

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Iara Wanderley Biondi

**PROTOCOLO CLÍNICO EM URGÊNCIA SUBJETIVA:
a reintrodução do discurso e a escuta do sujeito em psicanálise no pronto socorro de um
hospital geral**

Belo Horizonte

2014

Iara Wanderley Biondi

**PROTOCOLO CLÍNICO EM URGÊNCIA SUBJETIVA:
a reintrodução do discurso e a escuta do sujeito em psicanálise no pronto socorro de um
hospital geral.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu* Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Moreira Marcos.

Belo Horizonte

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

B615p Biondi, Iara Wanderley
Protocolo clínico em urgência subjetiva: a reintrodução do discurso e a escuta do sujeito em psicanálise no pronto socorro de um hospital geral / Iara Wanderley Biondi. Belo Horizonte, 2014.
103f.: il.

Orientadora: Cristina Moreira Marcos
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Protocolos clínicos. 2. Socorro de urgência. 3. Psicanálise. 4. Hospitais. I. Marcos, Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 159.964.2

Iara Wanderley Biondi

**PROTOCOLO CLÍNICO EM URGÊNCIA SUBJETIVA:
a reintrodução do discurso e a escuta do sujeito em psicanálise no pronto socorro de um
hospital geral.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu* Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Cristina Moreira Marcos (Orientadora) – PUC-Minas

Hélio Miranda – PUC-Minas

Guilherme Massara Rocha – UFMG

Belo Horizonte, 13 de Março de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente aos professores e profissionais do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da PUC-Minas, em especial à minha orientadora, Prof^a Dra Cristina Moreira Marcos, que apostou no meu trabalho, com a pertinência e delicadeza de seus comentários. À Prof^a Dra. Luciana Kind do Nascimento, que incentivou minha entrada na Pós-Graduação *Strictu Sensu* da PUC-Minas, ao Prof. Dr. Luis Flávio Couto que com seu rigor teórico, transmitiu o conteúdo da psicanálise, tão importante para nossa formação teórica e prática.

Agradeço à banca de defesa, Prof. Dr. Hélio Miranda e ao Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha, que se disponibilizaram a ler e contribuir com o projeto e a dissertação.

Agradeço aos idealizadores e realizadores da pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva da UBA, Dr. Guillermo Belaga, Dra. Maria Inés Sotello, Lucíola Macedo e Jorge Pimenta, que me convidaram e aceitaram minha participação na pesquisa.

Aos meus pais – Maria do Socorro e Fernando – e irmão Pedro Henrique e minha tia Dinha que estiveram comigo sempre, incentivando meus aprimoramentos e dividindo comigo as alegrias deste percurso. Ao meu marido, Hélio, que com muito amor superou conjuntamente as dificuldades para realizar esta conquista.

Aos meus amigos Marcus Vinicius e Rafael por contribuírem para minha formação pessoal e profissional, além dos diversos encontros que amadureceram meus pensamentos, a amizade concedida e apoio direto para esta escrita.

Agradeço ainda e especialmente à equipe do Hospital das Clínicas da UFMG, desde o Pronto Socorro, ao Serviço de Psicologia (em especial à Márcia que apoiou minha inserção na equipe e desta pesquisa) e à Unidade Multiprofissional. E, para finalizar, à Equipe de Cuidados Paliativos, que é um exemplo de equipe interprofissional e transdisciplinar.

Aos alunos do nono período do segundo semestre de 2013 da PUC-São Gabriel que consentiram com meu estágio de docência, e me acolheram tão bem como professora-aprendiz.

Finalmente agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), que financiou meu percurso no curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* na PUC-Minas.

No momento em que iniciou o estudo de mecânica, Ulrich sentiu um entusiasmo febril. Para que precisa do Apolo del Belvedere, se temos diante dos olhos novas formas de um turbodínamo ou o jogo de pistões de uma máquina a vapor? Quem se encantaria com a milenar conversa sobre o bem e o mal depois de constatar que não são “constantes”, mas “valores funcionais”, de forma que o valor das obras depende das circunstâncias históricas, e o valor das pessoas depende da habilidade psicotécnica com que avaliamos suas qualidades? O mundo é realmente cômico, analisado do ponto de vista da técnica; nada prático nas relações humanas, altamente antieconômico e inexato em seus métodos; e quem estiver habituado a resolver seus problemas com a régua de cálculo, simplesmente não pode mais levar a sério metade das afirmações de um homem.

Robert Musil

RESUMO

O Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) tem sido solicitado a formalizar sua atuação no Pronto Socorro através de protocolos específicos na área de urgências. Mediante este tipo de requisição, a questão que se coloca é de que modo o serviço de psicologia pode atender à demanda institucional de padronização do serviço sem, no entanto, perder de vista a dimensão do sujeito no contexto hospitalar. Por esta razão, o nosso tema de investigação é o uso do Protocolo da Pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva (PS/HC-UFMG) como orientação na escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro do HC-UFMG. Este protocolo foi criado para coleta de dados da Pesquisa Multicêntrica em Urgência subjetiva “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” realizada pela Universidade de Buenos Aires, além de outros participantes do qual o HC-UFMG fez parte. Abordamos, então, inicialmente a história do HC-UFMG e de seu Pronto Socorro, situando a conjuntura presente neste hospital; e conceituamos o sujeito em psicanálise estabelecendo distinções entre o organismo na medicina e corpo para psicanálise de orientação lacaniana. Em seguida, utilizamos as contribuições de Michel Foucault sobre a emergência dos processos avaliativos na sociedade atual, bem como fazemos uma leitura desse contexto pela ótica psicanalítica. Posteriormente, revisamos a teoria psicanalítica no que tange a seu aspecto de pesquisa, tratamento e técnica. Paralelamente analisamos o uso do protocolo da pesquisa multicêntrica em urgência subjetiva na escuta do sujeito em psicanálise. Diante disso, discutimos a transposição do protocolo de pesquisa para o protocolo clínico no ambiente do Pronto Socorro do hospital, e finalizamos com a reflexão sobre a ética do psicanalista em meio às avaliações e urgências subjetivas no pronto socorro do HC-UFMG.

Palavras-chave: Protocolo. Urgência subjetiva. Psicanálise. Hospital.

ABSTRACT

The Psychology of the Hospital das Clínicas of Minas Gerais Federal University (HC-UFGM) service has been asked to formalize its operation in Emergency Department through specific protocols in the area of emergency. Upon such a request, the question is how the psychology service can meet the demand of institutional standardization without lose the dimension of the subject in the hospital context. For this reason, our research is about the use of the research protocol on the research on subjective urgency (PS/HC-UFGM) as guidance in listening to the psychoanalyst regarding to the unconscious subject in the emergency department of the HC-UFGM. This protocol was created to get data for the Multicentric Research in Subjective Emergency – “Comparative analysis of demand and interventions in health mind” made by Buenos Aires University and other participants of which the HC-UFGM was part. Initially approached history of the HC-UFGM and its Emergency Department, situating the conjuncture in this hospital, and conceptualize the subject in psychoanalysis by distinguishing between the organism in medicine and body to Lacanian psychoanalysis. We then use the contributions of Michel Foucault on the manifestation of the evaluative process in the society today, and we also do a reading of this context by the psychoanalytic perspective. Subsequently we revise psychoanalytic theory about to its aspect of research, treatment, and technique. In parallel we also analyzed the use of the protocol of a multicenter survey in urgency subjective on the listening of the subject in psychoanalysis. Therefore, we discuss the implementation of the research protocol for the clinical protocol in the emergency department of the hospital, and finalized with reflection about psychoanalyst ethics in the middle of reviews and subjective emergencies in the emergency department of the HC-UFGM.

Keywords: Protocol. Subjective urgency. Psychoanalysis. Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	47
Figura 2	48
Figura 3	48
Figura 4	49
Figura 5	60
Figura 6	61
Figura 7	62
Figura 8	74
Figura 9	80

LISTA DE SIGLAS

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVE : Acidente Vascular Encefálico

CBA: Consórcio Brasileiro de Acreditação

CID-10: Classificação Internacional das Doenças – 10 versão

EBP: Escola Brasileira de Psicanálise

GESQUALIS : Gestão pela Qualidade na Saúde

HC-UFGM: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

IPSM-MG: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais

JCI: Join Comission International

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

ONA: Organização Nacional de Acreditação

PS: Pronto Socorro

SUS: Sistema Único de Saúde

UBA: Universidade de Buenos Aires

UF: Unidade Funcional

UFGM: Universidade Federal de Minas Gerais

UFMPS : Unidade Funcional Multiprofissional de Promoção à Saúde

Visa BH : Vigilância Sanitária Municipal

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
2- CAPÍTULO 1: O PRONTO SOCORRO E O SUJEITO EM PSICANÁLISE ...	17
2.1. O Hospital das Clínicas da UFMG e o Pronto Socorro	17
2.2. A Psicologia no HC-UFMG e a demanda dos Protocolos Assistenciais	23
2.3. A urgência subjetiva e o lugar da psicanálise no Pronto Socorro	31
2.4. A constituição do sujeito e sua diferença do organismo	41
3- CAPÍTUO 2: A AVALIAÇÃO: UM NOVO OLHAR	50
3.1. Os efeitos disciplinares e reguladores nas práticas da avaliação	50
3.2. Protocolo: um saber a serviço da lógica do mercado?	59
4-CAPÍTULO 3: PROTOCOLO DE URGÊNCIA SUBJETIVA: ASPECTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS E ÉTICOS	65
4.1. Pesquisa e técnica em psicanálise, o que está em questão?	65
4.1.1. <i>Pesquisa, tratamento e transmissão: (re) introduzindo o discurso</i>	66
4.1.2. <i>O diferencial da técnica psicanalítica</i>	70
4.1.3. <i>A construção de um saber subjetivo na urgência: proposições do protocolo de pesquisa</i>	76
4.2. Protocolo de urgência e seu uso na escuta	83
4.3. A ética da psicanálise e o ambiente hospitalar	86
5- CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	95
ANEXO A – PROTOCOLO DA PESQUISA MULTICÊNTRICA DE URGÊNCIA SUBJETIVA	100
ANEXO B – DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO E APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.....	102

1 INTRODUÇÃO

As novas tecnologias do mundo atual, não só no campo de maquinários, mas também nos processos de trabalho ganham novas formas, gestões no intuito de tornar eficaz a atuação do profissional. Nesse contexto, até mesmo o âmbito hospitalar tem sido influenciado com o paradigma de que quanto mais processos de gestão e tecnologia maior a qualidade do serviço.

Essa é a atual conjuntura do HC-UFMG: requisitar a padronização no serviço prestado ao usuário, ou seja, uma forma normatizada de conduta da instituição nos seus diversos âmbitos. Uma das padronizações da instituição é o protocolo de atendimento, que, segundo a Gesqualis (Gestão da Qualidade do HC-UFMG), “é um documento que descreve métodos que foram considerados ensaios clínicos ou pelo consenso de especialistas como sendo as mais eficazes na avaliação e/ou tratamento de um paciente que possua determinado sintoma, condição ou diagnóstico ou que descrevem um procedimento específico”¹. O protocolo visa instituir a garantia do atendimento de determinada área, de forma que todos os usuários tenham o mesmo tipo de assistência. Essa norma padrão funciona de maneira específica: coleta de informações e a partir disso é definida a conduta do profissional. Assim, o protocolo é uma ferramenta de avaliação de usuários, e com isso os enquadra num grupo em que eles ganham nomeações categóricas: cardíacos, diabéticos, hipertensos.

A finalidade do serviço no Pronto Socorro HC-UFMG é atender pacientes que estão em urgência/emergência e que eles possam sair desse estado. Primeiramente, os pacientes são triados, na porta de entrada, pelo protocolo de Manchester da enfermagem a fim de definir o grau de urgência e, posteriormente, são encaminhados para a clínica médica específica, mediante o tipo de sintomas e de patologia apresentados. Após esse procedimento, a equipe médica consulta o paciente e também delinea os próximos passos a serem realizados para retirar o paciente da urgência ou emergência.

O atendimento psicológico, como os demais serviços, também foi solicitado a formalizar sua atuação no PS/HC-UFMG através de profissionais específicos para a área de urgências e protocolos que norteiem a rotina do serviço. Mediante este tipo de requisição, a questão que se coloca para nós é de que modo o serviço de psicologia pode atender à demanda institucional de padronização do serviço sem, no entanto, perder de vista a dimensão

¹ Informações extraídas do Boletim do HC – Informativo do Hospital das Clínicas da UFMG – Novembro de 2012, ano XVII, nº 286.

do sujeito no contexto hospitalar. Por esta razão, o nosso tema de investigação é o *uso do protocolo da pesquisa em urgência subjetiva*² (PS/HC-UFMG) como orientação na escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro do Hospital das Clínicas da UFMG. Para tanto, nos propusemos a: definir conceitualmente a noção de sujeito e urgência subjetiva na psicanálise de orientação lacaniana; identificar – segundo a abordagem foucaultiana – o surgimento das avaliações; realizar uma leitura das práticas avaliativas pela perspectiva psicanalítica; e por fim, investigar o lugar do psicanalista no terreno das avaliações e das urgências subjetivas.

No intuito de localizar o leitor em relação ao advento do protocolo da Pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva PS/HC-UFMG, acima mencionado, abordaremos a história do serviço de psicologia do PS/HC-UFMG. Inicialmente, os psicólogos do Pronto Socorro eram solicitados nos momentos em que o paciente causava problemas para a instituição hospitalar. O que estava em questão não era, *a priori*, o sofrimento do paciente, e sim a desorganização que ele gerava na rotina do setor. Os psicanalistas do serviço de psicologia que atuavam no PS começaram a esboçar um trabalho: ouvir as demandas por parte dos profissionais e também a dos pacientes. Entretanto, o papel do psicanalista é tratar do sofrimento contido na urgência do paciente, e para isso precisam estar advertidos de que urgência se trata. Era preciso então, entender qual serviço poderia ser realizado com aqueles pacientes num contexto de urgências. Para concretizar essa atuação da psicologia no Pronto Socorro, foi montado o projeto de pesquisa sobre a clínica da urgência e investigar quais eram as demandas, como responder e intervir nessas situações.

O Serviço de Psicologia do HC-UFMG³ realizou uma parceria de pesquisa com a Secretaria de Investigação da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires para realizar a pesquisa multicêntrica⁴ que ocorreu no período 2008-2010, dirigida pela Professora Inês Sotelo⁵ e codirigida por Guillermo Belaga⁶, tendo como coordenadora do projeto no

² Este protocolo foi criado para coleta de dados da Pesquisa Multicêntrica em Urgência subjetiva “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” realizada pela Universidade de Buenos Aires, além de outros participantes do qual o HC-UFMG fez parte. Apontamentos mais detalhados são feitos ao longo da dissertação.

³ Colaboradores e integrantes da equipe de investigação HC/UFMG: Carolina Leal Ferreira Simões, Iara Biondi, Jorge Pimenta, Larissa Figueiredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte e Rodrigo Ferreira.

⁴ Os centros que estavam envolvidos eram: Hospital Central de San Isidro da Província de Buenos Aires (Argentina), Hospital San Bernardo da Província de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguai) e o Hospital das Clínicas de Belo Horizonte (Brasil).

⁵Psicanalista, professora adjunta de psicopatologia da Universidade de Buenos Aires, membro da Associação Mundial de Psicanálise (AMP).

⁶Psicanalista membro AMP e da EOL.

Brasil a então psicóloga hospitalar e psicanalista Lucíola Macedo. Os objetivos da pesquisa “Análise da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” eram abordar a problemática sobre urgência subjetiva e traçar estratégias efetivas para seu tratamento no âmbito psíquico. Para conseguir atingir esses objetivos traçados, foi necessário criar um protocolo⁷ de pesquisa que conseguisse: a) coletar informações clínicas sobre o tipo de população que procura o serviço de urgência; b) localizar qual era a urgência subjetiva; e c) que apontasse a possibilidade de atuação psicanalítica nessa conjuntura. Ao final de dois anos, foi feita uma análise das informações coletadas para entender sobre essa demanda, que vem acontecendo frequentemente na nossa realidade.

Juntamente com a pesquisa, foram realizados estudos e produções de textos⁸ a fim de entender sobre a urgência subjetiva. Segundo os textos de autores dessa área – Guillermo Belaga, Seldes, Inês Sotelo, entre outros – a produção de uma urgência subjetiva se dá com o rompimento na cadeia significativa do sujeito. Isto ocorre quando o sujeito vive determinadas situações que lhe faltam palavras, situações traumáticas em que, sem o recurso simbólico, irrompe a angústia. Como afirma Seldes:

Procuramos estudar as urgências subjetivas com uma ampla gama de descrição: esses momentos de crises na vida de um sujeito que já não pode dar conta de seu sofrimento, ou seja quando o discurso não é suficiente para entender, manobrar, esse sofrimento inefável, fica sem palavras, sem imagens, ou acaba preso no maior mutismo, são impulsionados a atos desesperados ou são presa da mais cruel angústia (SELDES, 2006, p. 34, tradução nossa).⁹

Esta conceituação da urgência subjetiva é válida para discernirmos a atuação do psicanalista da prática médica, em que o tema da urgência se refere à quebra na homeostase do organismo. Porém, o sujeito da psicanálise é um sujeito que difere do puro funcionamento dos órgãos. O que fica de semelhança entre a urgência subjetiva e a urgência orgânica é a noção de ruptura. Para a psicanálise, o sujeito é marcado pela linguagem, seu traço estrutural. Lacan (1964/1998) define o sujeito do inconsciente como sendo um significante (S1) que representa o sujeito para outro significante (S2) numa cadeia associativa. No intervalo entre o S1 e o S2 é que se dá o sujeito dividido: por onde perpassa sua enunciação, sua verdade

⁷ Em anexo o protocolo da pesquisa com a referente parte a ser investigada no projeto.

⁸ Como podemos conferir no texto “A Clínica da Certeza Antecipada” de Iara W. Biondi apresentado na Jornada Interna do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG) em 2010.

⁹ Tratábamos de estudiar las urgencias subjetivas con una amplia gama de descripciones: esos momentos de crisis en la vida de un sujeto que al no poder da cuenta de su sufrimiento, o se a cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, o queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia.

particular. O significado da fala do sujeito só aparece *a posteriori*, ou seja, o sentido só é constituído num segundo momento, após o encadeamento dos significantes (S1→S2). Por isso na psicanálise, o corpo para o sujeito é sempre um corpo falado, atravessado pela linguagem e não pelo funcionamento dos órgãos, somente (SOTELO, 2006).

Desde então, o trabalho assistencial do psicanalista no Pronto Socorro do HC-UFGM, de forma geral, tem sido o de possibilitar que o sujeito possa falar da sua experiência traumática, simbolizar os acontecimentos corporais e o tratamento de sua doença. Em virtude disso, trabalhamos com a noção de que a qualidade do tratamento clínico da urgência subjetiva, não está necessariamente no que é anotado ou em dados apresentados, mas sim na escuta da posição do sujeito em relação ao inconsciente. Assim, se torna fundamental criar maneiras de se fazer um bom uso do protocolo no campo da psicanálise dentro do hospital, levando em conta o particular de cada sujeito.

Assim, investigamos o protocolo da pesquisa “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência na saúde mental” pelo fato de ele poder funcionar como um protocolo clínico assistencial que abre espaço para outro modo de uso da técnica protocolar. Essas características assistenciais do protocolo puderam ser inicialmente percebidas ao longo das *discussões sobre os dados coletados*, na época de seu desenvolvimento, por onde se delineava um esboço na direção de cada caso. Assim, as perguntas inscritas no protocolo de pesquisa tornaram-se relevantes, pois baseadas nelas fazia-se a construção do caso clínico. Para embasar cientificamente essa impressão clínica vivida no preenchimento do protocolo, indagamos de que modo as perguntas do protocolo explicitadas no item “C – Contexto Subjetivo” servem de baliza para o psicanalista em sua escuta clínica do sujeito do inconsciente. Os idealizadores do protocolo da pesquisa tiveram como base o texto *Discurso do Método Psicanalítico*, do livro de Miller *Lacan Elucidado* (1987/1997). Nesse texto, Miller¹⁰ trabalha a questão metodológica da clínica da psicanálise, texto crucial no desenvolvimento do nosso trabalho, visto que ele foi o ponto de partida para identificar o modo pelo qual o protocolo orienta a escuta do psicanalista.

Nossa pesquisa alinha-se à pesquisa qualitativa na medida em que temos o objetivo de aprofundar no campo do significado tendo em vista o modo como o fenômeno se manifesta, devido ao fato de que eles têm um papel de estruturação no campo da vida individual e influência no coletivo (TURATO, 2005). Segundo Turato (2005), esse tipo de estudo tem

¹⁰ Os demais aspectos conceituais do presente texto serão trabalhados detalhadamente na dissertação de mestrado.

ganhado relevância no campo da saúde, visto que tem repercussão direta na qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos próprios trabalhadores da área:

Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (TURATO, 2005, p. 509)

E ainda:

Nos settings da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde. (TURATO, 2005, p. 510)

Vale ressaltar que na metodologia qualitativa o instrumento de pesquisa é o próprio pesquisador, que utiliza sua escuta dos fenômenos e a leitura teórica para trabalhar, estabelecer relações e ampliar a clínica (TURATO, 2005). Dentro dessa perspectiva, utilizamos a pesquisa documental como metodologia de investigação do protocolo da pesquisa “Análise da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” – na área de urgência subjetiva – dirigida pela Professora Inês Sotelo e codirigida por Guillermo Belaga da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires. Nosso objetivo só se tornou possível através da análise da experiência que o uso desse documento proporcionou. Isso porque o protocolo da pesquisa contém vários elementos para que pudéssemos investigar *de que modo o uso do protocolo da pesquisa em urgência subjetiva orienta a escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro de um hospital geral*.

Para subsidiar nossa escolha metodológica, no texto *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*, Cellard (2010) aponta que tanto relatórios de pesquisas, anotações e observações de campo, bem como textos escritos impressos são formas de documentos já que cumprem com a função de documentar algo histórico, de imprimir no tempo e no espaço um acontecimento (CELLARD, 2010):

O documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social. Como ressalta Tremblay (1968; 284), graças ao documento, pode-se operar um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas etc., bem como o de sua gênese até os dias atuais. (CELLARD, 2010, p. 295).

