaminhamento, uma continuidade ao trabalho já iniciado, fosse para uma análise, terapia ou qualquer outro tipo de dispositivo, disposto no território. Algo capaz de oferecer prosseguimento no tratamento e ir ao encontro do que demandava o sujeito.

A maioria dos sujeitos que lá estavam não sabiam falar de sua dor, ou mesmo não lhes era dado o uso de um espaço para falarem de sua dor, daquilo que os atormentava, sem contar as muitas vezes que estavam estigmatizados com o rótulo de um diagnóstico. O trabalhador-intercessor, na figura de estagiário de Psicologia, buscou desbloquear um discurso até então bloqueado por outro discurso dominante (COSTA-ROSA, 2008b). De que maneira? Nos moldes do que outrora Jacques Lacan enunciara: ofertando, na espera de que houvesse abertura para criar uma demanda. E assim fizemos, com perguntas pontuais: “como está?”; “o que aconteceu?”, ou mesmo ainda sem pergunta alguma, apenas nos posicionando ao lado das pessoas. Foram inúmeros os momentos em que, sem dizermos uma só palavra, o sujeito se punha a falar e falar de suas questões, de seus problemas, de suas agruras.

Freud (1915 [1914]/1996b) já dizia que toda transferência é demanda de amor. O sujeito confia seus impasses, deslocando-os para o analista, um saber suposto, que no início funcionará como uma verdade sua buscada no analista. O intercessor-estagiário tentará se valer dessa máxima, funcionando sob transferência e confiando que o pivô da transferência é o *sujeito suposto saber* (LACAN, 1973/1998). Porém, é preciso que o intercessor-estagiário não se identifique com esse saber que é depositado em sua pessoa. “A arte de escutar equivale quase à de bem dizer” (LACAN, 2006/2008, p.123), e é na fala do próprio sujeito que a demanda terá a sua circunstância para que o sujeito encontre os significantes de sua história, capazes de representá-lo e dar sentido ao que angústia.

Ressaltando, a interpretação é um conceito, na psicanálise, do qual se privilegia a própria fala do sujeito, de onde dela foi marcado pelo analista como significante (MORETTO, 2001), por isso a importância de que deva ser aberto um espaço para que o sujeito (e não o analista) fale.

Fragmentos da práxis psicanalítica

Do pouco que pudemos apreender no PS, pode-se dizer que se põe em evidência um Real³ que acaba sendo tratado também com instrumentos e ações de estatuto Real. Ao contrário do que usualmente poderia ocorrer com os sujeitos quando comparecem a uma Clínica de *setting* analítico, no PS, nas situações da Clínica da Urgência, esses mesmos sujeitos se mostravam tolhidos sob modalidades de angústia em que o Real os impelia a buscar socorro.

Certa vez, um determinado sujeito me disse: “psicólogo? Que bom, tô precisando de um psicólogo”, muito próximo de seu pai que estava no leito, quando perguntei o

³ Segundo Lacan (2004/2005), o Real é o impossível, e tem como função tropeçar eternamente nesse impossível. É o impossível de se inscrever na linguagem, inapreensível, escapando ao que é da ordem do significante, e, às vezes experimentado como caos.

que estava acontecendo. Ao dizer essas palavras esse mesmo sujeito se pôs a chorar. Continuou: “Meu pai está mal. Me falta o chão”. Por várias vezes, perguntava-me, buscando respostas. “Preciso de uma resposta”. “O que eu faço?” “É certo isso?” No início revelou que trouxe o pai ao PS a contragosto, já que ele não queria vir. Reforçou que não teve escolha, haja vista que seu pai estava muito mal. De uma hora para outra ficou mal. Contou que era muito ligado ao pai, mesmo depois de casado continuou a morar com ele, relatou que é um peso ser filho único, teve que “carregar tudo isso”. Indagava-se a todo o momento o quão difícil era “carregar tudo nas costas”. Contou que estava com o estômago ruim, e sem eu dizer nada, associou isso com o nervoso que estava passando. Perguntou-me se havia resposta para o que estava passando. Esse sujeito já trabalhava a ideia de perder o pai e parecia somente buscar um sentido para elaborar o acontecimento.