Como afirma o autor, para se ter uma boa análise documental é preciso certos aspectos preliminares tais como: analisar o contexto social em que foi produzido e identificar os conceitos-chaves de forma a preservar a ideia ou o conceito que se veicula, para não interpretar erroneamente do texto do documento em questão. Após esse trabalho prévio, poderemos partir para uma análise do documento tendo em mãos os dados necessários para interpretá-lo (CELLARD, 2010). Tomamos como base essa recomendação de análise do documento, do referido autor, na construção da dissertação.

A dissertação adota, então, a metodologia qualitativa, e se fundamenta teoricamente no referencial da Psicanálise. A pesquisa em psicanálise, por sua vez, exige do pesquisador uma postura eminentemente investigativa, numa dialética entre a teoria e a prática, não tendo como dissociar estes campos, como confirma Pinto:

A pesquisa em psicanálise envolve, de modo grosseiro, dois momentos. O primeiro, praticamente vedado aos estudantes universitários, é o da pesquisa na situação clínica, já que ali não se trata de aplicação. O segundo é o da pesquisa teórica que visa a refazer a montagem do aparato conceitual construído, para que haja alguma inteligibilidade do objeto (PINTO, 1999).

A primeira, a clínica, como define Garcia-GARCIA-ROZA (1994), "não (se) trata de uma prática reveladora de uma verdade já contida no inconsciente o analisando ou no saber do analista: ambos, analista e analisando são pesquisadores produtores dessa verdade" (p.10), cada um com seu papel bem específico (PINTO *apud* GARCIA-GARCIA-ROZA, 1994, p. 10).

Neste sentido, nossa investigação se delinea no intuito de demonstrar que *o protocolo de urgência subjetiva aplicado no PS/HC-UFMG orienta a escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro pelo fato de não funcionar exatamente como método avaliativo, e sim como uma direção da fala e da escuta do sujeito inconsciente. De maneira tal que suas questões possibilitem a construção de um saber subjetivo e que o psicanalista testemunhe com a sua escuta.*

O acesso do documento do protocolo da Pesquisa Multicêntrica sobre “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” (produzido pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires) se deu a partir da nossa inserção nela, participando tanto dos atendimentos, da coleta de dados, discussão de caso clínico e análise dos dados. Esse percurso nos possibilitou desenvolver esta produção científica. Para tanto, reunimos com a representante da pesquisa no Brasil, Lucíola Macedo e apresentamos a ideia do projeto, que, além de dar seu aval, também nos concedeu os documentos necessários, tais como: o protocolo utilizado na pesquisa, a aprovação no conselho de ética do Hospital das Clínicas da UFMG (COEP) e os relatórios das pesquisas de 2009 e 2010. Além disso, também foram informados os elaboradores do projeto multicêntrico, Professora Inés Sotelo e Guillermo Belaga, que consentiram com o desenvolvimento da pesquisa. Com relação ao protocolo, ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG e aprovado em 29 de Abril de 2009 (número do parecer ECIT 086/09), para então ter sido aplicado por dois anos nos pacientes internados no pronto socorro do Hospital das Clínicas da UFMG (em anexo).

No presente trabalho, o percurso textual do primeiro capítulo contextualiza historicamente o Hospital das Clínicas e o Pronto Socorro, procurando situar o leitor diante do cotidiano presente neste hospital; e aborda a conceituação do sujeito em psicanálise estabelecendo distinções entre o organismo na medicina e corpo do sujeito para psicanálise de orientação lacaniana. No segundo capítulo, utilizamos as contribuições de Michel Foucault sobre a emergência dos processos avaliativos na sociedade atual, bem como fazemos uma leitura desse contexto pela ótica psicanalítica, de forma que possamos compreender o protocolo numa perspectiva integrada ao aspecto histórico do qual emergiu e analisar o protocolo não somente pela via da gestão, mas também pelos seus efeitos no sujeito do inconsciente. No terceiro capítulo, juntamente com o arcabouço teórico de toda a trajetória da dissertação, fazemos uma revisão da teoria psicanalítica no que tange a seu aspecto de pesquisa, tratamento e técnica. Deste modo, analisamos o uso do protocolo da Pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva na escuta do sujeito em psicanálise. Discutimos a transposição do protocolo de pesquisa para o protocolo clínico no ambiente do Pronto Socorro de um hospital, e finalizamos com a reflexão sobre a ética do psicanalista em meio às avaliações e urgências subjetivas no pronto socorro do hospital geral.

2. CAPÍTULO 1: O PRONTO SOCORRO E O SUJEITO EM PSICANÁLISE

Para que possamos nos aproximar do nosso campo de estudo, precisamos abordar o contexto histórico do Hospital das Clínicas da UFMG desde sua fundação e reformas significativas no que se refere às gestões, e a consequência destas no modo de atuação do trabalho assistencial aplicado principalmente ao âmbito do Pronto Socorro. Esta abordagem permite analisar a maneira pelo qual o presente hospital trouxe para sua realidade a dinâmica do protocolo enquanto uma conduta a ser seguida na rotina de trabalho assistencial. Seguindo a mesma linha de raciocínio, apresentamos o percurso da Psicologia como serviço dentro do HC-UFMG e de como o protocolo clínico foi se configurando uma realidade na atuação técnica do psicólogo hospitalar.

Após esse trajeto histórico, são trabalhados aspectos conceituais no que tange ao tema da urgência subjetiva na perspectiva psicanalítica de forma que fundamente tanto a atuação do psicanalista no Pronto Socorro, quanto nos traga subsídios para futuras discussões sobre o protocolo da Pesquisa Multicêntrica¹¹. Para finalizar o capítulo dedicamos um item sobre a constituição do sujeito na psicanálise com o objetivo de retomar pontos conceituais fundamentais na psicanálise, de maneira que nos permita diferenciar o corpo para a psicanálise e o organismo na ótica das ciências biológicas.

2.1 O Hospital das Clínicas da UFMG e o Pronto Socorro

O Hospital das Clínicas da UFMG foi fundado em vinte e um de agosto de 1928 com o agrupamento de clínicas ao redor da faculdade de medicina da UFMG. Em 1955 toda a estrutura atual já estava pronta, que se compõe da seguinte maneira: o Hospital São Vicente de Paulo e mais sete prédios, sendo eles: Ambulatório Bias Fortes, Anexo de Dermatologia Oswaldo Costa, Hospital Borges da Costa, Hospital São Geraldo, Hospital São Vicente, Centro de Tratamento de Doenças Infecto Parasitárias Orestes Diniz e o Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher (antigo Carlos Chagas). Tem como característica principal ser um hospital universitário onde suas atividades fundamentais são a assistência, ensino e pesquisa. O HC-UFMG atende hoje exclusivamente o Sistema Único de

¹¹ A discussão mencionada se refere ao conteúdo presente no Capítulo 3 desta dissertação.

Saúde (SUS), e é classificado como hospital de média e alta complexidade.¹²

No início da trajetória do presente hospital, a direção era vinculada às faculdades de Medicina e Enfermagem da UFMG. O funcionamento era disposto pelo sistema de cátedra que definiam a estrutura de suas clínicas e conseqüentemente o modelo de ensino, assistência e intervenção ao paciente. Em 1968 foi feita uma reorganização na estrutura orgânica da Universidade. A Escola de Enfermagem se desligou da Faculdade de Medicina, o que fez com que houvesse mais mudanças na gerência e autonomia dos catedráticos do hospital. Até então, o paciente era visto como objeto de estudo dos alunos da UFMG. Por isso, em 1975 houve a mudança no paradigma da assistência e no currículo do curso de medicina, o que redundou num avanço não só conceitual como na prática do exercício hospitalar (SIMÕES, 2011).

Em 1976, o Hospital das Clínicas da UFMG tornou-se independente da Faculdade de Medicina no que concerne à administração, funcionando com o modelo de Cuidados Progressivos ao Paciente. Esse modelo foi incorporado pelo HC-UFMG diante da proposta Pan Americana de saúde que fez com que o hospital integrasse à rede de saúde pública da época. Essa modificação releva os atendimentos ambulatoriais, ficando para a internação os problemas graves e de cuidado continuado (COSTA, et. al. 2008).

Em 1990, para promover a integração dos serviços e cuidados envolvidos com o paciente, a partir de requisitos do modelo de Cuidados Progressivos, a forma de estruturação dos atendimentos foi reorganizada. Foram criadas as Unidades Funcionais, que, junto com a direção do Hospital, são responsáveis pelo planejamento e gerência do HC-UFMG. Para tanto, foram criadas 21 unidades com gerência, orçamento e planejamento próprios que têm autonomia no que se refere à gestão administrativa e gerencial. Esse projeto de Unidades Funcionais baseia-se num modelo de desenvolvimento institucional autossustentado a partir de um processo de planejamento participativo, permitindo maior descentralização e garantindo o desenvolvimento dos serviços hospitalares. Nessa lógica, foi criada, então, a Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde em que reúnem os serviços de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Pedagogia. Cada um desses serviços tem sua coordenação técnica, e se organizam administrativamente em conjunto com a UF Multi, como é comumente chamada.¹³

¹² Informações retiradas do sítio: <http://www.hc.ufmg.br/conheca.html> no dia 14 de junho de 2012.

¹³Ibid nota 1

Diante de crises financeiras no período de 1996, vários ambulatórios foram fechados. Com isso os doentes que tinham como referência o presente hospital retornaram para as redes de origem criando uma superlotação e impasse na saúde. Para tentar solucionar isso foi feita uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte e o HC-UFMG para a criação de um Pronto Socorro que acolhia os pacientes de média e alta complexidade, além das clínicas de referência dos ambulatórios. Inaugurando um pronto socorro houve a inserção de docentes no campo da assistência em urgência-emergência não traumatológica, reorganização da estrutura assistencial terapêutica e diagnóstica, ampliação do quadro de profissionais, leitos e salas de cirurgia. Desde então, a porta de entrada para a internação hospitalar, via de regra, é pelo pronto socorro (MACEDO et. al., 2009).

No que se refere ao cotidiano do Pronto Socorro HC-UFMG, nosso campo de investigação, o atendimento são aos pacientes em estado de urgência/emergência, em que o objetivo é o término desse estado crítico. Para isso acontecer, primeiramente, os pacientes passam pela classificação de risco, na porta de entrada. Esse tipo de conduta faz com que as pessoas com um risco de vida maior possam ser identificadas mais rapidamente. A partir de então os pacientes são encaminhados para a consulta médica específica, mediante o tipo de patologia e de sintomas apresentados (nos prontos socorros em geral são: clínica geral, cirurgia, pediatria, cardiologia, neurologia e ortopedia – quando é PS traumatológico). Na consulta são delineados os próximos passos a serem feitos para retirar o paciente da urgência ou emergência. Na história do presente hospital, o Pronto Socorro era um lugar exclusivo de médicos e enfermeiros. Essa conjuntura foi sendo mudada à medida que as urgências não se resolviam somente com intervenções medicamentosas e necessitavam de atendimentos de outros profissionais não médicos.

Em 2008 foi feita uma reforma na ala sul do Pronto Socorro, onde foi realizada a reforma física da área de recepção, classificação de risco e dos consultórios. Já em 2010, o PS inaugurou a prescrição e prontuário eletrônico no setor, pois, até então, não havia ao certo o registro das informações e das medicações de cada paciente. Sendo assim, foi instalado o programa de evolução eletrônica, o qual permitiu maior organização na internação do paciente, possibilitando acompanhar o motivo da urgência, os procedimentos adotados, os horários das medicações e as intervenções dos diversos profissionais. Entretanto as reformas ainda não estavam adequadas, as enfermarias funcionavam em um ambiente sem privacidade, leitos no corredor, os leitos de emergências estavam mal alocados ergonomicamente (ficavam

no final do estreito corredor), ou como a enfermaria pediátrica que não comportava as crianças com seus responsáveis. Assim, houve a necessidade de dar continuidade à reforma nos demais espaços do PS, e então, o setor das observações foi replanejado e está sendo reconstruído (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2012).

No início de 2012 foram inaugurados no PS: a sala de emergência, que aumentou sua capacidade – de 9 para 12 leitos –, e a observação pediátrica, que também foi de 9 para 15 leitos, sendo que melhorou a privacidade dos pacientes e o espaço físico para circulação das equipes. Essa última reforma, priorizou a emergência e a pediatria, disponibilizando novo espaço físico, que agora conta com 460 m², além de ter proximidade com as salas de apoio, como postos de enfermagem, sala de prescrição e descanso médico. A última fase da reforma está prevista para as observações adulto masculina e feminina, situadas na ala norte do PS. Nesse intervalo, em que as observações adulto masculina e feminina estão em reforma, estas observações foram realocadas no terceiro andar ala sul preservando a continuidade do tratamento. Todas essas mudanças são no intuito de adequar o serviço de urgência/emergência do HC-UFMG às exigências de órgãos reguladores como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Vigilância Sanitária Municipal (Visa BH), bem como entrar em concordância com as políticas da Rede de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e políticas estaduais e municipais para essa área. O financiamento da obra foi feito por parcerias entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC)¹⁴.

As reformas sejam elas físicas, assistenciais ou administrativas, estão sendo realizadas a fim de que o hospital possa ter o selo de acreditação. Esse é um programa da Organização Nacional de Acreditação (ONA) que, desde 1998, foi criada para avaliar os serviços públicos e privados para garantir a qualidade dos serviços de saúde, e está ligado à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2001, o Ministério da Saúde reconhece a ONA como sendo uma instituição competente para autorizar o processo de acreditação das organizações e serviços de saúde em todo o país. Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também reconhece essa avaliação dos serviços de saúde como uma estratégia na melhoria da qualidade na assistência prestada à população, recomendando então o Programa de Acreditação¹⁵.

No 4º seminário do Hospital das Clínicas da UFMG foi incluído no Programa Diretor

¹⁴ Informações extraídas do Boletim do HC – Informativo do Hospital das Clínicas da UFMG – Abril de 2012, ano XVII, nº 279.

¹⁵Idid nota 13

o Programa de Acreditação Hospitalar ONA, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada pelo hospital aos usuários do SUS. Nesse ano, o HC-UFG criou a comissão de Gestão pela Qualidade na Saúde - GESQUALIS, que é formada por uma equipe de várias categorias de profissionais, que são responsáveis pelo planejamento e execução das ações necessárias para a acreditação¹⁶.

A GESQUALIS a fim de avaliar, planejar e executar as ações necessárias para adequação do hospital às normas da ONA, então, estabeleceu três níveis de ação, baseadas no Manual Brasileiro de Acreditação:

Nível I: Segurança (gestão do risco sanitário, ocupacional, ambiental, responsabilidade civil e monitoramento);

Nível II: Processos (manual da qualidade, sistema de informação, mapeamento de processos e monitoramento);

Nível III: excelência (avaliação, ciclos de melhoria, análise crítica e monitoramento).

Com a publicação da Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, houve a determinação de que “os hospitais de ensino devem, obrigatoriamente, estar inseridos em algum programa de acreditação hospitalar” (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, 2012, p. 3). O hospital teve que acelerar o programa de acreditação, investir substancialmente no que diz respeito aos níveis de ação acima delineados. A partir de então, não se trata mais de uma recomendação, e sim uma lei designada principalmente para hospitais que tem como função a transmissão do conhecimento.

O HC-UFG, em 2010 ampliou o horizonte da acreditação brasileira e aderiu aos requisitos da Join Commission International (JCI) que é uma organização não-governamental norte-americana, que trabalha no intuito de criar uma cultura de segurança e qualidade nos processos assistenciais das instituições de saúde de amplitude internacional. No Brasil a JCI é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). O presente hospital aderiu à Join Commission pelo fato de que ela estabelece parâmetros não só brasileiros, mas também internacionais, o que melhora a qualidade dos serviços hospitalares como um todo. No caso, a certificação passa por critérios como o de infraestrutura do ambiente assistencial, direitos e deveres dos pacientes, treinamento dos profissionais, acesso e continuidade ao cuidado, controle de infecções hospitalares, além de outros itens contidos no manual “Padrões de Acreditação da Join Commission International para Hospitais”.

¹⁶ Informações extraídas do sítio: <http://www.hc.ufmg.br/gesqualis/index.html> no dia 14 de Janeiro de 2013.

Na prática, a acreditação pela JCI baseia-se da seguinte maneira: a qualidade passa a ser integrada à cultura da instituição, visando à promoção do que eles nomeiam como boas práticas nos processos assistenciais do Hospital. O método prevalente é o educativo, uma vez que a tentativa é que o pensamento das boas práticas sejam internalizados pelos profissionais, criando e renovando, sempre que necessário, suas ações. Dessa forma, constitui-se uma cultura no ambiente hospitalar. Para que isso ocorra, vão sendo realizadas pela GESQUALIS oficinas que ensinam sobre o processo de trabalho com tarefas para cada grupo que, no final do prazo estabelecido entre os participantes da equipe, mostram os resultados da tarefa proposta. De tempos em tempos o grupo de auditoria interna do Hospital (próprios funcionários credenciados) avaliam os itens propostos pela GESQUALIS/JCI. Uma vez por ano o grupo de dirigentes responsável pelo HC-UFMG vêm até o hospital, auditam, dão palestras e avaliam o grau de conformidade (ou não conformidade) que o Hospital está em relação aos itens propostos ao longo do ano.

Um dos próximos desafios que HC-UFMG terá que vencer será o dos Protocolos Assistenciais e o Termo de Consentimento, segundo a avaliação da JCI-CBA na visita de 2012¹⁷. No caso dos protocolos assistenciais, esses fazem parte de um conjunto de documentos da qualidade e está situado como sendo o nível II da estratégia de ação da GESQUALIS, identificado como parte dos processos, que se refere ao item II do mapeamento de processos. Os documentos orientam e determinam como os processos da instituição devem ser conduzidos e padronizados, de forma a manter as disposições planejadas. São esses os documentos tidos como oficiais do HC-UFMG¹⁸:

Políticas: Documentos aprovados pela Diretoria Geral que expressa as diretrizes e intenções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais para fazer cumprir a missão institucional;

Plano: Documento que define como processos e recursos serão alocados, coordenados e articulados para nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais;

Regimento: Documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências de comissões e comitês;

Norma: Documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus

¹⁷ Informações extraídas do Boletim do HC – Informativo do Hospital das Clínicas da UFMG – Novembro de 2012, ano XVII, nº 286.

¹⁸ Informações extraídas do folder: Documentos da Qualidade – Gestão à Vista do 1º Encontro – Oficina – Mapeamento de Processos da GESQUALIS.

resultados visando à obtenção de grau ótimo de ordenação.

Protocolos Assistenciais: Documento que descreve métodos que foram considerados ensaios clínicos ou pelo consenso de especialistas como sendo as mais eficazes na avaliação e/ou tratamento de um paciente que possua determinado sintoma, condição ou diagnóstico ou que descrevem um procedimento específico.

Instrução de trabalho: Documento destinado a descrever como se realiza uma determinada atividade de forma sistematizada, utilizando-se de uma linguagem explicativa acessível.

Esse é o atual panorama do Hospital das Clínicas da UFMG, e que demanda dos profissionais técnicos uma maior organização dos processos dos serviços a fim de que haja uma direção congruente com os objetivos da instituição. Como bem sabemos, toda instituição precisa de balizadores que lhe garantam uma precaução contra o caos que pode vir a se tornar um hospital dessa magnitude. No próximo item iremos nos ater ao percurso da Psicologia no HC-UFMG, como ela está hoje e principalmente como ela está ante as demandas atuais da instituição.

2.2 A Psicologia no HC-UFMG e a demanda dos Protocolos Assistenciais

No caso específico do Serviço de Psicologia, ele começou por volta da década de 1970 com psicólogas nas áreas de recursos humanos, pediatria e atendimento ambulatorial. Paulatinamente, a psicologia foi se configurando uma necessidade na rotina de atendimento para os pacientes na instituição. Num segundo momento, ela se veiculou ao serviço de psiquiatria. Os atendimentos psicológicos eram em sua maioria atendimentos ambulatoriais, ou seja, a psicologia estava no hospital, mas nos moldes de atendimentos realizados dentro de um consultório. Os atendimentos eram feitos em salas em que o paciente se dirigia ao psicólogo como numa consulta tradicional, o que demonstra que ainda não havia a estruturação de uma psicologia hospitalar de fato. Nesse início, a psicologia ainda estava sem uma referência técnica própria, ainda se organizando dentro do hospital e crescendo junto com ele. À medida que os profissionais foram desenvolvendo seu trabalho, mostrando a especificidade da área psicológica, surgiram novos campos de atuação dentro dos demais serviços para o psicólogo hospitalar. Com o desenvolvimento concomitante de outros serviços não médicos e a criação das Unidades Funcionais (UF), iniciou-se a organização da Unidade

Funcional Multiprofissional de Promoção à Saúde (UFMPS), que tinha sua estrutura baseada em serviços independentes dos parâmetros médicos, como já foi detalhado e explicado no item anterior.

Nesse tempo de desenvolvimento dos serviços da multiprofissional, a psicologia foi crescendo e adentrando os espaços da internação hospitalar. Diversos foram os fatores que contribuíram para o crescimento efetivo do serviço de psicologia hospitalar. Seja porque muito dos pacientes já faziam acompanhamento ambulatorial, e quando internados eram chamados os psicólogos responsáveis, seja pela demanda dos profissionais do hospital que, diante do aparecimento de certas questões subjetivas, não sabiam como proceder e convocavam a participação do serviço de psicologia. Houve ainda o trabalho contínuo dos psicólogos em divulgar para os demais serviços quais eram as atribuições do psicólogo e como a psicologia poderia contribuir para o tratamento do paciente, trazendo a subjetividade para dentro do hospital. Esse trabalho abriu oportunidades de inserção cada vez maior de psicólogos nas rotinas hospitalares. Outro fator que auxiliou a inserção do psicólogo nas equipes hospitalares foi o crescimento da psicologia no Brasil, que, por meio das leis, exigem a atuação de psicólogos em diversas clínicas. Como exemplos, podemos citar as leis em leitos fechados (portaria nº3432/MS, de 12/08/1998), em equipes de transplante de órgãos, em neonatologia de alto risco (portaria nº 1091, 25/08/1999), oncologia e clínica da dor (portaria nº 3535/MS, de 02/09/1998), hemodiálise (portaria nº 1168/GM de 15/06/2004), cirurgias bariátricas (portaria nº 196, de 29/02/2000), mudança de sexo (ou em casos de hermafroditismo), entre outras.

O desenvolvimento da psicologia no HC estava em plena ascensão, e vários de seus profissionais compunham as clínicas de referência (transplantes, maternidade, pediatria, entre outros). Porém, até o ano de 2006, o Pronto Socorro não contava com atendimento sistematizado de psicologia, ainda que muitos de seus pacientes já fossem acompanhados pela psicologia, seja ambulatorial ou na internação dos andares. Quando ocorria a demanda – eventual – de um atendimento, era chamado o profissional pela interconsulta e acionado o plantão psicológico, ou, dependendo do caso, a própria psiquiatria. O atendimento era pontual e nem sempre tinha um acompanhamento efetivo (MACEDO, 2009).

No segundo semestre de 2007, o Serviço de Psicologia do HC-UFMG fez parceria com o Núcleo de Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. O IPSM-MG é um instituto de formação em psicanálise que “visa ao estudo, ao

ensino, à investigação e à difusão da psicanálise”¹⁹, e é filiado ao Institut Du Champ freudien e associado à Escola Brasileira de Psicanálise (EBP). O IPSM-MG possui como uma das suas atividades a Seção Clínica em que há os núcleos de investigação que se baseiam em discussões sobre estudos de textos, casos clínicos, apresentação de paciente, conversações e entrevistas de orientação psicanalítica, como é o caso do Núcleo de Psicanálise e Medicina. Muitos dos membros que se dedicavam aos estudos desse núcleo tinham sua prática ligada ao HC-UFGM, o que aprofundou o estudo sobre a psicanálise e a prática hospitalar.

Essa parceria com o IPSM-MG possibilitou a criação do projeto Clínica da Urgência no Pronto Socorro do HC-UFGM, que teve por diretrizes: investigar, construir um marco teórico e clínico para atender às demandas de urgências subjetivas do Pronto Socorro do HC-UFGM, através da psicanálise lacaniana; oferecer uma rede intra e extra hospitalar que favoreça a continuidade de um tratamento após a saída da internação, propiciar uma formação continuada a acadêmicos e profissionais vinculados ao hospital via parceria Serviço de Psicologia e do IPSM-MG. Devido à implantação, o Pronto Socorro começou a ter um direcionamento próprio: agora, havia uma organização do serviço e da atuação dos psicólogos. Houve um delineamento dos acontecimentos psíquicos que ali ocorriam e para além disso, uma teoria que embasava os atendimentos psicológicos com a oferta de um atendimento direcionado às urgências psíquicas e profissionais interessados em aprofundar o estudo nesse tipo de clínica. Esse percurso culminou na I Jornada Psicanálise de Aplicada e a II Jornada de Psicologia do HC-UFGM, em junho de 2008, com o tema “A urgência no hospital geral: de que urgência se trata?”. O convidado para falar sobre o tema foi o psicanalista argentino Dr. Guillermo Belaga (MACEDO; PIMENTA FILHO, 2009).

Diante dos debates sobre a clínica da urgência, o trabalho desenvolvido e o interesse do Serviço de Psicologia do HC-UFGM em consolidar este tipo de clínica, o projeto Clínica da Urgência foi convidado a integrar a Pesquisa Multicêntrica do Departamento de Psicologia da Universidade de Buenos Aires. Realizada no período de 2008 a 2010, a pesquisa foi intitulada “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em Saúde Mental”, dirigida pela professora Inés Sotelo e Guillermo Belaga. A implantação desse projeto no HC-UFGM, sob coordenação da psicóloga Lucíola Macedo, ampliou condições para atendimentos nas enfermarias do Pronto Socorro. Isso se deu com os integrantes do Núcleo de Psicanálise e Medicina que estavam interessados na especificidade da psicanálise aplicada às urgências na

19 Informações retiradas do sítio <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/> no dia 18 de fevereiro de 2013.

área da saúde. Eles organizaram um cartel²⁰ na EBP-MG para estudar a clínica da urgência e a aplicação da psicanálise nas urgências hospitalares, juntamente com a psicóloga Lucíola Macedo e tendo como o mais-um o psicanalista Guillermo Belaga. Então, foi realizada uma parceria entre os componentes²¹ do cartel, que atendiam no PS e também investigavam suas questões pertinentes ao tema do cartel sobre Urgência Subjetiva. Assim, para além da pesquisa multicêntrica, havia discussões no intuito de elaborar sobre a clínica de atendimento psicológico em um lugar que era revestido exclusivamente pelo somático.

O objetivo almejado na pesquisa era o de caracterizar a população que chega até a urgência do Pronto Socorro do HC-UFMG no que diz respeito a: aspectos sociológicos, familiares, subjetivos, características relevantes para a escolha do hospital, diagnóstico presuntivo (CID-10) e da finalização da urgência. A hipótese é de que um dispositivo apropriado para identificar melhor essas informações poderia criar condições para solucionar a urgência e também delinear o tratamento. Para tanto os pesquisadores consideraram importantes nas variáveis:

- 1) Variáveis sociológicas: idade, sexo, estado civil, zona residencial, profissão;
- 2) Variáveis familiares: família de origem, família constituída e se tem filhos;
- 3) Variáveis subjetivas: como chega à consulta, se consegue relatar o acontecido, se consegue localizar o aparecimento da urgência, se consegue formular hipóteses, se consegue identificar as características que permitiam a eleição pelo hospital.

Segundo os idealizadores da pesquisa, este tipo de análise possibilitaria localizar a subjetivação ou não da urgência, para além dos fenômenos sintomáticos observáveis. Baseados nas premissas acima, foi feito um instrumento²² – o protocolo – que viabilizasse essa análise, de forma que pudesse ser preenchido pelo profissional na primeira consulta. Sendo que após a consulta habitual e dentro das normas rotineiras do hospital, o profissional preenchia o protocolo – não necessitando de que seja ao longo da consulta com o paciente (MACEDO, 2010).

Em uma das primeiras conclusões da pesquisa publicadas cientificamente (MACEDO, 2010), analisadas entre o período de 01 (um) a 31 (trinta e um) de Setembro de 2008 (dois mil

²⁰ O cartel é um dispositivo criado por Lacan, em que um grupo de no mínimo 3 e máximo de 5 componentes estudam e pesquisam um tema que seja ou esteja ligado à psicanálise. O grupo se reúne em torno de um tema em comum, porém cada um fará um recorte no tema geral e trabalhará com sua questão específica. Informações retiradas do sítio <http://ebp.org.br/carteis/apresentacao/> no dia 18/02/20013.

²¹ Os componentes que integraram a pesquisa no período de 2008/2010 foram: Carolina Simões, Iara Biondi, Jorge Pimenta, Larissa Figueiredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte e Rodrigo Ferreira.

²² Protocolo em anexo.

e oito), eles perceberam, no que se refere ao perfil subjetivo, que 95% dos pacientes consultados puderam relatar o que lhes ocorreu (com ou sem dificuldade), seguido de 76% dos pacientes consultados que apresentaram conseguir localizar o acontecimento ligado à aparição da urgência, e, por último, somente 29% formula hipótese sobre o aparecimento de sua urgência. Pelos números estatísticos, os pesquisadores puderam inferir que o profissional com a intervenção psicanalítica (no sentido da oferta da palavra ao sujeito e possibilitar a ele localizar a urgência subjetiva através das variáveis subjetivas) permite que o paciente possa, através da sua fala, localizar a aparição de sua urgência e formule uma hipótese subjetiva sobre a causa dessa urgência (MACEDO, 2010).

A conclusão que se chega com essa pesquisa é de que:

Esta investigação tem nos permitido traçar o perfil da população que consulta a urgência, colocando também a importância de criar dispositivos que alojem os sujeitos. O dispositivo oferecido pelo Serviço de Urgências do Hospital das Clínicas de Minas Gerais propõe que a instituição adapte suas regras para alojar a urgência em que a singularidade de cada caso se apresenta com sofrimento incompreensível e insuportável para quem padece, e para quem não pode encontrar sentido algum. Na escuta se lhes permite implantar a particularidade com que o acontecimento traumático irrompe na vida, produzindo um fora de sentido. A admissão é um processo que tenta propiciar um encontro entre paciente e terapeuta, algum ordenamento que possibilita a resolução da urgência e o início de um tratamento quando for necessário. (MACEDO, 2010, p. 15 tradução nossa)²³

Percebemos que essa pesquisa teve uma importância significativa para que outro rumo fosse tomado quando se trata de pessoas que portam em si uma singularidade necessitando de ser ouvida e tratada. O fato de ter uma pesquisa que levantasse essas análises e pudesse de alguma forma sistematizar conceitos relacionados à urgência subjetiva fez com que o serviço do Pronto Socorro tivesse um novo olhar para a escuta do sujeito e para os psicanalistas. Agora, para os profissionais do PS havia uma teoria que auxiliava a entender que havia um sofrimento psíquico no paciente que chega em urgência num hospital geral. Isso foi sendo veiculado à cultura do ambiente de trabalho por meio do trabalho interdisciplinar que os psicanalistas exerceram junto à equipe do Pronto Socorro.

²³ Esta investigación nos ha permitido trazar el perfil de la población que consulta en urgencia, ubicando también la importancia de crear dispositivos que alojen a los sujetos. El dispositivo ofrecido por el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de Minas Gerais propone que la institución adapte sus reglas para alojar la urgencia que en la singularidad de cada caso se presenta como sufrimiento incomprensible e insuportable para quien lo padece, y al que no puede encontrarle sentido alguno. En la escucha se les permite desplegar la particularidad con que el acontecimiento traumático irrumpe en la vida, produciendo un fuera de sentido. La admisión es un proceso que intenta lograr en el encuentro entre paciente y terapeuta, algún ordenamiento que posibilita la resolución de la urgencia y el inicio de un tratamiento cuando éste fuera necesario.

A pesquisa teve um término em 2010, mas deixou um legado: profissionais engajados na questão do sujeito no ambiente da urgência, pois até então a questão era tratada puramente no nível somático – a dimensão do corpo era exclusiva e sujeito apartado da palavra sobre esse corpo. A pesquisa torna claro que a vivência do sujeito naquele ambiente não era colocada no plano da palavra, o que acabava fazendo com que o sujeito se angustiasse ou ficasse numa posição objetalizada. A partir da oferta da palavra aos doentes, foi sendo possível o tratamento pelo campo do simbólico daquilo que ficava fora da significação. Assim, foi se constituindo a demanda para o atendimento psicológico entre os pacientes e profissionais do pronto socorro. Não que lá não houvesse tal demanda, mas ela era calada e sofrida tanto por pacientes quanto por profissionais que não sabiam o que fazer. A clínica do PS é uma clínica da presença, onde o psicólogo deve circular, articular seu trabalho com os demais serviços afim de não excluir o paciente, ou, no caso o sujeito, de seu próprio tratamento. A pesquisa permitiu que a dificuldade no manejo com o sujeito diante dos impasses com o corpo tenha um endereçamento, alguém que pode tratar desse mal estar.

Entre 2007 e 2010 os pesquisadores da Clínica da Urgência participaram ativamente dos atendimentos no PS do Hospital das Clínicas da UFMG. Nesse período as condições para tais atendimentos eram precárias. Elas se davam nos corredores, ao lado do leito, em um espaço entre uma maca e a parede, cercados de outros profissionais, outras pessoas e demais pacientes. O ambiente era inóspito, além de que a demanda ao serviço de psicologia do pronto socorro parecia acompanhar a própria demanda do paciente, chegava repentinamente e com o imperativo do agora. Não havia um lugar centralizado para encaminhar as demandas, sejam elas escritas ou verbais. Geralmente, elas chegavam indiretamente ao Serviço Social, ou à Coordenação Administrativa, aos enfermeiros, até conseguir encontrar um dos profissionais que ali atuavam. Em 2011, a pesquisa Multicêntrica foi finalizada, e os pesquisadores também encerraram suas trajetórias. Entretanto, o PS ganhou a referência do profissional da psicologia no setor, e o que se tornou diferente foi a centralização das interconsultas na Coordenação Administrativa do PS. Isso pode parecer pouco, mas já fez uma diferença no tratamento com os pacientes, maior agilidade e integração da equipe com discussões de caso e pedidos de avaliações. O setor de psicologia ainda necessitava de um espaço para acolher seus pacientes (que se estendem não só aos internados, mas também aos seus acompanhantes), um espaço até mesmo para que os demais profissionais soubessem aonde se dirigir, onde encontrar a psicologia no PS. Com a ida das enfermarias adulto para o terceiro andar ala sul e a

inauguração do atendimento de emergência aos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) o setor cresceu e conseguiu galgar novos espaços dentro do PS: uma sala para atendimentos foi concedida à psicologia (que divide com demais profissionais da multiprofissional, de tal forma que eles se organizam para a sua utilização) e posteriormente outro profissional qualificado para o AVE foi contratado a fim de sanar as demandas de tal especificidade (foi contratado um neuropsicólogo, visto que há problemas cognitivos em questão).

Os avanços foram grandes, mas as exigências também acompanham tal crescimento. No início de 2012 a GESQUALIS requisitou dos serviços da Unidade Funcional Multiprofissional que formalizassem mais e melhor seus protocolos de atendimentos, já que a UFMPS em relação aos demais setores do hospital é quem menos tem sistematizado e formalizado sua especificidade técnica. Dessa forma, foi requisitado, tanto pela GESQUALIS quanto pelas próprias clínicas de atendimento, que houvesse um protocolo de atendimento nas especificidades do trabalho do psicólogo na clínica de referência.

Em princípio, esse tipo de demanda foi vista como ameaça pelos psicólogos e também pelo serviço da psicologia do PS, pois como fazer para colocar a subjetividade do sujeito num papel, como circunscrevê-la à simples dados? Numa perspectiva psicanalítica de orientação lacaniana, sabemos que o sujeito não vem à tona, o que temos nos dados é a parte consciente e significantes mestres com que o sujeito se identifica²⁴. Por outro lado, a instituição tem suas razões para ter balizas que lhe assegurem minimamente que o trabalho desempenhado por seus profissionais estejam embasados e por isso precisa ser formalizado.

Ante esse impasse, nossa posição frente às novas demandas é a de não aderir prontamente à demanda hospitalar ou negar o dispositivo do protocolo de atendimento. Nossa resposta é fazer um intervalo nessa decisão, propondo investigar uma forma de ter um protocolo de atendimento sem descartar a singularidade do sujeito. Então, como fazer um bom uso do protocolo no campo da psicanálise dentro do hospital, levando em conta o particular do sujeito? Nossa proposta consiste em realizar um projeto de estudo sobre o uso do protocolo, tomando como base a escuta do sujeito dentro de um hospital universitário. Para tanto, é preciso rever e propor um outro uso desse dispositivo, sem que precisemos abrir mão dele, o que redundaria em abrir mão também do sujeito, pois que ele está vinculado à instituição hospitalar.

²⁴ No item 2.4 deste capítulo essa discussão será aprofundada.

A pesquisa multicêntrica “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência na saúde mental” nos auxilia a pensar nesse outro modo de usar o protocolo, uma vez que o próprio desenvolvimento do protocolo teve como finalidade ter um instrumento que identificasse a situação de urgência subjetiva e incluísse a subjetividade, criando, assim, condições para solucionar a urgência e também delinear o tratamento. É certo dizer que esse protocolo foi criado para delinear os passos de uma clínica da urgência e que nos permita teorizar e atuar nessa clínica, porém ela traçou uma metodologia, um caminho de como se pensar o singular do sujeito em urgência num hospital. Isso também pôde ser notado nas reuniões sobre os preenchimentos dos protocolos, pois começamos a perceber que algo se delineava ao longo do preenchimento desses dados: começa a esboçar uma direção do caso, um esclarecimento sobre o sujeito atendido. Nesse momento, começa a ser localizada a posição do sujeito em relação ao inconsciente a partir das falas enunciadas no atendimento.

Dessa maneira, não acreditamos que o protocolo funcionou pelo número estatístico que ele forneceu (95% dos pacientes relatam o acontecido; 76% localizam o aparecimento da urgência e 26% formulam hipóteses sobre a causa de sua urgência), nem somente porque o psicanalista teve uma escuta desse sujeito. Na realidade, acreditamos que o protocolo indaga o profissional no que diz respeito a sua escuta, e isso produz um efeito nesse profissional na hora de preencher os dados. O psicanalista poderá se escutar na elaboração do caso para num segundo momento ter as respostas para o protocolo. Acreditamos que haja um saber contido nos questionamentos levantados pelo protocolo no que se refere à construção e resolução do caso. Nossa hipótese teve origem a partir do levantamento bibliográfico utilizado pelos idealizadores da pesquisa para construir o “Item C – Contexto Subjetivo”, já que ele é o cerne da questão da urgência subjetiva. Chegamos ao conhecimento de que as perguntas elaboradas para o protocolo tinham como base o texto de Miller intitulado *Discurso do Método Psicanalítico* do livro *Lacan Elucidado*(1987/1997). Nesse texto, dentre outras informações, Miller (1998) destaca três fases do atendimento:

1) Avaliação clínica: relato dos fatos pelo sujeito. Independentemente se é verídico ou não, o que importa é adentrar o campo do dito, do significado da fala;

2) Localização subjetiva: situar o sujeito em seu discurso, ou seja, a desproporção entre o dito e o dizer. Quando algo da antinomia lógica surge, é que algo de uma introdução ao inconsciente pode emergir pela via da localização subjetiva;

3) Introdução ao inconsciente: a partir da localização do sujeito na situação que ele

está envolvido, há uma introdução ao que é do inconsciente. Essa última parte é o que chamamos de retificação da posição subjetiva, o qual comporta a parte da responsabilização do sujeito. E como o sujeito não reconhece seu discurso como uma citação do discurso do Outro, então é necessário que haja uma quebra nesse discurso, que até então era colado ao enunciado-enunciação, para que assim o campo subjetivo e o campo do Outro comecem a ser mais bem delimitados.

Nesse texto, Miller²⁵ trabalha a questão metodológica da clínica da psicanálise e por isso ele é o ponto crucial para o desenvolvimento do nosso trabalho, visto que ele é o ponto de partida para identificar de que modo o protocolo orienta a escuta do psicanalista. Mas até lá teremos de tecer um percurso teórico que nos permita ter informações e análises e nos possibilite traçar o modo como um protocolo pode ser usado de forma a orientar a escuta do psicanalista em relação ao sujeito da psicanálise.

No próximo item iremos nos ater ao praticante da psicanálise, uma vez que sem ele o protocolo sozinho não terá efeito. Discutiremos ainda o contexto atual para ampliar nossa visão e auxiliar a investigação.

2.3A urgência subjetiva e o lugar da psicanálise no Pronto Socorro

Ao pensarmos em um pronto socorro, imaginamos uma cena eminentemente corporal entre sangue, aparelhos e correria. É quase uma cena de um campo de batalha onde os feridos se alojam e são socorridos. Apesar de não ser exatamente esse cenário, por não ter necessariamente combatentes e sim pacientes, a pressa para prestar a assistência é nítida, o que faz uma batalha contra um inimigo: o tempo.

Por isso, o lugar da urgência é esse momento que urge, que está contra o tempo que não espera, mas insiste. O corpo padece e pede uma intervenção a fim de evitar o desaparecimento dele mesmo ou de evitar futuras complicações. No caso de uma urgência médica, há uma quebra na homeostase do organismo que funcionava num equilíbrio (BARRETO, 2004). O corpo dá sinais, faz barulho e começa a funcionar de maneira diferente do que é esperado e, dependendo da situação, é necessária uma intervenção naquela hora para começar a restituir o equilíbrio. Essa é a tarefa do Pronto Socorro, restituir a homeostase

²⁵ Os demais aspectos conceituais do presente texto serão trabalhados detalhadamente no terceiro capítulo dessa dissertação de mestrado.

corporal, que, em certo sentido, é diferente da urgência subjetiva. E, apesar de estar no mesmo lugar, o lugar da urgência, o que urge ao organismo é diferente do que urge ao sujeito.

Para conceituar a urgência subjetiva, faz-se importante abordar temas como a queda do ideal de programação e previsibilidade na sociedade contemporânea, e o tema do trauma, principalmente na psicanálise. Isso porque é preciso entender como esse tipo de demanda foi sendo produzida para os serviços de urgência hospitalares. Num panorama geral, os paradigmas da sociedade atual têm funcionado na lógica dos dados quantitativos, na tentativa de antecipar possíveis problemas e solucioná-los. Como demonstra Miller (2011), no texto “A era do homem sem qualidades”, tudo começou a partir da ideia do astrônomo Quételet de aplicar a estatística da astronomia nas ciências sociais no início do século XIX. O desenrolar dessa história foi tentar prever as regularidades, fazendo previsões, inserindo-as no meio social, como se houvesse leis que predestinariam a um caminho, assim como na astronomia. Para que isso ocorresse, seria necessário observar, acumular dados e números, anotar, relacionar e prever. Miller conclui com isso que, parafraseando Foucault, nossa sociedade já não é somente a de vigiar e punir, mas, principalmente, vigiar e prevenir.

Constatamos, ao longo da primeira metade do século XIX que acumulamos os dados quantitativos. Há uma paixão por isso, justamente por que houve esta ruptura e esta recomposição do laço social que se traduziram por um perigo para a estabilidade social, um perigo para a segurança – e toda a primeira metade do século XIX ficou ocupada em como garantir a segurança – e também um perigo sanitário. (MILLER, 2011)

Esse panorama é fundamental. No livro “La urgência generalizada: la práctica en el hospital”, organizado por Guillermo Belaga, relaciona-se a urgência contemporânea que nos chega à clínica com um fenômeno inicialmente social. Em “Hijos del trauma”, texto que compõe o livro, Eric Laurent (2006) esclarece que tentar prever uma “programação” desde o código genético até o modo como se comportam os fatos sociais tem sido a ocupação da ciência contemporânea. O alibi da sociedade contemporânea tem sido a previsibilidade, a fim de escamotear as incertezas, os problemas, etc. Esse ideal científico tem tido repercussão nos sujeitos que, “assaltados” pelo não programável, respondem a isso com uma urgência subjetiva.

Esta inseguridade social não é somente um fenômeno sociológico. De fato tem sido elevada, e isso sim é novo, ao plano da clínica. Estamos diante de um fenômeno que busca sua tradução no plano científico, e especialmente na psiquiatria que se encontra na interface entre a descrição científica do mundo e o que o excede, é dizer, a imersão do sujeito na sociedade.

A ciência, enquanto uma descrição programada de cada um de nós – desde a programação genética até a programação do ao redor, passando pelo cálculo cada vez mais preciso dos riscos possíveis –, faz existir uma causalidade programada. E é à medida que esta causalidade toma consistência que surge o escândalo do trauma que, ele, escapa a toda a programação. À medida que temos uma melhor descrição científica, tomam consistência tanto a síndrome pós-traumática do estresse ligado à irrupção de uma causa não programável, como a tendência a descrever o mundo a partir do trauma. Tudo o que não é programável torna-se trauma (LAURENT, 2006, p. 24, tradução nossa)²⁶.