Ainda não mencionamos como, em vários casos, os sujeitos ficavam nos olhando, e, ao nos aproximarmos, se punham a falar. Lacan (2004/2005), discorrendo sobre a angústia, irá dizer que a angústia é um sinal, um afeto que não engana. Era possível perceber na fisionomia das pessoas, em seus olhares, um chamado por parte delas, mesmo que às vezes pelo *não-dito*. Havia ali um pedido de ajuda, clamor por um amparo. É preciso enfatizarmos que, em grande parte das vezes, de fato havia algum tipo de “demanda de dor”⁴ quando íamos atender ao chamado de alguém.

Dor e dizer

Aproximei-me perguntando como estava e ele me respondeu que estava com muita dor no estômago. Sublinhei a palavra dor e ele contou que estava com diabetes e sua diabetes havia chegado até 1.000. Ficou me olhando e perguntou: “Você faz o que aqui?”. Respondi que trabalhava com a Psicologia e ele continuou a falar de como foi descobrir que estava com diabetes. Disse que já havia melhorado muito, olhava-me com os olhos arregalados, ávidos por contar algo. Dizia que quando chegou tinha medo de ser acometido por um derrame ou outro problema. Pedi que contasse como foi quando descobriu que estava com diabetes, e ele revelou que estava em casa com seus filhos, quando se sentiu mal e o trouxeram ao os. Emendou dizendo que no mesmo dia um parente seu também se sentiu mal, teve derrame e no momento também estava internado. Disse o sujeito: “meu tio está em coma, e eu já estou me recuperando. Ai, que vontade de sair daqui”. Ele aguardava ser transferido para alguma vaga no Hospital Geral Regional, já que se encontrava no PS há uns dias, esperando liberação dessa vaga. Num breve instante depois, disse-me: “Uh, minha dor no estômago sumiu, obrigado por ficar aqui conversando comigo viu”.

Durante a escuta, as palavras eram articuladas significando que o fato de ter chegado naquela condição lhe havia tirado do “estável”. Falava que a partir de agora teria que mudar seus hábitos com a comida e as coisas seriam diferentes. Em certa hora passei próximo ao quarto e ele já não estava mais lá, provavelmente teria sido removido para o hospital ou saído do leito para andar. Esse fragmento, particularmente, é bem elucidativo, pois nos faz lembrar de algo que precisa estar nos caminhos da Clínica da

⁴ Em uma entrevista a uma revista italiana perguntaram a Jacques Lacan por que as pessoas buscavam uma análise. Respondeu ele, revelando que elas buscam uma análise por possuírem demanda de angústia, de dor.

Urgência: a “cura pela palavra” (*talking-cure*, tal como mencionado por Freud). O sujeito relatava fortes dores no estômago, e, conforme foi falando, com elementos “significantes” de seu próprio discurso, fui sublinhando e abrindo o seu discurso, as questões relacionadas à sua própria história, à família e à sua própria vida vinham surgindo.

É somente na medida do fora-de-sentido dos ditos – e não do sentido, como se costuma imaginar e como supõe toda a fenomenologia – que existo como pensamento. Meu pensamento não é regulável a meu bel-prazer, acrescentemos ou não o *infelizmente*. Ele é regulado. Em meu ato, não almejo exprimi-lo, mas causá-lo. Porém não se trata do ato, e sim do discurso. No discurso, não tenho que seguir sua regra, e sim que encontrar sua causa. No entre-senso – entendam isso, por mais obscuro que possam imaginá-lo – está o ser do pensamento (LACAN, 2006/2008, p.13).

A Clínica da Urgência, no agenciamento do trabalhador-intercessor, presentifica-se quando, no seu agir, é proporcionado ao sujeito do sofrimento um discurso que seja diferente daquele enquanto objeto caído, desvelado pelo encontro com *Das Ding* (MOURA, 2000). Nas revoluções dos discursos, teremos então o deslocamento de um sujeito, da posição de objeto do gozo do Outro a um sujeito dividido, de volta à cadeia dos significantes e movido por uma causa, (se) protestando na procura de dar conta desse afeto que outrora não se representava.