A concepção de trauma generaliza-se a partir da guerra do Vietnã, com a psiquiatria norte americana. Na psiquiatria militar, esse conceito é substituído pelo de stress, extrapolando os portões dos quartéis, sendo ampliado aos eventos ligados a catástrofes, seja ela individual ou coletiva (LAURENT, 2006). O que percebemos é que a situação considerada limite, como as vividas nos campos de concentração, de repente começa a se generalizar, não está mais num local e tempo delimitados – como é o caso de uma guerra. Agora, esse tipo de catástrofe e guerra estão pulverizados no dia a dia do cidadão. As características dos sintomas dos soldados se espalharam e encontram-se difundidos entre a população. A seguinte passagem de Eric Laurent ilustra bem a generalização do trauma através do conceito de stress em que “(...) as grandes cidades que são o lugar de artefato, são ao mesmo tempo o lugar da agressão, da irrupção, da violência, da agressão sexual, do terrorismo, etc”²⁷ (LAURENT, 2006, p. 26 tradução nossa). E o autor ainda conclui que “(...) o marco desta extensão [da clínica do trauma] definiu a experiência traumática como aquela que comporta uma parte importante para a segurança ou a saúde do sujeito”²⁸ (LAURENT,

²⁶ Esta inseguridade social no es solamente un fenómeno sociológico. De hecho ha sido elevada, y esto es nuevo, al plano de la clínica. Estamos ante un fenómeno que busca su traducción en el plano científico, y especialmente en el interior de la psiquiatría que se encuentra en la interfaz entre la descripción científica del mundo y lo que lo excede, es decir, la inmersión del sujeto en la sociedad.

La ciencia, en tanto que descripción programada de cada uno de nosotros -desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles-, hace existir una causalidad programada. Y es a medida que esta causalidad toma consistencia que surge el escándalo del trauma que, él, escapa a toda programación. A medida que tenemos una mejor descripción científica, toman consistencia tanto el síndrome post-traumático del stress ligado a la irrupción de una causa no programable, como la tendencia a describir el mundo a partir del trauma. Todo lo que no es programable deviene trauma.

²⁷ “(...) las grandes ciudades que son el lugar del artefacto, son al mismo tiempo el lugar de la agresión, de la irrupción, de la violencia, de la agresión sexual, del terrorismo, etc.”

²⁸ “(...) o marco de esta extensión, se defino la experiencia traumática como aquella que comporta un riesgo importante para la seguridad o la salud del sujeto.”

2006, p. 27, tradução nossa). A segurança e a saúde estão vinculadas e o problema agora se direciona ao cidadão e seu estado e saúde.

O conceito freudiano de trauma se diferencia do conceito psiquiátrico atual. Este último está ligado aos sintomas fenomênicos, que irrompem a partir de um fora de controle do programável. Em Freud, temos a construção da teoria do trauma a partir da constituição do aparelho psíquico e do fator econômico. Para isso faremos um breve percurso na teoria freudiana no que se refere à construção da teoria do trauma.

No início de sua obra, Freud (1885-1989) entende o aparelho psíquico como cargas e descargas de tensões do organismo. Assim, o corpo tem quantidades de tensões, tanto provocadas pelo mundo externo, quanto internamente. Porém, esse organismo, ao nascer, não consegue por si só fazer com que as tensões entre ele mesmo e o mundo externo fiquem equilibradas de forma que lhe traga alívio. Nesse ponto, o autor, em *Publicações Pré-Psicanalíticas* (1885-1989), no item “Experiência de Satisfação”, afirma que, como o bebê, que não consegue se satisfazer (pela presença dos estímulos internos que permanecem incomodando), ocorrem descargas de tensão em forma de choro e movimentos que tendem a aliviar o organismo, porém não satisfazê-lo. Para Freud, há uma elevação no nível de tensão que aspira a “uma urgência que é liberada pelas vias motoras” (FREUD, 1885-1886/1996, p. 369) e é somente uma ação externa específica através de uma ajuda alheia que diminui as tensões culminando, assim, na experiência de satisfação no corpo. Por isso falamos que existe um desamparo inicial do ser humano.

Seguindo a mesma linha de raciocínio de quantidade de energias, Freud desenvolverá anos mais tarde a em *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895) a teoria do trauma. Nesse momento de sua obra, o autor teoriza o trauma como sendo uma lembrança carregada de afeto, que uma vez não tendo sido ab-reagida produz sintomas histéricos. Essa energia ligada à lembrança tem um cunho sexual, conteúdo sempre presente nas histórias traumáticas. Podemos observar isso nos seguintes trechos em que ele concluía que “(...) na histeria uma parte considerável dessa ‘soma de excitação’ do trauma é transformada em sintomas puramente somáticos” (FREUD, 1893-1895/1996 p. 116). Aqui Freud explica que os sintomas conversivos da histeria (sintomas físicos sem causas orgânicas) na realidade tem como causa uma lembrança carregada de excitação que encontra vazão no corpo. Isso ocorre porque o sintoma conversivo não consegue se associar às representações e “essa inacessibilidade associativa dependeria por sua vez, do fato, de a representação do membro

paralisado estar ligada à lembrança do trauma – uma lembrança carregada de afeto que não fora descarregado” (FREUD, 1893-1895/1996 p. 119). O autor ainda acrescenta o fato de que (...) uma catexia, como essa, de uma representação cujo afeto não foi decomposto, envolve sempre certa dose de inacessibilidade associativa e de incompatibilidade com novas catexias” (FREUD, 1893-1895/1996 p. 119). Com esta passagem, Freud indica que o conteúdo traumático traz em si uma certa dificuldade de elaboração do paciente, de forma que, ao fazer as associações, pudesse liberar essas energias presas nas representações da imagem afetiva – que repercute diretamente na paralisação do órgão.

Depois, Freud escreve *Pulsão e destino da pulsão*, e é nesse texto que ele consegue sistematizar o conceito pulsional, base para a teoria psicanalítica. Como esse é um conceito difícil de se fazer num assunto totalmente metafísico, Freud tenta explicá-lo de maneira mais contundente quando escreve sua célebre frase:

Se abordarmos agora a vida psíquica do ponto de vista biológico, a “pulsão” nos aparecerá como um conceito limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo (FREUD, 1915/1996, p. 148).

De certa forma, Freud já vinha desenvolvendo essa ideia desde o Projeto para uma Psicologia Científica, quando pensava em carga e descarga de energia, e no decorrer da obra, quando começa a falar sobre o conteúdo afetivo das lembranças traumáticas. Mas a partir daqui o corpo biológico passa a ser visto como um corpo pulsional. A pulsão como sendo esta que estimula a vida psíquica (o que não os torna equivalentes), e tem uma característica de ser constante. Quando se fala de constante, quer-se dizer que, diferentemente do instinto animal, que tem o seu objeto delimitado, a pulsão tem característica de ser plástica, não contendo em si um objeto que a satisfaça plenamente. É por isso que o corpo é o local onde a pulsão sempre terá um excesso, que será um ponto traumático para o sujeito, pois é característica da pulsão insistir e não se dar por “vencida/satisfeita”.

Neste momento da obra freudiana, quando o corpo é tomado como sendo recoberto pela pulsão, os sintomas traumáticos deixam de ter o aspecto de um sintoma eminentemente físico para adquirir a vertente de um corpo pulsional. Em 1920, com o texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud se depara com a compulsão à repetição de cenas traumáticas,

como nos sonhos das neuroses traumáticas. Essa compulsão contraria a teoria do Princípio do Prazer, em que o organismo trabalharia para aliviar as tensões e deixar o aparelho sempre num nível estático. Freud escreve toda uma explicação minuciosa de como ele começa então a pensar que o psiquismo teria um momento anterior ao princípio do prazer, que ele inicialmente chama de “além do princípio do prazer”. Ele denominará de Pulsão de Morte, como uma pulsão “inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, (...) ou para dizê-la de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica” (FREUD, 1920/1996 p. 47).

Percebemos que a teoria do trauma na obra psicanalítica progride com a clínica à medida que os sintomas vão aparecendo e necessitando que a teoria os explique. Nesse conceito, Freud não ignora o valor do mundo externo e sabe que este pode ultrapassar as barreiras psíquicas. Mas, como vemos nos seus textos, há no traumático o que é da ordem do pulsional que se evidencia no corpo, e que remete mais ao trauma na sua vertente da pulsão de morte. Assim, a questão do excesso pulsional está eminentemente marcado e se faz presente no corpo. A pulsão marca esse corpo físico e faz os mais diversos sintomas.

Como ressalta Stiglitz (2006), na teoria psicanalítica – em Freud e Lacan – nos atemos, então, a dois tipos de traumas: um que se refere à questão estrutural, à própria entrada na língua; e o outro que se refere aos acontecimentos de ordem contingencial (perdas em geral, catástrofe), que são da ordem do inesperado. Ambos têm um algo em comum que é esse ponto fora do simbólico com que o sujeito fica atônito, que é o real. É característica do campo do real a fuga de sentido, que resiste em certa medida à simbolização (STIGLITZ, 2006). A partir da teoria do trauma como esse excesso pulsional característico do ser humano, é possível enquadrar o conceito de real em Lacan. Aqui, temos a noção do trauma enquanto ruptura que é particularmente o que acontece na urgência subjetiva da contemporaneidade. Isso significa que a emergência do real diante do sujeito, implica uma urgência subjetiva, no qual a sociedade predominantemente programável, incita o sujeito a ir em direção ao ponto do real.

Diferentemente da psiquiatria moderna, não estamos preocupados com a programação, e sim com o caráter pulsional do sujeito, com algo específico que não se encontra necessariamente no risco do ambiente e sim onde a libido é canalizada pelo sujeito. O que está em jogo não é somente o fato e sim algo da pulsão de morte, uma fixação da libido num determinado ponto. Nesse sentido a psicanálise está na contramão da ciência, e em direção ao

sujeito, ao seu tratamento – como diz Laurent –, à “particularidade que implica a palavra mais subjetiva”²⁹ (LAURENT, 2006, p. 29, tradução nossa).

E Laurent ainda convida-nos a tratar desses pontos:

Propomos não inserir os sujeitos traumatizados em grandes categorias anônimas, mas buscar encontrar com eles sua particularidade, e não para isolá-los dos outros, não para adocê-los em uma particularidade, mesmo porque não se pode voltar a enlaçar ao Outro sem encontrar-se como sujeito. (LAURENT, 2006, p. 29, tradução nossa)³⁰

O autor nos convoca, apesar da atual realidade social, a não desistir dessa clínica e sim utilizar nossos recursos psicanalíticos para tratar o sujeito. Ele nos convida a estar nos lugares onde chegam as pessoas com essas síndromes pós-traumáticas, e atuar com o saber da psicanálise, não abrir mão do sujeito, dando espaço para o que subjetivo apareça. É um chamado a tratar a urgência subjetiva.

Seldes (2006) faz um questionamento básico: como saber que uma urgência é uma urgência? Ou outras perguntas a mais: o que diferencia o tratamento da urgência daquilo que qualquer psicanalista deve enfrentar frente um sujeito em sofrimento? Segundo ele, a diferença da urgência no campo psíquico diz respeito a um rompimento na cadeia significante do sujeito. É exatamente o simbólico que permite ao sujeito advir, pois sem uma cadeia associativa o sujeito não pode se representar. Esse silêncio subjetivo impele à angústia – *acting out* e passagem ao ato –, ou seja, quando o discurso não está presente, o que surge são os efeitos mortíferos dos significantes-mestres para o sujeito. Sobre a urgência subjetiva:

Procuramos estudar as urgências subjetivas com uma ampla gama de descrição: esses momentos de crises na vida de um sujeito que já não pode dar conta de seu sofrimento, ou seja, quando o discurso não é suficiente para entender, manobrar, esse sofrimento inefável, fica sem palavras, sem imagens, ou acaba preso no maior mutismo, são impulsionados a atos desesperados ou são presa da mais cruel angústia (SELDES, 2006, p. 34, tradução nossa).³¹

²⁹ “(...) particularidad que implica la palabra más subjetiva”

³⁰ Proponemos no inscribir a los sujetos traumatizados en grandes categorías anónimas, sino intentar encontrar con ellos su particularidad, y no para aislarlos de los otros, no para enférmarlos en una particularidad, sino porque no se puede volver a aprender o Otro sino encontrándose como sujeto.

³¹ Tratábamos de estudiar las urgencias subjetivas con una amplia gama de descripciones: esos momentos de crisis en La vida de un sujeto que al no poder da cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, o queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia.

Sotelo (2006) acrescenta e corrobora para essa noção quando recapitula desde Freud a urgência como “habitualmente se apresentava como uma ruptura aguda, Freud o chamava de quebra da homeostase com que a vida transcorria; algo que se quebra no equilíbrio em se que sustenta a vida, as relações com os outros, com o próprio corpo, com o trabalho, com os laços amorosos e familiares”³² (SOTELO, 2006, p.98, tradução nossa). O que fica de semelhança da urgência no âmbito psíquico com a urgência orgânica é a noção de rompimento, de uma quebra, disso que, ao romper, urge. Por isso ela urge, não é que leve necessariamente à morte, mas que insiste para o sujeito de tal forma que leva a um sofrimento psíquico extremo, inclusive ao campo angústia. A angústia é esse ponto de real que aparece e que o sujeito não dá conta de simbolizá-lo, não dá conta de tratar pela via da palavra (LACAN, 1962-1963/2005), com isso entra no campo de uma urgência subjetiva.

No pronto socorro, nosso local de estudo, o sujeito, na maioria das vezes, fica negligenciado e o que fica em evidência são os acontecimentos orgânicos, já que eles também urgem. Porém, o corpo urge pelo sujeito que o habita e fala a partir dele, e é esse mesmo sujeito que frente aos acontecimentos corporais também reage. Não é um organismo somente, e sim um corpo falado, que, como veremos no próximo item (2.4), é um corpo subjetivado, interpretado pela linguagem. Isso mostra que o corpo orgânico é um corpo também pulsional, interpelado pela língua, atravessado pelo sujeito que, apesar de ter um corpo, não tem o saber sobre ele, e endereça sua demanda “o que eu tenho?” para o saber médico. A questão que surge daí é que esse sujeito muitas vezes se encontra entre um procedimento e outro, fazendo aparecer sua subjetividade, seu ser dividido e (des)enlaçado com o Outro. Esse é o momento que há um sofrimento que é além do corpo. É justamente para não deixar o sujeito reduzido a um corpo, num campo objetalizado, que o leva em direção à angústia, que é importante que o sujeito seja levado em consideração, principalmente pelo psicanalista no PS. Frisamos novamente a relevância de o paciente retomar a palavra sobre o que lhe é próprio, ou apropriar-se do que é dele (doença, procedimentos, tratamento), pois a urgência advém nesse momento que a palavra escapa.

O trabalho como psicanalistas do Pronto Socorro é o de convidar o sujeito a falar de si de forma que essa cena traumática que, como diz Freud, “envolve sempre uma certa dose

³² Habitualmente se presenta como una ruptura aguda, Freud lo llamaba quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría; algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares.

de inacessibilidade associativa e de incompatibilidade com novas catexias” (FREUD, 1996/1893-1895 p. 119) possa encontrar um meio de catexizar esse ponto em que a pulsão se fixa e urge, insiste, repete no corpo. Os acontecimentos corporais estão em evidência para o sujeito, trazem um sofrimento em que “o envelope formal do sintoma exprime um assujeitamento à alteridade representada pela doença” (ROCHA, 2007), o que faz com que o sujeito seja apartado de um saber sobre o que lhe é próprio – seu corpo e sua fala. Para isso, é preciso encadear os significantes de maneira que possa aludir ao sujeito, sem que haja uma precipitação numa passagem ao ato, ou num *acting out*, como tentativa de resposta à angústia.

Lacan, nos Escritos (1966/1998), nos ajuda a pensar esse sujeito que desaparece nos atos, demonstrando que isso vem de uma descarga de tensão produzida pelo campo da certeza. Nos três momentos: 1- o instante do olhar, 2- o tempo para compreender e a 3- urgência no momento de concluir, o sujeito, no instante do olhar, já anteciparia uma certeza. Isso porque Lacan demonstra com o último tempo que a certeza acontece quando o sujeito está no campo de uma tensão e não da verdade dos fatos. Assim, as certezas impelem a realização dos atos descarregando a tensão a ela inerente. A urgência, por isso, é esse movimento lógico do sujeito em direção a uma saída se precipitando em uma certeza, ainda que de forma problemática. Por isso não aparece a questão do sujeito, não há uma enunciação e sim um puro ato de certeza.

No caso do psicanalista no Pronto Socorro, cessamos a intervenção no momento que um laço com o simbólico surge, um encadeamento com sua forma sintomática e particular de ser sujeito. Isso quer dizer que terminou o momento da urgência daquele determinado sujeito. Uma vez que o momento de urgência foi circunscrito pelo sintoma, daqui para frente outro tipo de tratamento se inicia. Nesse segundo momento, já se coloca o enquadramento da fantasia que permite ao sujeito se alojar no laço consigo e com o Outro – hospitalar, como podemos ver abaixo, na vinheta clínica de um atendimento realizado no HC-UFMG:

Caso 01³³:

WP teve duas tentativas de suicídio desde que foi diagnosticado como paciente em fase terminal de câncer, uma delas nesta internação. O paciente chega ao Pronto Socorro do

³³ Esta vinheta já foi apresentada e discutida no texto de minha autoria na Jornada Interna do Módulo III do curso de formação em psicanálise do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG) em 2010.

Hospital com vômitos recorrentes por conta de câncer gástrico avançado, e, ao ser abordado pela equipe se identificava como “sou paciente terminal, não há nada para eu falar”. Era impossível tentar tomar qualquer medida, pois ele impedia. Até mesmo os familiares vieram falar do sentimento deles, já que o paciente não deixava ninguém como acompanhante nem visita, isolando-se de todos que ele ama. Fui chamada, então, a tentar conversar com ele. Pergunto como ele está e ele novamente repete sua frase: “sou um paciente terminal, não tenho nada para falar!”. Questiono o que é ser um paciente terminal, e falo que como não o conhecia então peço para que ele relate sobre sua vida. Isso foi o possível no primeiro encontro.

No segundo encontro, já conseguindo estabelecer um vínculo, ao invés de se afirmar somente através de um “eu sou terminal”, enuncia uma questão: “porque você me escolheu dentre tantos outros? Sou paciente terminal!”. Intervenho apontando que a impressão era de que ele fosse WP com sua história, na tentativa de escandir a conclusão do “sou terminal=nada para falar”. Essa pergunta muda o discurso do paciente que começa a falar de si, e se perguntar: “o que as pessoas podem querer comigo nesse estado?”. Neste momento ele fala da perda da imagem que ele tinha de si, seu emagrecimento, só vomitava sangue, que não pode mais ajudar ninguém. Pontuo que algo ele causava nas pessoas que apesar de não estar mais como estava, algo ainda perdurava para além de todo esse contexto que ele vivenciava. Marco ainda que as pessoas tinham seus motivos de quererem estar ao lado dele, independente dos motivos que ele pudesse oferecer, pois era um desejo deles. A partir de então WP não mais se identificou com ser “paciente terminal”. Começa então a surgir algo de singular quando WP se questiona o que dele cativa as pessoas.

No último dia de atendimento, WP não conseguia estabelecer um diálogo contínuo devido a sua condição clínica, e me pede desculpas. Digo a ele que não há problemas, que deveria estar sendo difícil para ele passar por tudo isso, mas que ficaria ali com ele. Ao contrário do que WP vinha fazendo ele questiona: “mas você vai ficar em pé?”. Consinto em sentar-me ao lado dele e quando vou saindo WP chama o meu nome e diz: “Tchau!” e acena a mão. Seus familiares agradeceram, pois desde o dia anterior ele havia deixado seus familiares o visitar e até mesmo ficar como acompanhantes. No dia seguinte WP falece, não pela passagem ao ato e sim por um ato de passagem, a morte.

Nesse momento da urgência subjetiva, o importante não é responder a uma suposta demanda do sujeito, e sim fazer uma pausa entre a precipitação da conclusão e o ato,

possibilitando que ele articule seus significantes novamente na cadeia simbólica. Como vimos, as tentativas de autoextermínio dirigiam a uma certeza no campo do ser, “ser paciente terminal”. Essa questão empurrava o paciente para o campo da angústia, o campo do vazio, da perda da imagem corporal. O que não aparecia era sua enunciação: o que posso ser agora sem todos os meus atributos que me reconheciam? (que ele posteriormente demanda esse saber do psicanalista). Entretanto, o que vinha no lugar disso é uma certeza no campo do ser. Quando o sujeito escande entre o instante de ver e o momento de concluir, aparece sua questão: por que você me escolheu entre tantos outros? Ele demanda do psicanalista essa questão que estava oculta em seus atos. Isso possibilitou a ele viver seus últimos momentos ao lado de quem ele amava, de criar outra saída que não pela imagem narcísica, alienada no campo do Outro. Algo do desejo pôde aparecer.

Como vemos, a vinheta clínica apontada por nós não conduziu a uma análise, a urgência subjetiva cessou no momento em que o paciente pode retomar a cadeia significativa e colocar palavras nesse real impossível de suportar que era “ser paciente terminal”. SelDES (2006) confirma nossa afirmativa quando comenta que o desfecho de uma urgência subjetiva não seja a análise. Muitas vezes o sintoma do sujeito dá conta de bordejar esse ponto que estava fora (SELDES, 2006). Ou seja, WP pôde retomar simbolicamente um lugar que ele tem na família e amigos e isso desfaz a urgência subjetiva – o campo do real foi bordejado pelo campo simbólico.

Para que seja possível um desenlace do momento de urgência subjetiva, é preciso que o psicanalista esteja sempre advertido de seu não saber, da douta ignorância e diferentemente das direções científicas e psiquiátricas; é preciso escutar o que é particular do sujeito, a causa do sofrimento é única para cada um (SELDES, 2006). Essa é a base para que o sujeito possa advir na cadeia significativa, para que não postulemos um saber antes do saber do paciente, antes de ouvi-lo.

2.4 A constituição do Sujeito e sua diferença do organismo

Nosso interesse é demonstrar que, para além de um corpo, há outra dimensão no ser humano que é a dimensão inconsciente. Para compreendê-lo, faz-se necessário distinguir o corpo (como corpo pulsional) de organismo e percorrer a constituição do sujeito, uma vez que o inconsciente se estrutura no início da vida do ser humano. Especificaremos também o

sujeito do inconsciente, pois, quando nos referimos a ele, estamos evocando a teoria psicanalítica. Esse percurso é necessário para nossa trajetória de investigação sobre como o uso do protocolo da pesquisa em urgência subjetiva orienta a escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro de um hospital geral.

É importante introduzir questões sobre o que é o inconsciente, já que estamos baseando nosso estudo na teoria psicanalítica, conceito chave da presente teoria. Antes da teoria da psicanálise, o termo inconsciente já existia, mas não como um sistema psíquico, e sim como um adjetivo para caracterizar pensamentos que não estavam presentes na consciência. Freud foi quem teorizou e criou um arcabouço teórico para sistematizar e explicar o que seria um sistema psíquico do inconsciente (GARCIA-ROZA, 2009).

Para Garcia-GARCIA-ROZA (2009), uma maneira de começar a conceituar o inconsciente é apontando o que ele não é: não se identifica com a psicologia da consciência e consequentemente com a razão cartesiana do “penso, logo existo”. Também não se relaciona com algo de místico, misterioso ou até mesmo ilógico. Herbart foi o autor que mais se assemelhou ao conceito dado por Freud sobre inconsciente, pois falava de pensamentos que permaneciam dinâmicos, mesmo depois de não estarem entre os pensamentos correntes. O inconsciente, como explicado por Freud, tem uma cisão marcante com a psicologia da consciência, mas nem por isso quer dizer que o inconsciente não tenha uma forma de funcionar. Como diz GARCIA-ROZA (2009), existe uma sintaxe do inconsciente em que há leis e regras que tornam o seu funcionamento distinto da sintaxe consciente, e é isso que causa o estranhamento no que diz respeito à teoria psicanalítica. Por esse motivo é que dizemos para o paciente associar livremente, pois nesse processo, que parece ser desconexo e não pertencer à lógica consciente, estamos adentrando numa outra lógica. A associação livre só é livre para a consciência, mas estão totalmente determinadas pelas leis do inconsciente.

Conceituando o inconsciente, agora de maneira mais positiva, podemos reconhecê-lo pelos atos falhos, chistes, sonhos, nos processos que GARCIA-ROZA (2009) chama de lacunares, ali onde não se tem ao certo uma explicação que defina o que fez nosso discurso dizer uma coisa ao invés de outra, por exemplo. Além de um simples erro na fala, um sonho totalmente “sem” lógica, o que é mais relevante nesses atos não é só o erro – como poderíamos explicar como uma certa falha da consciência – mas principalmente o afeto de estranheza e mal-estar que causa no sujeito de tal forma que o deixa embaraçado, sem lugar. Uma das provas do inconsciente é o esquecimento de nomes próprios, pois quando tentamos

recordá-los ao tentar preencher esse lugar sabemos que se trata do nome errado. Só podemos saber que está errado porque de alguma maneira “sabemos” o nome correto. Isso só é possível porque aquele nome que não está presente no momento não pode aparecer, e outros virão em seu lugar, ou seja, é um dos processos inconscientes atuando no discurso. Esse exemplo vale para tirar a noção de que o inconsciente estaria sob a consciência, em baixo ou nos fundos do psiquismo. Ele está lado a lado e é por isso que ele se faz intervir na fala do sujeito, faz-se manifestar no presente da fala.

Os fenômenos lacunares são, portanto, indicadores de uma outra ordem, irreduzível à ordem consciente e que se insinua nas lacunas e nos silêncios desta última. Essa outra ordem é a do inconsciente, estrutura segunda, e que não é apenas topograficamente distinta da consciência, mas é formalmente diferente desta. O inconsciente não é o mais profundo, nem o mais instintivo, nem o mais tumultuado, nem o menos lógico, mas uma outra estrutura, diferente da consciência, mas igualmente inteligível. (GARCIA-ROZA, 2009, p. 173)

E ainda:

O inconsciente freudiano não é uma substância espiritual, contrafação das *res cogitans* cartesianas, nem é um lugar ou uma coisa. O termo “conteúdo inconsciente” não designa uma relação de conteúdo a continente análogo quando dizemos que o copo contém a água. Dizer que uma representação é inconsciente ou que está no inconsciente não significa outra coisa senão que ela está submetida a uma sintaxe diferente daquela que caracteriza a consciência. O inconsciente é uma forma e não um lugar ou uma coisa. Melhor dizendo: ele é uma lei de articulação e não a coisa ou lugar onde essa articulação se dá. Assim sendo, a cisão produzida na subjetividade pela psicanálise não deve ser entendida como a divisão de uma coisa em dois pedaços, mas como uma cisão de regimes, de formas, de leis. (GARCIA-ROZA, 2009, p. 174)

O presente autor nos esclarece e desmistifica o que é o conceito do inconsciente na teoria de Freud. E aproveitando a linha de raciocínio que ele nos aponta, e como ele mesmo seguirá, quando falamos de leis e sintaxe, articulação, estamos falando de elementos presentes no discurso, ou seja, na linguagem do sujeito.

No que se refere ao sujeito e sua relação com linguagem, o processo da aquisição da linguagem é um processo que se distancia da coisa em si, do objeto concreto, e com isso começamos a adentrar no mundo das representações. Uma vez que aprendemos a representar, não precisamos do objeto em si para nos comunicar, podemos falar dele. Isso se dá com a

associação entre a imagem acústica (o som da palavra) e o conceito. Para que isso ocorra, teremos que concordar que a imagem acústica tem que ser vazia de significação, caso contrário ele não poderia se ligar aos objetos. E é também por isso que temos o mesmo objeto sendo nomeado de diferentes formas em cada uma das línguas. O signo só é signo quando ele aglutina o som e o significado desse som, em que para o linguista Saussure o signo diz respeito à ligação do significado ao significante – primazia do significado. Com relação a este ponto, Lacan inverte o pensamento saussureano e coloca a representação do signo como sendo o efeito do significante com o significado, fazendo com que haja uma autonomia do significante em relação ao significado. Isso quer dizer que o significado é produzido não em a ligação entre o significante e seu significado, e sim entre um significante e outro. Parece que o primeiro pensamento soa mais lógico, mas se tornarmos mais complexo o raciocínio veremos que Lacan percebe que o significante sozinho não se basta, ele não tem efeito de significação *a priori*. É a oposição entre um significante com o outro que vai sendo encadeando o sentido; do contrário bastaria uma palavra para se fazer entendido, o que não acontece. Precisamos sempre de mais umas palavras, frases para nos fazer mais claros nos sentidos (GARCIA-ROZA, 2009).

Como vimos, o sujeito é um sujeito da palavra, das representações, ele se desligou do objeto concreto e consegue comunicar a ideia mencionando a representação do objeto através de palavras. Também o corpo é um objeto representado e tomado pela palavra, o que quer dizer que ele também só pode ser como tal um corpo falado. O fato de o corpo ser um corpo falado causa uma disjuntura entre o que é vivido pelo sujeito e o que ele consegue representar através de palavras. A relação do sujeito com seu corpo comporta algo de uma dissimetria entre a coisa e a palavra. Segundo Miller (1999), em seu livro *Elementos de biologia lacaniana*, essa diferença entre ter e ser um corpo, dizendo que não existe simetria entre o que acontece corporalmente e o saber do sujeito. Algo nessa relação corpo-saber fica desproporcional, causando para o sujeito uma cisão entre o seu corpo e seu saber. Há, por isso, um saber natural cindido pelo corpo falante. O sujeito está fora do saber biológico, já que não há um saber programado e terá de sustentar uma questão: “o que fazer com seu corpo?”³⁴. Lacan marca radicalmente a diferença do corpo e do sujeito do inconsciente, pois a linguagem entra como um terceiro elemento.

O corpo biológico é banhado pela linguagem e toda a interpretação sobre o corpo já

³⁴Conteúdo extraído do texto “O Biopoder e o sujeito Hospitalizado” que foi apresentado oralmente na XIII Jornada de Cartéis da EBP-MG em 19/06/2010.

não é mais sobre ele, é uma fala sobre esse corpo. A fala representa, mas não é em si próprio o objeto, e é exatamente por isso que as pessoas se endereçam a um hospital, por supor que lá tem um saber sobre seu corpo que ele mesmo desconhece. Passemos agora a tentar compreender melhor o porquê da disjunção entre o corpo e o saber.

Uma vez separado do ventre materno, esse bebê passa a viver puramente essas sensações. Pronto, finaliza aí um ser orgânico, pois para as ciências biológicas o corpo é o conjunto células, que, organizadas de maneiras funcionalmente diferentes, compõem os órgãos que conjuntamente formam um organismo autônomo³⁵. A partir desse momento, tudo o mais é do nível da vivência no campo da linguagem, no qual o bebê vai sendo inserido. Apesar de ser um organismo independente, ele ainda é um ser totalmente dependente. O bebê não consegue sobreviver sozinho, já que não tem condições de suprir suas próprias demandas, ou de tirar as sensações desagradáveis que seu organismo produz. Ele precisa de uma ação específica vinda de fora que neutralize suas tensões internas (FREUD 1911/1996). Freud explica esse momento no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1911), no item da “Experiência de Satisfação”, em que o bebê somente tenta, através de uma descarga motora (choro, movimentos), diminuir as tensões que estão em alto nível em seu organismo, mas ele em si não sabe o que são aquelas coisas (FREUD, 1911/1996). Futuramente, Freud vai falar que essas sensações corporais são na realidade as pulsões, como já mencionamos no item anterior, e elas deixam marcas de satisfação no corpo. Como apresentado, são inclusive essas marcas não catexizadas pela via da palavra é que se transformam em um ponto traumático. O corpo é revestido por esse aspecto pulsional e isso tem efeito na vida do sujeito.

Nesse momento da ação específica apaziguadora, temos a entrada do Outro³⁶, que interpreta essas ações do recém nascido como fome, sede, frio, dor. Há, por parte do agente materno uma nomeação na tentativa de ter uma ação que apazigue o bebê, gerando nele uma sensação que diminua a tensão produzida internamente pelo seu corpo (FREUD, 1911). Essa relação entre o Outro e a criança é determinante no que diz respeito a como esse recém nascido vai estabelecer sua relação com o próprio corpo e a satisfação dele advinda, bem como com a entrada na linguagem. Isso porque ao satisfazer esse bebê, há uma nomeação

³⁵GUYTON, Hall. **Fisiologia Humana e Mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro, 1998.

³⁶“O ‘Outro’, enquanto conceito, refere-se à heterogeneidade desse lugar, como aquele que donde vem sua fala para um locutor que nessa ocasião, se descobre sujeito, mas também objeto que lhe interessa no mais íntimo.” MIJOLLA, Alain. (Dir) **Dicionário internacional da Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições**. Comitê editorial: Sophie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

dessa ação, e isso faz com que a criança seja inserida na representação. Fink ilustra esse momento nessa passagem:

Uma criança nasce, então, num lugar preestabelecido dentro do universo lingüístico dos pais, um espaço muitas vezes preparado muitos meses, se não anos, antes que ela veja a luz do dia. E a maioria das crianças é obrigada a aprender a língua falada pelos pais, o que significa dizer que, a fim de expressar seus desejos, elas são virtualmente obrigadas a irem além do estágio do choro – um estágio no qual os pais são forçados a adivinhar o que seus filhos desejam ou precisam – e tentar dizer o que querem em palavras, isto é, de uma forma que seja compreensível aos principais responsáveis por elas. No entanto, seus desejos são moldados naquele mesmo processo, já que as palavras que são obrigadas a usar não são as suas e não correspondem necessariamente às demandas específicas: seus desejos são moldados na fôrma da língua ou línguas que aprendem.

O aporte realizado por Lacan é mais radical ainda quando diz que não se pode dizer que uma criança sabe o que quer antes da assimilação da linguagem (...). Se um deles [os pais] responde ao choro do bebê com comida, o desconforto, o frio, a dor, será determinado retroativamente como tendo “significado” fome, como as dores de fome. Não se pode dizer que o verdadeiro sentido por trás do choro era que a criança sentia frio, porque o sentido é produto posterior: respondendo constantemente aos gritos do bebê com comida pode-se transformar todos os seus desconfortos, o frio e a dor em fome. Nessa situação, o sentido é determinado não pelo bebê mas por outras pessoas, e com base na linguagem que elas falam. (FINK, 1998, p. 22-23)

Como podemos perceber, pelas citações de Fink, as palavras não têm um significado prévio; ao contrário, elas são vazias de sentido e é por isso que a criança, quando as assimila, significa-as conforme os moldes que lhe são ofertados. Isso é a estrutura da linguagem: palavras encadeadas, e à medida que uma palavra se articula à outra surge o significado. É assim que se produz o efeito do sentido, pois é somente num segundo momento que se tem a significação daquela primeira palavra. Não há correlação direta entre o que chamamos de significante (a palavra) e significado (o que ela significa). O significante – que em si não tem essência –, precisa de outros significantes (S2) que deem a ele um significado. É por causa de um vazio de sentido do S1 que Lacan se refere ele como sendo da ordem do não senso (LACAN, 1964/1998). Na medida em que o S1 não se basta, ele precisa ser encadeado de modo a emergir daí um sentido de quem fala. Esse corpo banhado na pulsão e inserido na estrutura da linguagem é que funda o inconsciente e distancia o sujeito de um organismo.

Lacan (1964/1998), em sua teoria, destaca duas operações como fundamentais para a constituição do sujeito: alienação e separação. Ambos são movimentos que se referem ao campo da linguagem.

Figura 1



Fonte: FINK, 1998.

Inicialmente temos de um lado um ser separado do sentido e um sujeito separado do outro, como representado na figura 1. Na medida em que esse outro vai nomeando para o ser o que ele é, por exemplo: “neném da mamãe”, “bebê chorão”, “vida dessa casa”, etc., vai havendo uma intercessão dos campos do ser e do sentido, e conseqüentemente do sujeito e do outro. A parte da intercessão é aquela que designa o sujeito (\$) através de um significante (S1); entretanto, ele sozinho não tem valor, necessitando de outro que lhe conceda seu significado (S2). Essa operação é chamada de alienação, porque o sujeito abdica uma parte de seu ser em nome do outro, ou seja, ele perde uma parte do “vir-a-ser” para “já-ser” e petrifica-se no campo do Outro (figura 2). A estrutura do Outro, que assim como o sujeito, é barrado impede de abranger todo o sentido sobre o sujeito (figura 3). Para concluir essa primeira operação, percebemos que o ser tem uma parte de si alienada no campo do Outro, e, sendo assim, ele aparece como uma palavra, um significante advindo do campo do Outro.

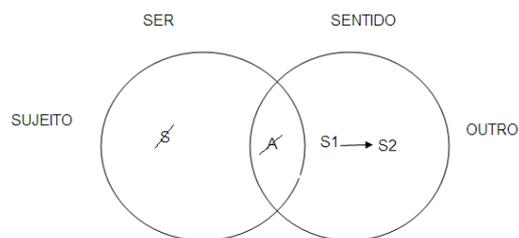
Como vimos da última vez, a união do sujeito com o Outro deixa uma perda: se o sujeito tenta encontrar-se no Outro, só pode se encontrar como uma parte perdida. Ele fica petrificado por um significante-mestre e perde alguma parte de seu ser. A alienação (isto é, o fato de que o sujeito não tendo identidade, tenha de identificar-se a algo), encobre ou negligencia o fato de que, um sentido mais profundo, o sujeito se define não apenas na cadeia significante mas, no nível das pulsões em termos de seu gozo em relação ao Outro (LAURENT, 1998, p. 43).

Até aqui temos a alienação como uma operação básica, no qual o sujeito simplesmente é inserido na linguagem. Daqui em diante, o sujeito tem o que Lacan chama de uma “escolha forçada”, em que ou o sujeito vai se cristalizar nesse significante-mestre (figura 2) ou vai escolher o deslizamento da cadeia significante. Para habitar a linguagem é preciso consentir com alguma perda. Essa perda se refere a que nem o Outro (A) tem a consistência, todo saber sobre o ser, e nem o sujeito (\$) o tem, ou seja, ninguém tem. Lacan relata esse momento, depois da alienação e precipitando à separação, onde o sujeito entrevê uma falta no campo do Outro. É aqui que a criança se pergunta o que a mãe quer dizer com isso que ela falou.

Veremos que ela [noção de intercessão] surge do recobrimento de duas faltas. Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é radicalmente destacável – ele me diz isso, mas o que é o que ele quer?

Nesse intervalo, cortando os significantes, que faz parte da estrutura mesma do significante, está a morada do que, em outros registros de meu desenvolvimento, chamei de metonímia. É de lá que se inclina, é lá que desliza, é lá que foge o furão, o que chamamos de desejo. O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os por-quês? da criança testemunham menos de uma avidez da razão das coisas do que constituem uma colocação em prova do adulto, um por que será que você me diz isso? sempre resuscitando de seu fundo, que é o enigma do desejo do adulto. (LACAN, 1964/1998, p. 203)

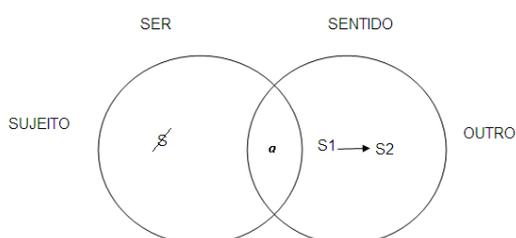
Figura 2



Fonte: FINK, 1998.

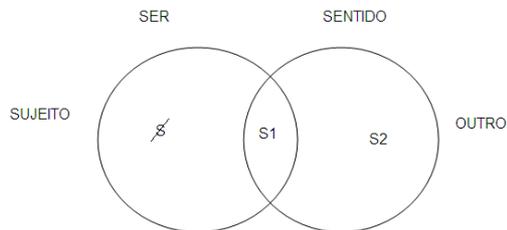
Para Fink (1998) “A separação pode ser vista aqui como envolvendo uma tentativa do sujeito de fazer as duas faltas coincidirem totalmente. No entanto, essa tentativa é frustrada de modo abrupto.”(FINK, 1998, p.78). Isso resulta da entrada do Nome-do-pai interditando a relação mãe-criança. A frustração decorrente, então, é substituída pela fantasia, que é um modo de o sujeito se reconciliar com o Outro, repetindo em suas relações esse lugar que ele se posiciona no desejo do outro. As figura 3 e 4 ilustram esse processo:

Figura 3



Fonte: FINK, 1998.

Figura 4



Fonte: FINK, 1998.

Demonstramos, através da constituição do sujeito, a cisão entre o organismo e o sujeito do inconsciente. Essa cisão é causada pela entrada do homem na linguagem. Por estrutura, algo fica de fora, tornando o saber do organismo sempre um saber incompleto. Algo do real desse corpo pulsional se faz presente e desde já traumatiza o sujeito. Há no sujeito algo que excede na tentativa de satisfazer por completo a pulsão de morte e, quando não há uma borda da linguagem para dar conta disso, a cena traumática irrompe. O palco dessa cena é o próprio corpo.

3. CAPÍTULO 2: A AVALIAÇÃO: UM NOVO OLHAR

“Pane no sistema alguém me desconfigurou...
Mas lá vêm eles novamente, eu sei o que vão fazer: Reinstalar o sistema!”

Pitty

A introdução à lógica da gestão no contexto hospitalar e a conceituação sobre os protocolos clínicos nos permite entender a necessidade de se adotar este instrumento como forma de tentar assegurar aspectos primordiais no atendimento a todos os pacientes. Entretanto, uma leitura crítica lança outros olhares para este modo contemporâneo de funcionamento da gestão hospitalar, para isso utilizamos como referência teórica autores como Michel Foucault e Canguilhem. Estes teóricos problematizam o tema da área da saúde, bem como discutem a genealogia dos processos avaliativos, seus objetivos e suas consequências para os indivíduos. Estas são contribuições importantes para que possamos estar advertidos de questões que vão para além de um instrumento de trabalho, que é o protocolo, e nos possibilita analisar como os protocolos clínicos são na realidade uma resposta às questões que envolvem o poder, o Estado, o sistema capitalista.

Num segundo momento, utilizamos essas contribuições para realizar uma leitura sobre o efeito dessas práticas no sujeito do inconsciente. Trazemos, então, discussões de autores psicanalíticos que têm acompanhado as transformações da sociedade e a repercussão disso para os sujeitos e seus modos gozo. Além de localizar qual é a atual demanda que tem chegado para os serviços de saúde mental e contrapor a importância do psicanalista nos dias de hoje em retomar algo da verdade singular, ao invés da generalização de um saber e uma universalização das soluções.

3.1 Os efeitos disciplinares e reguladores nas práticas da avaliação

Identificamos atualmente um cenário em que a previsibilidade tem sido algo fundamental para a sociedade, e a psicologia tem sido chamada para garantir essa ordem através de suas técnicas (CANGUILHEM, 2001). A partir disso, os textos de Foucault e de Canguilhem nos servem como leitura de apoio para entender do que se trata esse processo

social de tentativa de abarcar toda uma gama de previsões. Tanto Foucault quanto Ganguilhem trabalham esse tema abordando o processo de surgimento, causas e consequências dos processos avaliativos em nossa sociedade.

Nos seus textos “Em Defesa da Sociedade”, de 1975-1976 (FOUCAULT, 1999) e em “História da Sexualidade I: a vontade de saber” (FOUCAULT, 2003), Foucault aponta para a estatização do biológico, que significa um poder soberano sobre a vida e a morte das coletividades. Para que haja uma efetivação de tal poder é preciso ter uma técnica que inspeciona, além de ter um menor custo financeiro possível, criando-se então uma tecnologia disciplinar do trabalho. Na primeira metade do século XVIII, tínhamos o poder disciplinar nos corpos, que é a primeira tomada de poder que torna os corpos consoantes com seu modo de individualização. Isso significa que cada um é analisado separadamente, segundo os parâmetros disciplinares. Posteriormente, a partir da segunda metade do século XVIII, temos novos instrumentos, que vão de encontro com a ideologia da primeira metade do século, porém abrangem não só os corpos na sua individualidade, mas no coletivo. Aqui não temos mais um corpo individualizante, e sim um corpo massificado dentro da categoria da espécie – é o que Foucault chama de Biopolítica.