Indo junto ao leito de um sujeito, perguntei como estava e me respondeu com um sorriso, disse que estava tentando colocar a fralda (e de fato havia um forte cheiro de urina). Fiquei em silêncio. Discorreu relatando o quão difícil estava sendo se separar das drogas, tinha chegado ao PS sozinho e por si mesmo. Disse que amava seu filho e que ele também usava drogas, dizia que tinha uma vontade muito grande de ajudar as pessoas que também usavam drogas, mas que na situação em que estava não era possível.

É, mas é difícil largar. Mas eu vou conseguir, se Deus quiser. Esses dias um senhor veio até mim dizendo que usava e não conseguia parar, fiquei com dó dele, que dó, viu! (ficou em silêncio). Eu não vou conseguir parar. Não consigo, mas eu estou aqui pra tentar.

Comentou que foi internado outras duas vezes, relatou morar em uma cidade da região. Na sua fala, transparecia estar muito debilitado, tinha uma voz mole, lenta, mal conseguia escutá-lo, contou que morava com seu filho. A todo o momento falava em parar de usar e poder ajudar os outros, disse querer ajuda, por não conseguir parar com o uso excessivo.

Nos fragmentos relatados, observamos que os dois sujeitos muito sofriam com a dor do corpo. Em suas palavras, soava uma angústia por não saberem do seu futuro, que fim teriam com esse inesperado que lhes acometia. Às suas palavras, faltavam palavras que pudessem fornecer alicerce ao tormento, a criação de um vazio que os colocasse novamente na rota de uma realidade minimamente palatável, na compreensão do ocorrido. “Na urgência o sujeito é lançado no estado inicial de desamparo, estado que pode se repetir em qualquer momento da vida, revelando a precariedade da condição humana” (MOURA, 2000, p.9).

*Uma psicologia precavida pela psicanálise:
A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro*

Especificamente no último caso, o sujeito procurava em mim um anteparo para dar conta de toda aquela dificuldade de estar longe da droga. Pois, sabemos, o sujeito em seu uso exacerbado e na relação próxima com as drogas goza de sua “morte”, quer um prazer que vai para além, para gozar mais e mais. Esse encontro acidental inaugura a toxicomania, na qual ficar longe do objeto faz parte de sua própria economia de gozo. O sujeito está engolido, é o Outro quem goza (MELMAN, 2000). Em determinado momento de sua fala, o sujeito me olha e diz: “Você é forte, vejo força em você, você é cheio de Deus”. É essa a inclinação que o sujeito da toxicomania tem para com aquele que coloca como Outro de sua existência, como objeto Real e não simbólico.

Na articulação entre angústia e estrutura: a angústia não é tão estranha assim ao analista, ou àquele que esteja precavido.

Lacan nos faz perceber que ele não está ao abrigo de experimentá-la junto aos seus sujeitos no exercício de sua função analítica, o que não significa propor que a angústia que ele, o analista, experimenta encontra-se em continuidade com aquela que ele suscita (DIAS, 2006, p. 168).

Os sujeitos em crise buscam o significante capaz de dar aporte ao Real irruptivo; o gozo do Outro lateja cindindo a cadeia significante, desmantelando-a. Os que no PS estavam não tinham alternativa que não a de se apegarem à própria dor. Não havia com quem falar, não havia como falarem de si, que fosse para *dizer* somente da sua dor.

O *Unheimlich* é o nome dado ao não familiar, ao estranho, ao que provoca o medo, a (re)vivência de um estado comparado ao desamparo primordial. “Considerando a nossa inalterada atitude em relação à morte, poderíamos, antes, perguntar o que aconteceu à repressão⁵, que é a condição necessária de um sentimento primitivo que retorna em forma de algo estranho” (FREUD, 1919/1996c, p.259). A angústia poderá se mostrar ao sujeito como um acontecimento difícil de suportar; aquilo que não engana (MOURA, 2003).

Considerações finais

Em síntese, destacamos aqui algumas conclusões: não eram todas as pessoas que estavam abertas para uma escuta; os profissionais que trabalhavam no PS não se interessavam pela subjetividade dos sujeitos do sofrimento que lá estavam; havia também muitas dificuldades relacionadas às limitações dos próprios estagiários.

Os primeiros momentos na Clínica da Urgência⁶ do Pronto-Socorro nos foram suficientes para que tivéssemos um vislumbre do quão árido e complexo seria o campo no qual nos encontraríamos inseridos daquele momento em diante. Apareceram

⁵ Entendemos “repressão”, pela tradução da Imago, de maneira errônea quanto ao que deveria ser uma tradução mais próxima à originalidade da obra e da teoria. Onde se lê repressão, é preciso ler recalçamento.