A Biopolítica se dirige, então, não mais ao homem-corpo e sim ao homem-espécie. É com esse viés que se controlam as massas via estatísticas – a natalidade, a mortalidade, a morbidade etc. As doenças (pandemias, epidemias) não são mais fenômeno do indivíduo, são de uma população. Esse é o ponto que nos interessa, já que a área da saúde ganha relevância, pois a saúde agora é uma questão de higiene pública. A medicina entra como um recurso para aplicação do poder sobre as massas via medicação, técnicas e normatização do saber médico (FOUCAULT 1975-1976/1999).

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas, estatísticas, de medições globais, vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, mas essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. (FOUCAULT 1975-1976/1999, p. 293)

É por isso que o saber médico será o elo entre o organismo e a população, já que, com suas técnicas aliadas ao progresso científico, poderá influir no biológico e no orgânico e interferir em ambos os processos: no indivíduo e nas massas. A norma é o que viabiliza a junção do corpo disciplinado com a população. A partir de então, o corpo equivale à vida.

Isso explica uma gama de preocupações da saúde higienista, que se atém à “norma do corpo”. Nas palavras de Foucault:

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o veículo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo e ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre organismos e sobre os processos biológicos e que vai, portanto ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores. (FOUCAULT 1975-1976/1999, p. 302)

Se, até então, antes da emergência do poder disciplinar dos corpos, tinha-se um poder soberano que regulava a morte dos indivíduos, agora se tem um poder soberano que, ao contrário, controla quem vive. Essa inversão, segundo Foucault (1975-1976/1999), faz com que o indivíduo esteja constantemente submetido ao poder do Estado, sendo que o único momento no qual ele sai do biopoder é na morte. Neste ponto a biopolítica não pode interferir.

Enquanto, no direito de soberania, a morte era o ponto em que mais brilhava, da forma mais manifesta, o absoluto poder do soberano, agora a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado. (FOUCAULT 1975-1976/1999, p. 297)

Até aqui percebemos que, à medida que o corpo foi sendo dominado pelo biopoder do Estado, ele foi perdendo sua identidade enquanto ser vivente e se tornando um corpo-massa, com normas e regulamentações a serem seguidas. E como bem apontou o autor, o momento em que o indivíduo consegue escapar a todo esse poder é no momento da morte. É interessante notar, que, para a área da saúde, o insuportável é exatamente o morrer, pois é o que de alguma maneira se sobrepõe às técnicas normativas e comprova a incapacidade técnico-científica quanto ao poder sobre vida.

Uma vez introduzido no conceito de biopoder, percebemos a forma pelo qual o poder na área da saúde foi se configurando, fazendo do profissional e da técnica instrumentos de normatização, com a finalidade de controlar das massas. Aliada à ciência, que constrói um saber que diz como fazer, a área da saúde cria recursos intra hospitalares que, mesmo que

despercebidamente, são modos de atender ao biopoder. No que concerne a este conceito, Rocha (2007) se refere a ele como um operador conceitual, pois que serve para demonstrar como ocorre a desvinculação de um poder do Estado que se ramifica até os técnicos na ponta do sistema. Isso faz gerar a lógica da gestão, que através desta lógica pode exercer seus domínios, que o autor chama de medicina protocolar, mecanismos que “se servem de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos” (ROCHA, 2007, p. 109 *idib* FOUCAULT, 1997, p.131).

Esse biopoder – que é principalmente exercido pela medicina – se deve ao fato principalmente do advento da ciência biológica como enunciadora de uma suposta verdade. Foucault, ao fazer uma análise da obra de Canguilhem, relata que a ciência em geral está intimamente ligada a processos descontínuos, ou seja, de verdades/falsidades que ao longo de sua história não faz um traçado linear, mas pelo contrário, está ligada a um modo circunscrito no tempo e no espaço de produção da verdade (FOUCAULT, 1990/2009).

Para explicitar melhor a questão: a ciência da saúde se localiza numa área que tem parte de seu conteúdo vinculado à ordem científica e outra parte ao que é da ordem da moral, e isso a fez ficar cada vez mais imbricada com a moral. As produções científicas, em virtude disso, acabam sendo produzidas com o pano de fundo moral de sua época, e, portanto, não são isentas de um cunho moral. Não se pode afirmar, então, que o campo da saúde é neutro, sendo que sua essência está vinculada a uma ordem moral. Associar as ciências da saúde com neutralidade traz como consequência uma moral disfarçada de ciência, em que na realidade se trata de uma construção momentânea de saber sobre o que é verdade e sobre o que é mentira. Assim, a ciência da saúde é um campo que requer constantemente reflexões éticas e morais, para não se infringir num abuso de poder.

Foucault continua sua explicação sobre a obra de Canguilhem demonstrando que inicialmente as ciências da vida derivaram-se do campo das ciências exatas, no que tange a aspectos físico-químicos e biológicos. Porém, a virada de paradigma se dá quando as ciências da vida começaram a se ocupar das doenças enquanto problemas, e nesse momento elas conseguiram ganhar um lugar de destaque na sociedade. Isso pode ser percebido através de dois indicadores: 1) indicador teórico de resolver problemas e 2) indicador crítico de quais problemas evitar. Resumindo, as ciências da vida só passam a ter visibilidade na medida em que se ocupam das doenças como problemas a serem sanados e prevenidos; é quando ela se apresenta como um mecanismo de controle social que consegue seu status. Foucault afirma

que, na realidade, esse modo de fazer ciência se configura como “um imperativo mais que um método, uma moral mais que uma teoria” (FOUCAULT, 1990/2009, p. 54). O que o autor transmite com essa ideia é a de que esses indicadores, marcados com uma consistência autêntica, na realidade ultrapassam o campo de conhecer propriamente dito e adentram o campo da moral e da decisão. Esses pontos não fazem parte da produção de fatos, e sim de uma postura moralista no que se refere à intervenção na vida (bios).

As ciências da vida exigem determinados modos de fazer sua história. De uma maneira singular, pleiteiam também a questão filosófica do conhecimento. A vida e a morte nunca são em si problemas médicos. Inclui quando um médico, em seu trabalho, arrisca sua própria vida ou a dos outros, se trata de uma questão moral ou de política, não de uma questão científica. (FOUCAULT, 1990/2009, p. 54)

Na vinheta clínica que apresentaremos abaixo, fica patente o quanto a médica responsável pelo caso tenta de alguma forma prevenir problemas, desconsiderando um saber que o indivíduo tem sobre seu próprio corpo e o poder de decisão.

Caso 02:

Rui foi internado no Pronto Socorro por dificuldade de deglutição significativa, com grande perda de peso, dores intensas na cavidade oral e esôfago. Ele tinha um câncer de esôfago avançado, fazendo tratamento paliativo (sem possibilidade de cura). Os médicos o avaliaram, e Rui estava muito fraco por não estar alimentando devido às dores constantes. Medicamentos para controle da dor estavam sendo ministrados, bem como anestésico tópico para diminuir as dores na cavidade oral.

Foi acionada a equipe da Nutrição e Fonoaudiologia para que pudessem aumentar a ingestão de alimentos de forma qualitativa e quantitativa. Porém, na avaliação dos médicos, o paciente apresentaria mais estreitamento do esôfago e numa próxima internação ele não daria conta mais de se alimentar. Assim, os médicos recorreram aos especialistas da Gastroenterologia para que avaliassem a viabilidade de se fazer um procedimento cirúrgico, no qual se coloca uma sonda que injeta diretamente a dieta alimentar no estômago do paciente – este procedimento é chamado de gastrostomia. Após a confirmação da equipe da gastro em fazer a cirurgia, os médicos responsáveis foram conversar com o paciente, explicaram-lhe o que aconteceria e que marcariam a cirurgia em dois dias. Nesse ponto do

tratamento a psicologia foi contactada pelos médicos que requisitaram conversar com o paciente, pois ele tinha sido contra o procedimento cirúrgico, não queria fazer a gastrostomia e iria confirmar essa posição daí a quatro dias. A demanda médica para com o serviço de psicologia era de que entendesse por que ele teve tal posição e de convencê-lo a mudar de opinião. Questionamos aos médicos quais eram as prerrogativas para se fazer esse procedimento invasivo, bem como qual era o incomodo que o paciente causou por não aceitar a tal conduta. Na resposta eles alegaram que esse procedimento evitaria complicações futuras e que na visão deles o paciente estava indo contra um procedimento benéfico para ele mesmo.

Após esse primeiro entendimento da situação e das posições de quem demandou o atendimento, fui conversar com o paciente. Questionamos primeiramente o que ele entendia da situação que estava passando, como estava se sentindo com os sintomas desagradáveis da doença e com a impossibilidade de reverter o quadro clínico. O paciente relatou todo o processo, seus sentimentos, mas, apesar de tudo, não se mostrava aflito com a doença. Acreditara que isso era consequência da vida desregrada com álcool e fumo que teve durante vinte anos, e que agora tinha que cuidar da melhor forma, já que, em sua opinião, Deus deu a ele uma segunda chance quando não permitiu que ele morresse e sim tivesse que conviver com a doença. Quando abordamos a questão da gastrostomia, e sua posição diante disso ele responde: “Estou alimentando bem com o uso do anestésico bucal antes das refeições, não consigo mais comer coisas sólidas, mas pastosas está tranquilo. Tenho que falar devagar, mas isso não me incomoda” diz. “E você sabe de uma coisa? Esses médicos são tão engraçados, porque eles fazem decisões no corpo dos outros! Tem muita gente sofrendo no meu lugar, sentindo dores que eu mesmo não estou sentindo. Falei com a médica que não acho que preciso dessa cirurgia, mas ela insistiu e falei então que irei pensar e falo com ela na sexta”. Questionei a ele se o fato de ele saber que futuramente não dará mais conta de alimentar pela boca, se não o preocuparia, ao que ele respondeu: “Mas se eu estou dando conta agora, porque tenho que já fazer uma cirurgia agora? Quando eu não tiver mais aguentando, façam!” Coloco que há a necessidade de se ter uma condição física boa, que ele está apresentando neste momento. Mesmo assim ele se posiciona e diz: “Então não dá para fazer a cirurgia!” Depois do atendimento e após perceber que o paciente tinha um saber próprio sobre o destino do seu corpo e doença, que isso não era questão para ele (que inclusive era outra, em relação à família), discutimos com a equipe médica e sustentamos

não fazer a cirurgia, ainda que isso lhe causasse transtornos futuros, pois para o paciente era mais importante fazer o que ele dava conta agora do que tentar prevenir o que se quer era uma realidade ainda.

O desfecho desse caso foi a alta de Rui dias depois. Internou meses depois com tuberculose associado a um quadro soropositivo de HIV, alimentando-se à sua maneira. Curou-se do quadro agudo, e retornou ao hospital apenas para dar continuidade com o Serviço Social no que se referia à sua demanda inicial – como sustentar sua família sem emprego, sem ajuda dos irmãos e com a possibilidade de sua morte.

Como fica aparente no caso acima descrito, a relevância do campo da saúde, no que se refere à doença, tem como base a noção de doença como erro. Foucault afirma que este foi uns dos pontos mais importantes da obra de Canguilhem, a ideia de que a vida é perpassada de anomalias biológicas, que deveriam sofrer intervenções a fim de serem corrigidas. Esse tipo de concepção da doença como problema faz com que “(...) o homem termine sendo um ser vivo que nunca se encontra em seu lugar, um ser vivo condenado a errar e a se equivocar”³⁷ (FOUCAULT, 2009, p. 56, tradução nossa). Este ponto é particularmente importante para nosso trabalho, na medida em que é essa noção de vida como erro que viabiliza a norma, a fim de concertar ou prevenir erros que possam vir a ocorrer. Isso permite a biopolítica se instalar, oferecendo à população técnicas pertinentes no combate a erros, sejam eles implícitos ou não à vida. E, metodologicamente, a forma mais adequada para isso é o que Rocha (2007) chamou de medicina protocolar.

Continuando na linha do pensamento científico, Canguilhem (2001) aponta a pretensão do saber da ciência com relação ao progresso humano, bem como da industrialização ao progresso social. Para ele, há o pensamento na sociedade de que, na medida em que evoluímos cientificamente, estaríamos evoluindo também como seres humanos, ligando a evolução à questão científica – até mesmo porque ela pleiteia a verdade dos fatos; assim aconteceria também com o desenvolvimento industrial que traria uma evolução para a sociedade. Isso porque, segundo Canguilhem (2001), há uma redução da condição humana à produção capitalista de bens de consumo e ao saber científico como sinônimo de progresso, de forma que fosse possível ao saber ser abarcado pela ciência, e isso trouxesse necessariamente evolução para o ser humano. Nesse ponto, o autor é enfático

³⁷ “(...) el hombre termine siendo un ser vivo que nunca se encuentra en su lugar, un ser vivo condenado a errar y a equivocarse”.

quando se refere à psicologia, uma vez que, para ele, era a própria psicologia quem deveria fazer frente contra esse tipo de ideologia. Ainda de acordo com Canguilhem, ao contrário do esperado, o saber psicológico tem se colocado a favor quando admite o homem pela ótica objetiva, submetendo-o a um método puramente quantitativo através de testes psicométricos (CANGUILHEM, 2001). Como mencionamos no início do capítulo, as ciências têm chamado os psicólogos para compartilhar da biopolítica, que tende a normatizar o homem, enquadrá-lo dentro de regras e regulamentos para impedir os “erros da vida” de acontecerem e assim manter o controle do homem-espécie.

A definição dada pela American Psychological Association (APA) em 1976 do conceito de Psicologia da Saúde reflete exatamente a crítica feita por Canguilhem e a biopolítica descrita por Foucault. Segundo a APA, Psicologia da Saúde se define por estudar as influências da psicologia na saúde, fatores responsáveis pelo processo de adoecimento, mudanças de comportamento das pessoas ao adoecer, com o objetivo de promover, proteger, prevenir e tratar as enfermidades, identificar as etiologias e o diagnóstico à saúde doença e aperfeiçoar as políticas de saúde, as disfunções associadas, analisar e melhorar o sistema de saúde. Aqui a mortalidade e morbidade das doenças têm, agora, sua etiologia no comportamento humano. Nesse sentido, a avaliação psicológica é utilizada para verificar o quanto o paciente está desadaptado ao ambiente hospitalar, bem como identificar os comportamentos de risco que inserem o paciente no grupo de doentes (BAPTISTA; CAPITÃO, 2010).

Com essa conceituação da psicologia da saúde, o comportamento humano entra como produtor de doenças e, principalmente, como fator etiológico delas. Não se trata mais de um microorganismo, de questões sanitárias, etc., a doença é o comportamento do indivíduo que coloca em risco seu corpo, sua saúde e, portanto, a sociedade. Consequentemente o sujeito é tomado, nessa concepção, como culpado de sua enfermidade por se comportar de forma arriscada, ou seja, fora da norma imposta. Desconsidera-se, assim, a ideologia capitalista de produção máxima com o mínimo de recursos gastos. O que se quer com a ideologia capitalista é prever para lucrar sem desperdícios e alinhando-se aos objetivos do Estado que também procura manter a ordem social independente de seus efeitos. Quem não está dentro da norma é taxado como inadaptado, com distúrbios ou transtornos. A psicologia da saúde entra aí como um dispositivo médico para adequar o comportamento humano a uma ideologia (CANGUILHEM, 2001).

Segundo Baptista & Capitão (2010) a avaliação psicológica em ambientes médicos se define como

(...) uma adequação da ferramenta na tomada de decisões sobre o diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico. A constatação precoce de problemas de comportamentos e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes imersos em ambientes médicos pode significar um grande diferencial no que concerne ao tipo e qualidade da atenção oferecida ao paciente, assim como à diminuição do sofrimento e dos custos operacionais das instituições, sabendo que a avaliação psicológica não necessariamente deve estar vinculada a pacientes hospitalizados, mas também a vários espaços e especialidades na saúde, tais como clínicas particulares ou centros de saúde.

A avaliação psicológica em ambientes médicos deve ter como base um corpo de conhecimentos acumulados por intermédio do binômio prática/pesquisa, podendo-se destacar um trabalho contínuo e constante dos pesquisadores para a criação de protocolos específicos de avaliação psicológica em diferentes nichos e ambientes de saúde. (BAPTISTA; CAPITÃO, 2010, p. 9)

Tomando como base esse conceito e linha de raciocínio, o protocolo é a ferramenta da avaliação psicológica, avaliação esta que identificará o quanto o sujeito está desviado da norma, desadaptado do contexto. Percebemos nesse tipo de discurso que tanto o poder está exclusivamente do lado do avaliador, que detém o saber e julga o que está errado, como também que o sofrimento não está do lado do paciente e sim do sistema, uma vez que visa à antecipação de possíveis distúrbios e assim gastar menos recursos. Entretanto, o rótulo é de que se estaria cuidando do paciente, adaptando-o à realidade. Nossa crítica perante a esse tipo de avaliação psicológica se baseia no fato de que o que está em questão é a ordem social e a produtividade capitalista, e não algo do pulsional que traumatiza o sujeito, trazendo-lhe sofrimentos.

Esse tipo de ciência, diz Canguilhem (2001), mostra que a ciência não é neutra, uma vez que foi englobada por um ideal capitalista de total produtividade. Ele aponta que o adoecimento corporal é uma saída para não adoecer psiquicamente, já que a subjetividade não se enquadra nessa equação do homem reduzido ao mecanicismo. A ciência toma esse processo como uma doença de estresse, e desliga a relação de produção capitalista e seu efeito na subjetividade. Nesse sentido, concordamos com Canguilhem, quando tomamos o adoecimento como uma saída do sujeito contemporâneo para tentar incluir sua subjetividade numa sociedade em que tudo é programável ou é um distúrbio/ síndrome.

O empecilho mais uma vez se mostra no nível da subjetividade, esse entrave ao progresso científico, esse calcanhar de Aquiles da ciência. Como bem retrata a citação de Rocha:

O compromisso com o corpo-máquina e seu bom funcionamento é o que se deve ter em mira [para o exercício protocolar da biopolítica]. A tecnologização dos procedimentos, aliada ao apagamento progressivo da figura do clínico, se torna hegemônica.

O resto dessa operação denuncia, contudo, a impossibilidade de que o programa se cumpra integralmente. A esse resto, pode-se chamar Sujeito. (ROCHA, 2007, p. 110)

Toda essa conjuntura da contemporaneidade conduz o sujeito a responder como ele pode – não sem sofrimento – à conjuntura de uma sociedade biopolitizada, em que tudo o que sai da programação é abordado pela via do estresse ou do desvio. Mas, como apontou Rocha (2007), o sujeito é irreduzível a essa equação, uma vez que ele sempre deixa um resto por onde passa. Por esse motivo, o nosso entendimento de avaliação psicológica e de protocolo se diferencia do conceito que a APA propõe, uma vez que partimos de outro referencial teórico – que é a psicanálise – e também entendemos que o contexto atual contribui para o surgimento do sofrimento psíquico. Sendo assim, uma avaliação psicológica na psicanálise tem como base o sofrimento do sujeito em relação ao que é da ordem pulsional, sua relação com o gozo e como o sujeito lida com o contingente. Assim, o protocolo, ao contrário de tentar prever ou resolver os problemas, seria um instrumento de norte para a escuta do psicanalista, no intuito de retomar a narrativa num ambiente que tenta banir o discurso. Esses serão nossos passos nos próximos capítulos, onde abordaremos os efeitos das práticas biopolíticas pela ótica psicanalítica, para entender como se dá a relação entre o protocolo e a escuta do psicanalista.

3.2 Protocolo: um saber a serviço da lógica de mercado?

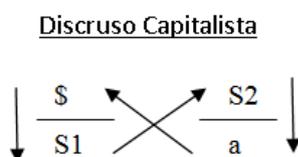
Na conferência “Uma fantasia” realizada em Comandatuba/2004, Miller esclarece a posição do sujeito contemporâneo na sociedade atual. A impressão que se tem nos dias de hoje é que os sujeitos estão perdidos, ou no termo que ele usa, “desbussolados”. Mas o que o autor vem nos mostrar é que essa impressão ocorre porque aquilo que Freud chamou de moral civilizada foi abalada em seus pilares. Os pilares que sustentavam essa prática tinham suas

forças na inibição que ela provocava, porém as novas formas de lidar com os sintomas dessa inibição trouxeram também uma abertura para a satisfação. Hoje o que vivemos é fruto da liberdade de satisfação que está em seu ponto máximo, isso quer dizer, a satisfação que antes era dada como proibida é hoje o que orienta os sujeitos. O sujeito então é convocado a avaliar o objeto de gozo, o quanto isso goza. Nisso se reflete uma massificação, pois as capacidades dos indivíduos são avaliadas de forma homogênea, o singular do sujeito se perde dentro de um objeto universal, que o lança no campo não do desejo (como opera o discurso do analista), e sim no campo da angústia.

Se antes tínhamos o significante paterno (Significante mestre) que conseguia de alguma forma regular o sujeito em suas satisfações, atualmente o S1 cai por terra em sua função: as identificações, que eram do campo do ideal já não conseguem fazer sua função de mestria. O discurso do mestre era o que Lacan menciona como sendo o que representava o inconsciente.

Na conferência de Milão, Lacan (1972) faz menção ao discurso capitalista, que apesar de não ser um modo de fazer laço social, é um modo do capitalismo que, aliado à ciência, cria um novo modo de funcionamento. Nessa conferência, ele trabalha com a alteração do discurso do mestre, onde quem assume o lugar de agente é o sujeito dividido, que na realidade se cola com o objeto. Lacan nos explica que essa troca se dá pelo encontro do sistema capitalista com a ciência, que cria cada vez mais e novos objetos para serem consumidos pelos sujeitos (\$). O que fica evidente neste tipo de discurso é que o sujeito fica apartado do saber, que antes era dirigido ao campo do Outro, e que aqui se apresenta colado com o objeto “a”. Esse modo de funcionar dá ao sujeito uma falsa ilusão de mestria, porém, na realidade, o S1 do capitalismo é quem dá as cartas para a ciência produzir o conhecimento que redunde em um objeto a ser rapidamente consumido pelo sujeito. Então, nesse funcionamento, o que está em jogo é a relação do gozo com os objetos e não o saber sobre esse gozo, como está demonstrado na figura 5, abaixo (BRAUNSTEIN, 2010):

Figura 5



Fonte: BRAUNSTEIN, 2010.

O que percebemos dessa mudança é que o sujeito não mais se orienta pelo desejo de saber, ou não endereça mais um saber sobre seu modo de satisfação. O que está colocado de antemão é a satisfação. Isso não gera mais um laço social no qual o Outro tem uma função no modo de se relacionar. Assim, o discurso capitalista transforma tudo e todos em objetos de consumo, é a dimensão do objeto em si que está sendo focada. Para Miller, o esquema do discurso do Mestre – introduzidos por Lacan –, então, ganha uma nova versão:

Figura 6



Fonte: MILLER, Comandatuba-2004.

O primeiro discurso é o do mestre; já o segundo, se assemelha ao discurso do analista, mas não é assim que ele se comporta. O segundo discurso, ofertado pela sociedade aos sujeitos, coloca o sujeito castrado como um avaliador do imperativo de satisfação (objeto a na sua vertente de gozo), e o que resta dessa operação são as identificações que atualmente já não encontram lugar mais nos discursos prevalentes na sociedade. O saber (S2) aparece como sendo algo da verdade/mentira: “a noção de que o saber não passa de semblante fez muitos adeptos e nos pressiona” (MILLER, 2004). Miller resume isso da seguinte forma:

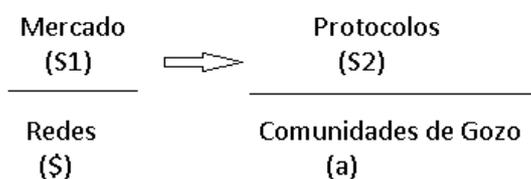
Hoje, se isso for verdade, se minha fantasia conduz a algum lugar – o que ainda está para ser visto –, o discurso da civilização não é mais o avesso da psicanálise. É seu sucesso. Bravo! Bela jogada! Mas, de saída, isso põe em questão tanto o meio da psicanálise, isto é, a interpretação, quanto seu fim até o começo. Poderíamos dizer – se partimos do fato de que a relação é, antes, da ordem da convergência. Quer dizer que cada um dos seus quatro termos permanece disjunto dos outros na civilização. De um lado, o mais de gozar comanda, o sujeito trabalha, as identificações caem substituídas pela avaliação homogênea das capacidades, enquanto o saber se ativa em mentir assim como em progredir, sem dúvida. Poderíamos dizer que esses diferentes elementos estão dispersos na civilização e que só na psicanálise, na psicanálise pura, esses elementos se ordenam em discurso. (MILLER, 2004)

Como bem aponta Rocha (2007), o profissional da saúde mental, então, é chamado a fazer caber o gozo (a) dentro da norma (S1). O instrumento utilizado para isso é a avaliação que “quantifica” o quanto de gozo está dentro da ordem social e o quanto está de fora. Como essa operação nunca é exata, ou seja, o gozo não consegue se reduzir a um significante, o que

resta são sujeitos excluídos, fora da norma dominante que serão classificados conforme categorias gerais de distúrbios (ou no inglês *disorder* – que se traduz exatamente como desordem) ou transtornos. Os sujeitos são taxados como desadaptados diante do contexto e por isso precisariam de um serviço de psicologia que os trouxessem novamente para o mundo da norma dominante (BROUSSE, 2007).

É nessa conjuntura das avaliações que os protocolos são produzidos, como um instrumento de avaliação técnica que o psicólogo utilizará para atender seus pacientes. Segundo Coutinho (2008), “os saberes acumulados por esses terapeutas são organizados em protocolos (...)” (COUTINHO, 2008, p.5), ou seja, acumula-se um saber prévio sobre os sujeitos, organiza-os em questões protocolares de tal forma que basta ao profissional aplicar o protocolo e determinar se o sujeito tem ou não distúrbios. É claro que, uma vez determinado que aquele indivíduo apresenta-se desadaptado, é preciso intervir para que ele volte a funcionar como o programado. Assim, seguem-se os desfiladeiros dos protocolos, avaliações infundáveis em uma receita de como fazer caber o gozo na norma. Esse trabalho é infundável e é por isso que funciona na lógica capitalista, uma vez que sustenta o mercado da área da saúde que vem crescendo enormemente, estimulando a economia, pesquisas, técnicas, aparelhos. O preço que se paga por isso é uma sociedade inflada de gozo, numa pulsão de morte desenfreada, com o acirramento das comunidades segregadas e medidas cada vez mais drásticas para dar conta do pulsional. Abaixo segue o discurso de mestria que os profissionais da psicologia se põem a trabalhar, que o autor esquematiza a partir da lógica do texto de Brousse (2007):

Figura 7



Fonte: COUTINHO, 2008.

Neste texto – “Em direção a uma nova clínica psicanalítica” – Marie Hélène Brousse analisa cada um dos termos e os lê sob a ótica atual:

- Significante mestre (S1): mercado. Na lógica mercadológica, tudo é intercambiável, é passível de troca, como se houvesse uma medida equivalente para tudo. Isso seria uma

maneira contemporânea do Um se manifestar. O que está como pano de fundo da troca é exatamente o lucro – que sustenta o mercado capitalista –, por isso o que temos hoje são consumidores em potencial, ou os próprios usuários. Se o S1 é o mercado, com certeza não temos mais um mestre e um escravo, e sim consumidores e usuários.

- Saber (S2): procedimentos/protocolos. É aqui que entra o saber científico, como forma de fazer o S1 valer. O dado encontrado pela ciência é transformado em informação de forma essa que possa ser generalizável. Se antes tínhamos a busca da verdade, como esse ponto imutável sobre o qual repousava as questões filosóficas, hoje a ciência transformou essa busca em uma informação que possa ser generalizável, esse é o absoluto científico: transformar um dado numa informação que seja absoluta.

Ao lado de leis mais probabilistas, os protocolos e os procedimentos são regulamentos válidos para toda a ação humana, obedecendo ao objetivo da gestão de massa num mercado global. O saber é hoje totalmente submisso à gestão. (...) O mercado das terapias é regido por esse princípio de gestão e os terapeutas são antes de tudo os gestores da saúde pública, tornada ela mesma um elemento constitutivo da ordem pública. (BROUSSE, 2007, p.2)

- Sujeito (\$): sujeito em rede, horizontalizado e não mais submetido à hierarquia. A informação produzida agora é dispersa de forma aleatória e infinita, sem que se tenha uma organização em sua distribuição. A relação desse sujeito com o simbólico também será modificada a partir dessa nova conjuntura.

- Objeto *a*: as trocas propiciadas pelo mercado viram objeto. Todo objeto produzido é um objeto de consumo, e tudo então passa a entrar nesse tipo de funcionamento e isso já define sua própria utilidade (se é consumível é útil). O útil perde sua ligação com o que é vital. “O objeto de consumo não interpela nossa divisão, estremece-a, e se apresenta como um parceiro silencioso que apagará os traços da castração pela linguagem” (BROUSSE, 2007, p. 5).

Em vista disso, a autora faz um convite aos psicanalistas contemporâneos:

Chegamos a extrair os quatro elementos constituintes do discurso do mestre atual: o “mercado comum”, isto é, a universalidade de um imperativo de troca como novo significante-mestre; o procedimento ou o protocolo como modalidade do “saber”; a rede à medida que vem no lugar do “sujeito”; enfim, uma nova modalidade de gozo ligada ao estatuto de dejetivo tal como ele define o objeto contemporâneo. É no interior dessas coordenadas que a psicanálise, a partir do momento que consente em acompanhar o movimento do real a época, deve pensar as condições e as conseqüências de seu ato e situar sua aplicação à terapêutica. (BROUSSE, 2007, p.1)

As últimas linhas escritas por Brousse, em nossa citação, se apresentam como um convite aos psicanalistas contemporâneos a repensar seus atos e aplicação de sua terapêutica a partir dessa nova conjuntura. Acreditamos, assim como os autores aqui citados, que se faz necessário que o psicanalista tenha uma direção clínica, um manejo para com os novos tipos de sujeitos que chegam para nossos atendimentos. Nossa pesquisa busca afirmar que o psicanalista, frente às demandas de urgência subjetiva, deve poder saber-fazer com seu saber em um ambiente no qual os moldes atuais são da gestão da saúde. A questão persiste: como trabalhar com a psicanálise sem excluir o contexto de gestão? E Brousse mais uma vez nos convoca a trabalhar na questão do inconsciente quando afirma: “Em face disso, a psicanálise responde pela reintrodução do enigma no discurso e pela transformação do dejetivo em efeito de verdade a respeito do que é o objeto da pulsão.” (BROUSSE, 2007, p. 6)

Com essa frase a autora nos dá subsídios para pesquisar o uso do protocolo da pesquisa em urgência subjetiva (PS/HC-UFMG) como orientação na escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro de um hospital geral, e nos orienta na nossa trajetória quando retoma a importância do psicanalista contemporâneo em reintroduzir algo do enigmático no discurso do sujeito, apostando mais uma vez no inconsciente, bem como em acolher esse resto produzido pela nossa sociedade e trabalhar o pulsional do sujeito. Acreditamos aqui que a escuta do psicanalista, mais do que nunca, é de suma importância já que os sujeitos não são mais os mesmos da psicanálise clássica, e sim sujeitos que tem como patologias o imperativo de gozo ligado ao supereu: “goze disso!” (BROUSSE, 2007)

Assim, no próximo capítulo investigaremos de que modo o protocolo da pesquisa de Urgência Subjetiva abre a possibilidade de se fazer um bom uso do protocolo no pronto socorro de um hospital geral, na medida em que busca reintroduzir o enigma no discurso. Para isso, analisaremos seus aspectos teóricos, metodológicos e éticos tomando como base a teoria psicanalítica.

4 CAPÍTULO 3: PROTOCOLO DE URGÊNCIA SUBJETIVA: ASPECTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS E ÉTICOS

Uma vez que o protocolo clínico é um instrumento que tem por base o modo científico de produção de saber, discutimos a teoria da Psicanálise no que se refere à parte da metodologia, da técnica e conseqüentemente trazemos a ética para integrar esta discussão uma vez que quando se está no campo das ciências humanas não se pode apartar a questão ética de uma propedêutica. Esse percurso nos importa na medida em que o protocolo clínico definido pela Gestão da Qualidade do HC-UFMG toma como parâmetro esses quesitos para validá-lo como sendo um documento técnico do hospital.

Após este primeiro momento em que inserimos a especificidade da teoria psicanalítica no seu modo de produção e transmissão do saber, bem como sua técnica, analisamos o protocolo da Pesquisa Multicêntrica em urgência subjetiva do ponto de vista da técnica fundamental da psicanálise – que é a escuta –, de seus subsídios teóricos que nortearam a elaboração das questões contidas no protocolo e seu uso no ambiente hospitalar.

4.1 Pesquisa e técnica em psicanálise, o que está em questão?

A psicanálise traz consigo aspectos peculiares em sua forma de pesquisar e transmitir seu conteúdo. Isso porque a psicanálise se tentar se objetivar para atender a parâmetros científicos perde de foco seu objeto de estudo, o que redundaria num certo dilema na medida em que a própria ciência preza pela verdade. A teoria psicanalítica contorna este problema se valendo de dados subjetivos, e não excluindo esta parte para revelar algo da verdade. Contudo, a verdade para a psicanálise está no singular, sendo ela da ordem de uma verdade singular e não universalizada. Apesar de o saber da psicanálise não abranger o todo com sua verdade, ela produz um efeito na verdade do sujeito, sendo assim o saber psicanalítico é concomitante ao saber do sujeito e com efeito no particular. Dessa forma, trabalhamos num primeiro momento este nuance tão importante para entendermos do que se trata a psicanálise em sua vertente clínica e de pesquisa.

Se a teoria da Psicanálise é um saber que não se transmite previamente à verdade produzida pelo sujeito, a técnica também não pode ser algo delimitado anteriormente. A técnica psicanalítica se traduz muito mais na orientação de uma escuta do que

necessariamente do que uma receita de como fazer. Isso nos exige que trabalhemos sobre a maneira de se orientar pela psicanálise no atendimento e a função do psicanalista em guiar o tratamento. Posteriormente, debatemos o diferencial da técnica analítica para as demais técnicas terapêuticas. E para finalizar trabalhamos as questões do Protocolo da Pesquisa Multicêntrica em urgência subjetiva no que tange aos aspectos teóricos de suas questões e de seu uso já que o diferencial desse protocolo se mostra no potencial de orientação para escuta do sujeito em psicanálise e principalmente no modo como o psicanalista usará desse instrumento, ou seja, o efeito que se pretende com ele.

4.1.1- Pesquisa, tratamento e transmissão: (re)introduzindo o discurso

O protocolo assistencial, como já dissemos anteriormente, é uma ferramenta que se baseia nas produções científicas construídas cotidianamente, e que são da ordem de um saber previamente investigado, para enfim se constituírem em documentos na finalidade de fundamentar e aplicar os protocolos à prática dos profissionais no contexto hospitalar. Relembrando as palavras da GESQUALIS – HC-UFMG, o protocolo assistencial é um “documento que descreve métodos que foram considerados ensaios clínicos ou pelo consenso de especialistas como sendo as mais eficazes na avaliação e/ou tratamento de um paciente que possua determinado sintoma, condição ou diagnóstico ou que descrevem um procedimento específico” (GESQUALIS, 2010).

Ao pensar sobre as produções científicas na psicanálise, que é o campo que nos interessa, elas sempre estiveram num campo à margem em relação à ciência no que se refere à questão metodológica. A teoria psicanalítica nasce exatamente no contexto de divergência entre as metodologias científicas empregadas na época para estudar os fenômenos da ordem psíquica, e a psicanálise acaba por construir uma maneira que tenta aproximar-se melhor de seu objeto de estudo. É importante nos ater brevemente ao momento de ruptura metodológica de sua época, feito por Freud no advento da psicanálise, bem como suas contribuições nesse campo, para que possamos discutir com mais propriedade a questão que o protocolo nos exige.

Freud começa suas atividades investigativas como neurofisiologista através dos sintomas histéricos, que tinham por característica um comprometimento da função orgânica, mas sem nenhum substrato fisiológico evidente que lhe explicasse a causa. Nessa época, para

adentrar mais a respeito do tema da histeria, Freud se aproxima dos estudos da Escola francesa, mais detidamente com o Professor Charcot. A escola francesa era bem respeitada, pois estava a frente de seu tempo, com maior desenvolvimento científico, e utilizava em suas pesquisas o método clínico descritivo. Entretanto, Freud fica entre dois paradigmas nas suas pesquisas científicas: o paradigma metodológico da Escola francesa de Charcot e o da Escola da Alemanha e Áustria – que era onde ele havia se formado –, que seguia a metodologia explicativo fisiológico. Por um tempo anterior ao surgimento da psicanálise, Freud seguiu as investigações de Charcot, bem como adotou seu método descritivo. Este método era largamente utilizado pelos neurologistas e psiquiatras da época, e que também por isso Freud enveredou nesse modo para pesquisar sobre os sintomas histéricos, que eram o grande foco de pesquisa naquele tempo. No período entre 1880 e 1896 houve uma grande mudança na carreira freudiana: ele começa a se deter mais à clínica e deixa de ser somente um pesquisador. Isso é bem importante, uma vez que é nesse período que se dará a guinada no seu método de pesquisa. Na ocasião, Freud tem o conhecimento da técnica da sugestão hipnótica para o tratamento dos sintomas histéricos, que, apesar de não ter explicação científica que a embasasse, tinha um resultado eficaz na supressão dos sintomas. Nessa época, Freud começa a se utilizar da técnica hipnótica e se reaproxima da metodologia da Escola alemã através da parceria com o Dr. Breuer. Aqui, Freud ainda não havia rompido com a influência de seu mestre Charcot, mas começa a se distanciar do método descritivo. Esse distanciamento se refere ao fato de que nesse modelo descritivo não era possível acessar o objeto abordado por Freud e Breuer, que passou a ser os processos psíquicos e não mais os substratos neurais ou cerebrais dos sintomas histéricos, como preconizava Charcot. Nesse ponto é que Freud envereda pela seara dos processos psíquicos e começa, então, a dar um contorno próprio às suas pesquisas clínicas pelo método da sugestão hipnótica, criando assim a psicanálise (ANDERSSON, 2000).

Freud, a partir de então, começa a introduzir elementos da vida pessoal dos pacientes como forma de tentar explicar os sintomas histéricos. O caso publicado por Freud que ilustra bem a passagem desses métodos é o caso Emmy Von N., no qual ele tem um sucesso terapêutico na supressão do sintoma histérico através da hipnose, em que ele interroga a paciente sobre o início do aparecimento dos sintomas que ela apresenta. Nesse momento, Freud introduz a narrativa da história da paciente, que passa então a fazer parte de seu próprio tratamento, bem como o é relatado no caso clínico que Freud publica em 1893. No relato do

caso clínico de Emmy Von N., Freud introduz o discurso da paciente, sendo esse um marco no rompimento com a metodologia da Escola francesa, muito embora ainda sofresse algumas reminiscências no que diz respeito a questões teóricas de Charcot, de quem aos poucos se diferenciaria por completo no que tange à própria etiologia das psiconeuroses (ANDERSSON, 2000).

Já na publicação do caso Dora, cerca de dez anos depois, Freud retoma a discussão que ele introduz no livro *Estudos sobre Histeria* – onde se encontra o caso da Emmy Von N. – e se propõe a formalizar esse novo método de transmissão do caso clínico que teve início na parceria dele com Dr. Breuer. Esse momento de formalização da transmissão da psicanálise foi para Freud incômodo, na medida em que ele teve de informar à comunidade científica o conteúdo de seu trabalho, mas que esse levava inevitavelmente a uma exposição da vida íntima da paciente, uma vez que ele tinha como prerrogativa que os sintomas investigados tinham como pano de fundo a vida psicosssexual. Mas nesse momento, Freud adverte seu comprometimento com a ciência e de sua tarefa em transmitir esse conhecimento, atentando-se, por isso, aos quesitos éticos relativos a esse método, como o de preservação da identidade das pacientes e seus familiares, bem como tudo o mais que o pudesse identificar. Inclusive, esse foi o motivo do atraso na publicação do caso (FREUD, 1905 [1901]/1996).

Recapitulando, esse modo da atuação da psicanálise na produção de ciência e no tratamento clínico rompe com uma linha de pensamento científico da época freudiana. Até então, tínhamos o método psiquiátrico/neurológico de descrever os processos psíquicos, que se baseava predominantemente na descrição dos sintomas. A teoria psicanalítica encontrou um limite epistemológico no que se refere à sua inserção na ciência, na medida em que ela trabalha com um material subjetivo que o método objetivo exclui. Poderíamos dizer que, em virtude dessa trajetória, Freud inova em sua transmissão científica, uma vez que, para explicar os sintomas psíquicos, teve de lançar mão do conteúdo da fala do paciente, para que assim ele pudesse transmitir a psicanálise. Ele precisou não de dados objetivos ou descritivos e sim de introduzir no método de transmissão científica os discursos de seus pacientes.

Relacionemos agora a questão da metodologia da psicanálise com os objetivos do protocolo, que é tentar garantir a avaliação e/ou tratamento através da aquisição de dados, descrição de técnicas e realização de procedimentos. O protocolo assistencial tem como seu alicerce a ciência, que se pauta em dados objetivos que excluem exatamente aquilo de que se ocupa a psicanálise, a saber, a narrativa do sujeito. Retomamos esse ponto para a discussão,

pois se o protocolo assistencial requisita em sua essência uma metodologia consistente, a psicanálise a apresenta, porém reintroduzindo um ponto crucial para nossa atividade científica que é o discurso do paciente. Este é um dado que não nos é prévio e que também não pode ser banido. É por esse motivo que de certo modo a pesquisa e tratamento da psicanálise se diferenciarão das ciências biológicas, de modo que a produção do saber na psicanálise não é anterior ao relato do sujeito sobre seu sintoma; ao contrário, a narrativa do sujeito é um dado fundamental para que se possa fazer a pesquisa e o tratamento. Ou seja, na psicanálise esses dois pontos – pesquisa e tratamento – não são *standards*, nem tampouco regidos por uma hipótese precedente ao tratamento, eles caminham lado a lado. Nisso, Freud vê como uma vantagem a indissociabilidade entre método e tratamento:

Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida um pelo outro. (FREUD, 1912/1996, p. 128)

Nesta afirmativa, Freud aponta que a psicanálise se diferencia positivamente pelo seu método investigativo, pois está profundamente articulado com o tratamento. Isso quer dizer que nesse ponto metodologia e tratamento não são momentos apartados. Mas como alerta Freud nessa citação, isso ocorre até certo ponto. Nobre (1999) nos auxilia a entender sobre o ato de pesquisar e analisar em psicanálise, quando aponta que o analista deve, então, ser no mínimo dois: um que intervém e o outro que teoriza sobre os efeitos dessa intervenção. Isso se dá pelo ponto de tensão entre a pesquisa e o tratamento, uma vez que o saber que rege o discurso do analista não é um saber anterior ao do analisando, e, dessa forma, não cabe aplicar uma intervenção baseada somente numa hipótese prévia, é preciso teorização junto a experiência singular do analisante (NOBRE, 1999). A explicação dada por Nobre nos elucidada sobre o que Freud atenta, de que em certo ponto os dois momentos caminham juntos, mas num dado momento eles se divergem.

Assim, ainda que regido por princípios éticos que o restringem, o método analítico de modo algum terá como ser reduzido à esterilidade de qualquer técnica que se pretenda suficiente para definir o “como fazer” de um ofício. (NOBRE, 1999, p. 40)

O legado desse método freudiano é que ele evidencia a impossibilidade de o saber do analista ou do pesquisador ascender a um lugar de verdade absoluta. Por essa razão não há garantias de um efeito analítico prévio, tampouco a de uma pesquisa isenta dos efeitos da

prática (FIGUEIREDO; NOBRE, VIEIRA, 2010). Em virtude disso, não se pode tentar reduzir o tratamento analítico a uma mera técnica aplicada ou a um método de pesquisa, sendo que para traçar um fio condutor do inconsciente, é necessária uma atitude tanto investigativa quanto clínica em relação ao sujeito do inconsciente.

Portanto, é importante salientar que a metodologia de pesquisa em psicanálise é por sua natureza construída com o sujeito, estando na contramão da tecnociência, que preza cada vez mais por objetividade nos discursos, ou até mesmo pela substituição desses por números e estatísticas – como vimos nos capítulos anteriores. Nossa proposta enquanto pesquisadores na área da psicanálise é de propor o uso de um protocolo que tenha como prerrogativa a inserção da narrativa do sujeito. Esse modelo por nós proposto almeja que o sujeito possa encadear em seu discurso algo de uma verdade própria, dando a ele uma chance de se responsabilizar pelo tratamento que faz, ao invés de ser um objeto de estudos e intervenções científicas e protocolares. Nossa aposta, pautada na psicanálise, é que a fala possa reintroduzir o sujeito num lugar em que ele foi apartado do saber sobre si mesmo.