⁶ Nomeamos a Clínica da Urgência como um campo de Atenção, de retaguarda médica, aos sujeitos que chegam a uma unidade hospitalar acometidos por acidentes de diversas ordens. A pretensão por nós adotada é elevar essa Clínica da Urgência ao estatuto da Atenção ao sofrimento psíquico para além do sofrimento orgânico-biológico.

dificuldades que não descartamos terem sido importantíssimas para a revisão e construção da trajetória no desenvolvimento da intercessão-pesquisa.

A realização da práxis no PS permitiu o questionamento acerca da pertinência ou não de um psicólogo precavido pela psicanálise na Urgência de um Estabelecimento Hospitalar. Para citarmos um aspecto importante, constatamos que não eram todos os sujeitos que se apresentavam abertos para uma escuta, embora falassem de sua angústia e dor.

Comprovamos que a oportunidade de falarem de suas histórias, num lugar difícil de estar e talvez tão deprimente quanto poderia ser uma unidade de PS, possibilitou para muitos a produção de algum alívio. No entanto, percebemos que muitas pessoas não manifestavam vontade de exprimir o seu sofrimento.

Parece verossímil defendermos que esteja presente no horizonte dos profissionais, da Urgência-Emergência de uma unidade de PS, a dimensão subjetiva do sofrimento. Seria importante o reconhecimento de que há também um psiquismo naquele que sofre. Os sujeitos precisam ser vistos em sua integralidade (totalidade), na fragilidade provocada por uma doença ou um acidente, mas também e principalmente como pessoas que vêm de uma particular família, de um específico território, de uma determinada comunidade e condição de vida, em busca da construção de uma vivência no social que é única e singular, a partir das experiências de cada um.

Uma Clínica da Urgência subjetiva (AMERICANO; ALBERTI, 2010; BARRETO, 2004; CALAZANS; MARÇAL, 2011; TOREZAN; COSTA-ROSA, 2003; SIMÕES, 2011), avisada pela Psicanálise, não teria como seu intuito principal propiciar *a priori* e a qualquer custo um trabalho analítico a todos os sujeitos que dela se servissem. Por outro lado, admitimos que algo de analítico se devesse processar quando no horizonte temos a *Ética* do desejo.

É importante que consideremos as limitações enfrentadas durante o trabalho realizado. Cabe destacar o quanto nos transformamos no seu transcorrer, o que não nos impede de lembrar os vários momentos nos quais nos percebemos um tanto receosos, envergonhados ou angustiados ao nos aproximarmos das pessoas nos seus leitos, e mesmo de entrar no PS, adentrando nas suas instalações. Seria esse o Real tão falado na conjuntura da extrema angústia, afetando-nos?

Quanto aos sujeitos do sofrimento, quando demandavam uma solução rápida para o seu problema, sentíamos-nos em muitas situações na obrigação de lhes dar um equacionamento eficaz, uma resposta também de teor rápido. *A posteriori*, pudemos entender que a angústia materializada pelos sujeitos era mais nossa do que deles. Em relação a esse comentário, a respeito da implicação de quem opera com a escuta, vale a pena assinalar: precisamos acreditar na implicação subjetiva do sujeito, e não querermos curá-lo, subjugando-o. Ou seja, é partindo das palavras do sujeito que a rede dos acontecimentos que fazem sentido em sua realidade deve ser significada com elementos de sua própria história. Isso, é claro, com a participação (coadjuvante) do analista, terapeuta ou trabalhador que esteja escutando.

Outro aspecto merece ser destacado: reforçamos de maneira explícita a ideia de que o trabalhador-intercessor deve se escutar, fazer uso de um processo: seja analítico, seja mesmo algo que sirva de reflexão às suas próprias questões enquanto sujeito. Essa atenção se torna importantíssima para a intercessão no âmbito de sua prática.

*Uma psicologia precavida pela psicanálise:
A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro*

Sendo assim, podemos sinalizar a importância de que a continuidade desse trabalho depende consideravelmente de que o trabalhador, nessa práxis, tenha uma formação que caminhe numa linha orientada por uma *Ética*, enquanto *Ética* da singularidade, do sujeito do inconsciente e do *bem-dizer* (LACAN, 1986/1997). Somente com essa implicação, aliada à abertura da equipe de trabalhadores para a dimensão subjetiva, e com a efetividade de uma participação do psicólogo neste contexto, poderemos pensar e avançar na regulamentação e implantação da prática de uma Psicologia num espaço institucional como um PS.

Nosso principal objetivo era analisar a aplicabilidade ou não da escuta ao sujeito nesse contexto institucional. Contudo, fomos descobrindo o quão vasto era o campo para a pesquisa nessa área. Detectamos a carência de bibliografia sobre o tema, e de muitas outras questões a serem problematizadas no contexto hospitalar, como, por exemplo, as concepções de equipe e de Humanização em um Pronto-Socorro.

Referências

- Americano, B. & Alberti, S. (2010). A psicanálise e a clínica nas urgências. In: IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Curitiba. *Mesa-Redonda*. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Recuperado em 15 nov. 2013, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr54-bruna-americano-e-sonia-alberti.pdf>.
- Angerami-Camon, V. A. (Org.). (1984). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. 2.ed. São Paulo: Traço.
- Barreto, F. P. (2004). A urgência subjetiva na saúde mental (Uma introdução). In: XIV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano, Rio de Janeiro. Trabalho apresentado na plenária sobre O dispositivo: invenções e intervenções, no dia 23 de abril de 2004. Publicado na Opção Lacaniana — *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise* (40), 47-51. São Paulo: Edições Eólia. Recuperado em Disponível em: 15 nov. 2013, de http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Francisco_Paes_Barreto_A_urgencia_subjetiva_na_saude_mental1.pdf.
- Bittencourt, A. L. P., Quintana, A. M., Velho, M. T. A. C., Goldim, J. R., Wottrich, L. A. F. & Cherer, E. Q. (2013). A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicologia em Estudo*, Maringá, 1(18), 93-101, jan./mar.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional* (pp.60-61). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Brasil. (2006). *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Calazans, R. & Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, 12(VI), mai. a out. Recuperado em 10 fev. 2014, de www.isepol.com/asephallus.

- Cordiolo, A. V. (1993). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa-Rosa, A. (2008a). *Intercorrências e análises sobre o processo de produção saúde adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde*. UNESP/Assis. Mimeo.
- Costa-Rosa, A. (2008b). *Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave: integrando a Estratégia Saúde da Família e Estratégia Atenção Psicossocial no Território*. Mimeo.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Editora Unesp.
- Dias, M. M. (2006). Angústia e constituição subjetiva. In: N. V. A. Leite (Org.). *Corpolinguagem: angústia: o afeto que não engana*. Campinas-SP: Mercado de Letras.
- Freud, S. (1966a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1966b). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise III). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915 [1914]).
- Freud, S. (1966c). O 'estranho'. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Lacan, J. (1997). *A ética na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.. (Trabalho original publicado em 1986).
- Lacan, J. (1998). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, Livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 2004).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 2006).
- Machado, M. V. & Chatelard, D. S. (2013). A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora*, Rio de Janeiro, 1(XVI), 135-150, jan./jun.
- Melman, C. (2000). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania*. São Paulo: Escuta.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, M. D (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: M. D. Moura, (Org.). *Psicanálise e hospital*, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter.

*Uma psicologia precavida pela psicanálise:
A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro*

- Moura, M. D. (Org.). (2003). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Quinet, A. (2005). *As 4+1 condições da análise*. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Romano, B. W. (1990). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, R. A., Baladi, R. H. R. & Ponzio, C. S. (1984). A atuação do psicólogo junto a pacientes vítimas da tentativa de suicídio na unidade de pronto-socorro do hospital geral. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*, 2.ed. São Paulo: Traço.
- Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. 101 f. Dissertação de mestrado, não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Stringheta, L.V.H.O. & Costa-Rosa, A. (2007). O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica em saúde. In: E. P. Constantino (Org.). *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Torezan, Z. C. F. & Costa-Rosa, A. (2003). Escuta Analítica no Hospital Geral: Implicações com o Desejo do Analista. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2(23), 84-91.
- Zimerman, D. E. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artmed.