4.1.2 O diferencial da técnica psicanalítica

Como vimos no item anterior, a sugestão hipnótica foi precursora da história da psicanálise freudiana. Essa foi a primeira técnica empregada por Freud e Breuer para tratar a histeria na área psicanalítica. Com o decorrer das pesquisas sobre as consequências da técnica sugestiva, Freud acaba por abandonar essa técnica e começa a empregar a técnica da associação livre. Ele percebe que a sugestão hipnótica tinha como efeito de desaparecimento do sintoma na histeria, mas que apesar de aplacar os sintomas, a sugestão não atingia o cerne da questão. Pois a paciente tinha que retornar ao médico para ter novamente o efeito sugestivo, e permanecia sem tratar de fato os fatores motivacionais daquele conteúdo recalçado, reaparecendo o sintoma. Além disso, Freud percebe que esse efeito podia inclusive inibir o paciente quanto a seu tratamento, uma vez que o paciente fica à mercê da influência do médico. Neste momento da técnica, Freud separa o que é do campo da psicoterapia – a sugestão – e o que é do campo do que ele nomeia como analítico (FREUD, 1905/1996).

Nossa pesquisa investiga um protocolo que tem como objetivo reintroduzir o discurso do sujeito e se propõe a fazer uma escuta psicanalítica deste discurso. Essa explicação freudiana nos serve bastante para diferenciar a nossa atuação das demais práticas

psicológicas. Com essa divisão entre o campo psicanalítico e psicológico, Freud marca que o objetivo da psicanálise não é erradicar o sintoma, ao contrário, é de que ele é mensageiro de uma questão inconsciente que insiste em obter uma satisfação. Ou seja, ele situa que há uma problemática maior na história do sujeito com a qual este fica embaraçado, encontrando no sintoma um modo de conciliação entre as exigências do inconsciente e da consciência. Não cabe ao analista retirar esse sintoma e exercer sua influência para restabelecer um quadro anterior ao sintoma. Freud encontra na associação livre uma técnica que permite ao sujeito encadear os pensamentos que lhe vierem à cabeça de maneira que possibilita ao analista traçar um fio condutor das leis inconscientes do sujeito em questão. A técnica associativa, além de não deixar todo o poder do tratamento nas mãos do analista, ainda permite que o paciente responda à parte que lhe cabe em seu sofrimento. Freud usa de metáforas que ilustram as diferenças entre o que propõe uma psicoterapia e o que faz uma análise:

Na verdade, há entre a técnica sugestiva e a analítica a maior antítese possível, aquela que o grande Leonardo da Vinci resumiu, com relação às artes, nas fórmulas *per via di porre*, e *per via dilevare*. A pintura, diz Leonardo, trabalha pela *via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via dilevare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *pela via di porre*, não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica, cuja eliminação é sua meta. Por esse caminho de investigação é que ela faz avançar tão significativamente seus conhecimentos. Se abandonei cedo a técnica da sugestão, e com ela a hipnose, foi porque não tinha a esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário, para obter a cura permanente. Em todos os casos graves, vi a sugestão introduzida voltar a desmoronar, e então reaparecia a doença ou um substituto dela. Além disso, censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite por exemplo, identificar a resistência com que os doentes se aferram a sua doença, chegando em função disso, lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida. (FREUD, 1905/1996, p. 247)

Posteriormente, no texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), Lacan retoma essa discussão freudiana sobre a técnica psicanalítica para discutir o fato de que a análise estava se restringindo a uma “reeducação emocional do paciente”. Nesse texto, Lacan aborda a questão do que é ser analista e como isso está diretamente relacionado com a direção do tratamento. A “reeducação emocional” não parte do princípio de compreender a questão do sujeito e de suas demandas, e se limita a responder a estas últimas, tendo apenas o

efeito sugestivo. Lacan vem advertir que as intervenções do analista devem se pautar pela sua posição na transferência.

Lacan vem circunscrever, com essa discussão, o lugar da psicanálise enquanto um campo sobre o sujeito do inconsciente, e não um método pedagógico de lidar com essas questões. A análise tem seus princípios, ainda que não se tratando da perspectiva pedagógica, princípios esses que precisam ser balizados para que ocorra um tratamento psicanalítico. Essa diferenciação entre reeducação emocional do sujeito e uma análise nos permite discriminar nossa posição em relação ao sujeito no que se refere aos demais profissionais, já que – como pontua Lacan – é o analista quem guia o tratamento. Sendo assim, o modo como o analista escuta e responde às demandas do sujeito é o que determinará o objetivo do tratamento.

“Colocarei novamente o analista na berlinda, portanto, na medida em que eu mesmo o sou, para observar que ele é tão menos seguro de sua ação quanto mais está interessado em seu ser” (LACAN, 1958/1998, pp. 593-594). O que Lacan afirma é que quanto mais o analista está preocupado em ser o analista, com o seu próprio ser, menos ele tem chances de atuar de fato como um analista. Ele precisa ocupar o lugar de morto no jogo, com o qual opera sem necessariamente ser, se situando melhor em sua falta-a-ser. Ser analista está, na realidade, mais articulado ao lugar que o analisante colocará o analista na transferência. Por este motivo Lacan aponta que o norteador da transferência não seja o discurso de mestria, e que se deve saber operar com o poder inerente à transferência no nível do significante.

Essa posição, contudo, tem um efeito de sugestão sobre o sujeito. Nessa relação entre a sugestão e a transferência, o ponto de diferença está na posição do analista em relação a como proceder com o sujeito que lhe demanda. Segundo Lacan, a transferência é uma sugestão, porém nem toda sugestão é transferência. Isso se dá pelo fato de que a transferência é uma demanda de amor, logo as sugestões feitas sob transferência têm um poder maior que uma sugestão sem esse contexto. Além disso, ainda existe a diferença entre uma intervenção pautada pelo manejo da transferência e uma intervenção pautada na posição de mestria do analista em relação ao analisante. No caso da análise propriamente dita, a sugestão feita sob transferência leva em conta a dimensão da posição do sujeito em relação a sua demanda de ter o amor, e é isso que norteia as intervenções. Quando não se leva em conta o manejo da transferência, incorre-se no perigo de responder à demanda de amor do paciente ao invés de operar na responsabilização do sujeito por sua demanda (LACAN, 1958/1998).

Quer se pretenda frustradora ou gratificante, toda resposta à demanda na análise conduz a transferência à sugestão.

Há entre transferência e sugestão – essa é a descoberta de Freud – uma relação: é que a transferência também é uma sugestão, porém uma sugestão que só se exerce a partir da demanda de amor, que não é demanda de nenhuma necessidade. O fato de essa demanda só se constituir como tal na medida em que o sujeito é sujeito do significante, eis o que permite utilizá-la mal, reduzindo-se às necessidades das quais esses significantes são tomados de empréstimos, coisa que os psicanalistas como vemos, não deixam de fazer. (LACAN, 1958/1998, p.641)

A transferência, então, vai além da simples sugestão, na medida em que ela vai de encontro com a demanda do sujeito, que tem origem tão unicamente na questão do seu desejo. O intuito desse texto lacaniano é demarcar o caminho pelo qual o sujeito deve ser conduzido no tratamento, que se refere à posição de desejante. Ou seja, que o sujeito se reconheça nesse lugar de um vazio de seu ser, onde o seu desejo é na realidade o desejo do Outro. Nas palavras de Lacan:

Articulemos, entretanto, o que estrutura o desejo.

O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, trás à luz a falta a ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta” (LACAN, 1958/1998, p. 633)

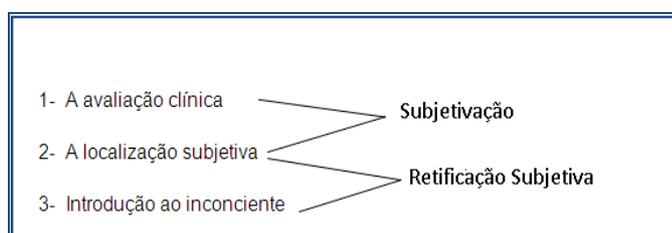
O manejo da transferência inclui também a dimensão ética do analista. Este último deve assumir a responsabilidade no que se refere ao seu desejo de ser analista. Assim, ser analista tem um preço, se trata da ética do desejo. Como disse Lacan: “Cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em seu vértice a questão do desejo do analista” (LACAN, 1958/1998 p. 621).

Nesse sentido, Miller (1987/1997) em seu texto sobre *Discurso do método psicanalítico* afirma que, para além de uma questão técnica, há, essencialmente, uma questão ética quando se trata de se endereçar ao sujeito. E, a partir dessa questão muito mais ética do que técnica, Miller se propõe a sistematizar alguns pontos que Lacan deixa em aberto em *A direção do tratamento*. Primeiramente, Miller esclarece o terreno da demanda do paciente que, via de regra, já procura uma análise com uma autoavaliação de seu problema e demanda do analista um consentimento dessa autoavaliação. Aqui independente de consentir ou não, o analista já insere aí algo de um ato analítico, porque implica necessariamente uma responsabilização do analista frente a sua atitude de aceitação da demanda. Nesse ponto, “entre a cruz e a espada”, o psicanalista se serve das entrevistas preliminares, ou seja, faz com que essa resposta seja adiada, para que somente após esse meio tempo, possamos autorizar e

avaliar essa demanda do paciente. Antes disso, há que se entender melhor do que se trata esse pedido, procurar as articulações que o sujeito estabelece com a demanda, o que há por trás dessa demanda. Veremos mais adiante que a demanda do sujeito é uma demanda de gozo que convoca o analista para ser seu cúmplice. Além disso, as entrevistas preliminares não têm uma duração objetiva, mas, na realidade, um alvo específico – *esclarecer de onde partiu a demanda do sujeito e do que se trata minimamente a questão*. A esse respeito, Freud inclusive compara a entrada em análise a um jogo de xadrez, em que o mais importante é para onde saem as peças, é esse o momento que temos a noção de todo o desenrolar da trama e os possíveis desfechos. Por esses motivos, as entrevistas preliminares não podem se adequar a uma técnica; muito mais se aproveita escutando a lógica inconsciente. Para isso é necessário o emprego de uma escuta. Poderíamos, então, dizer que a técnica em questão é a escuta (MILLER, 1987/1997).

No que se refere à técnica da escuta, Miller nos direciona em relação ao que deve estar em pauta no momento de escutar uma demanda nesses momentos iniciais, que seriam:

Figura 8



Fonte: MILLER, 1987/1997.

1) Avaliação Clínica: “um efeito de direção do tratamento” (MILLER, 1987/1997, p. 225). Neste momento se trata do diagnóstico. Onde possa ser possível antever algo da estrutura clínica do sujeito, a saber: neurose, psicose e perversão. O sujeito do inconsciente não pode ter mais de uma estrutura, o modo como o sujeito adentra na linguagem não dá espaço para várias maneiras, é um sistema binário onde ou ele está dentro ou fora da linguagem. Se há elementos para mais de uma estrutura, quer dizer então que a questão diagnóstica não está fechada. Para que tanto o diagnóstico estrutural quanto a própria análise seja possível, é necessário que não haja um saber prévio sobre o sujeito, é a função operativa da ignorância:

A partir de tal posição, o analista pode fazer entender que não sabe com antecedência o que o paciente quer dizer e até supõe que ele queira dizer outra coisa,

pois a suposição do saber não se vincula ao saber constituído – mas o vínculo é com a suposta ignorância. (MILLER, 1987/1997)

2) A localização subjetiva: o que é importante é a narração dos fatos pelo sujeito, independente do que é verídico ou não. Estamos à espreita do sujeito do inconsciente e, por isso, precisamos adentrar ao campo do dito, no campo do significado. O campo do dito se refere à narração que o sujeito faz dos fatos dele, e é esse ponto que precisa ser escandido para o paciente: a dimensão do fato e a dimensão do dito. Isso porque trabalharemos com a questão do discurso do paciente, com aquilo que ele diz, ou seja, do significado que ele atribui aos fatos. Até aqui, temos ainda uma interface com a avaliação clínica, pois estamos no nível da subjetivação da demanda pelo sujeito. É preciso que o paciente perceba seu pedido de análise como sendo da ordem de uma demanda própria, muito mais na ordem de uma reivindicação. Ao escandir essa questão, vai-se de encontro com a localização subjetiva, que é “questionar a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos: e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a própria enunciação – categoria buscada em Jakobson por Lacan – lugar em que está o enunciante frente ao enunciado” (MILLER, 1987/1997, p. 236). Esse ponto que Miller aborda diz respeito a colocar o sujeito de frente com aquilo que ele enuncia, aquilo que o faz interpretar as situações de tal modo, posicionar o sujeito frente a seu discurso. Começa a aparecer aqui um ponto de retificação, em que o sujeito pode iniciar uma responsabilização por aquilo que ele enuncia.

3) Introdução ao inconsciente: diferentemente do ponto anterior, em que se inicia uma distinção entre o enunciado e a enunciação, em que o sujeito pode começar a reconhecer o que é dele no discurso, aqui há um trabalho no sentido de se responsabilizar pela sua demanda. Em outras palavras, é responder pela parte que lhe cabe em seu discurso que diz respeito ao desejo do Outro e assim poder adentrar ao campo da enunciação propriamente dito, lugar do inconsciente. Nas palavras de Miller:

Assim, localizar o sujeito consiste em fazer aparecer a caixa vazia onde se inscrevem as variações da posição subjetiva. É por entre parênteses o que o sujeito diz, e fazer com que ele perceba que toma diferentes posições modalizadas para com seu dito. (...)

Que é o sujeito? É essa caixa vazia, o lugar vazio onde se inscrevem as modalizações, que encarna o lugar de sua própria ignorância, e também o fato de que a modalidade fundamental que deve surgir, através de todas as variações, é a seguinte: “Eu (o paciente) não sei o que digo”. E, nesse sentido, o lugar da enunciação é o próprio lugar do inconsciente. (MILLER, 1987/1997, p. 247)

O texto do Miller esclarece para o analista do que se trata a escuta do sujeito do inconsciente através da noção do sujeito do enunciado e da enunciação, ou também entre o dito e o dizer. Sobre esse aspecto, Soler (1998) afirma que o enunciado está no campo da significação, da parte consciente; já a enunciação se apresenta por meio de uma questão, de uma dúvida basal do sujeito em relação ao desejo do Outro, bem como sobre seu próprio ser. Assim, o ensinamento do Miller sobre as entrevistas preliminares é principalmente o fato de que o mais importante de se escutar não está no que foi dito, e sim na parte não dita, que não se deixa dizer, é na enunciação. No caminho da enunciação é que o sujeito pode ir em direção à localização de sua questão subjetiva e a partir de então se retificar quanto a sua questão inconsciente.

Dessa forma, a noção sobre o dito e o dizer nos ajuda a pensar na prática do psicanalista no contexto hospitalar, uma vez que para realizar a escuta do sujeito temos que saber que os significantes ofertados a esses pacientes (depressivo, ansioso) ou até mesmo ditos por eles próprios, não encerram a questão e não fazem emergir realmente o sofrimento deles. Ao contrário, pode suturar suas questões ao encerrar no sujeito uma nomeação, e mais uma vez aliená-los ao campo do Outro. É preciso apostar que o sujeito possa localizar sua questão, possibilitando para isso que ele associe suas falas e produza a partir delas um saber sobre seu inconsciente, algo de sua enunciação como sujeito. A posição do analista, então, é o de testemunhar o inconsciente, com base em sua escuta.

No próximo item, discutiremos sobre a interface entre os três níveis da prática discutidos por Miller e o protocolo em urgência subjetiva.

4.1.3 A construção de um saber subjetivo na urgência: proposições do protocolo de pesquisa

Neste item, pretendemos retomar alguns aspectos da urgência subjetiva e a experiência da pesquisadora Inés Sotelo, no que se refere ao trabalho e investigação da clínica em urgência subjetiva num hospital geral. Isso porque, para nós, esse campo se mostra como uma referência na psicanálise aplicada à urgência, e nos permite dialogar com a nossa pesquisa que é sobre como o uso desse protocolo da pesquisa em urgência subjetiva pode influenciar na orientação da escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente num pronto socorro de um hospital geral.

Sotello (2006) nos relata as questões que, hoje, para ela, são norteadoras de sua prática clínica no serviço de urgência num hospital. São elas:

- a) Existe lugar para o analista no acolhimento e nas urgências? Que consequência tem sua presença ali?
- b) Como pensar a dimensão do tempo?
- c) Como se apresenta o sintoma no início? Entendendo a acolhimento como um dos lugares de início.
- d) Que particularidades há num acolhimento e nas admissões?
- e) Por que pensar o sintoma como um efeito de discurso?
- f) Em que coordenadas a urgência, que se apresenta no acolhimento, pode transformar-se em urgência subjetiva? (SOTELO, 2006)

A partir dessas perguntas, Sotelo começou a esboçar um trabalho e ao mesmo tempo uma elaboração teórica embasada na psicanálise, tanto sobre a questão da prática psicanalítica num contexto médico, bem como um arcabouço teórico que lhe permitisse endossar suas intervenções. Sobre isso Sotelo (2006) afirma, primeiramente, que é necessário analisar o contexto antes de intervir na demanda de urgência: saber de quem é essa urgência (paciente, familiar, médico); qual é a conjuntura desencadeante do processo de urgência – já que, para se dirigir a um serviço de tal magnitude, alguma coisa se tornou insuportável para quem demandou a intervenção.

Outro ponto a ser mencionado é sobre a demanda, uma vez que a forma como se dará o recebimento e interpretação dessa colocarão no horizonte diferentes encaminhamentos. Neste momento, a compreensão da demanda passa pelo conceito de ser humano, como por exemplo, no discurso da medicina a demanda de um sintoma é um problema a ser resolvido, que após intervenções específicas, se restabeleça as condições de homeostase orgânica. A noção da psicanálise no que tange a demanda, sintoma e tratamento da urgência psíquica não são correlatas à noção do discurso médico. Como psicanalistas, pensamos numa noção de ruptura, assim como no campo da medicina, porém essa ruptura diz respeito ao sujeito na sua produção de saber subjetivo. Na visão do psicanalista, quando um sujeito adentra no campo da urgência subjetiva, é quando ele se depara com um ponto de real, no qual rompe com a cadeia simbólica e o sujeito lança mão de respostas danosas para si e para os demais. Ou seja, no que tange ao sofrimento psíquico do sujeito, existem discursos e posições diferentes (médicos, psicológicos, psicanalíticos entre outros), e no caso do analista na urgência, ele

introduz uma lógica diferente, que é a lógica do sujeito do inconsciente.

Mesmo que falemos de psicanalistas, há especificidades quando se trata de um analista no contexto de urgência hospitalar. Uma das distinções é que o analista no hospital não trabalha com a interpretação, já que na urgência ainda não existe a instauração do lugar do Sujeito Suposto Saber, e a intervenção é anterior a esse nível. O analista se limita, por isso, a atuar como nas entrevistas preliminares, o que não é pouco, uma vez que o diagnóstico não se produz sem a narração do sujeito sobre os fenômenos. É exatamente o que o sujeito relata sobre os fatos que nos possibilita traçar uma estrutura diagnóstica, ao contrário do diagnóstico psiquiátrico. Segundo Sotelo (2006), o que está em jogo na psiquiatria é uma fenomenologia do sintoma ligada a uma classificação prévia. Essa divergência no tratamento da narrativa do sujeito entre a psicanálise e a psiquiatria é que faz com que a primeira não esteja presa nos protocolos descritivos, e possibilite que o sujeito possa inserir sua singularidade no tratamento.

O sujeito será localizado a partir dos ditos; se pôr a dizer do padecimento do sujeito, do sofrimento insuportável que o conduz ao serviço de acolhimento, o permitirá ler de uma maneira particular o que acontece, e localizar o sujeito em questão pela via da pergunta: que posição tem o paciente em relação ao seu sintoma? O que permite uma primeira localização da posição do sujeito no real.

Miller toma como introdução ao inconsciente, referindo-se à transformação da pessoa que veio, em um sujeito que guarda certa distância entre o dito e o dizer.

Para que o sujeito possa concluir sobre a verdade que o sintoma implica, para que possa se encontrar com o que o sintoma solucionava em termos do modo de gozar, para que o sujeito encontre o modo de circundar esse gozo e de saber fazer com seu sintoma, será necessário o tempo de compreender, onde algo da verdade, não toda, emerja.

O analista na urgência, além de poder se ocupar em realizar ou prover intervenções ou procedimentos eficazes e imediatos, sustenta a aposta com o compromisso do sujeito com seu sofrimento, que possibilite que em um segundo momento a anormalidade que o trouxe à consulta, possa se transformar num trabalho analítico. Dirigir à cura sem dirigir ao paciente, ainda que essas intervenções iniciais tenham tal aparência: medicar, internar, indicar..., funcionam muitas vezes como o facilitador da palavra em que o sujeito possa se representar. (SOTELO, 2006, p. 105, tradução nossa)³⁸

³⁸El sujeto será localizado a partir de los dichos; poner a decir el padecimiento del sujeto, el sufrimiento insuportable que lo condujo a la guardia, permitirá leer de una manera particular lo que acontece, y localizar el sujeto en cuestión por la vía de la pregunta: ¿qué posición tiene el paciente en relación a su síntoma? Lo cual permite una primera localización de la posición del sujeto en lo real.

Miller toma como introducción al consciente, refiriéndose a la transformación de la persona que vino, en un sujeto que guarda cierta distancia entre el dicho y el decir.

Para que el sujeto pueda concluir acerca de la verdad que el síntoma conlleva, para que pueda encontrarse con lo que el síntoma soluciona en términos de modo de gozar, para que el sujeto encuentre el modo de acotar ese goce y de saber hacer con su síntoma, será necesario el tiempo de comprender, donde algo de la verdad, no toda, emerja.

El analista en urgencia, más allá de que pueda ocuparse de realizar o derivar para intervenciones o procedimientos eficaces e inmediatos, sostiene la apuesta el compromiso del sujeto con su padecimiento que

Sotelo propõe, então, o trabalho na urgência a partir de duas perspectivas: a dos três tempos lógicos, proposto por Lacan, introduzindo o tempo de compreender como um intervalo nessa urgência do instante de ver e o momento de concluir; e da localização e retificação subjetiva, a partir do texto do Miller *Introdução ao método psicanalítico*. O tratamento da urgência subjetiva permite um tempo de pausa na resolução objetiva da urgência, para que o sujeito faça um intervalo entre o ato e possa falar disso, de modo que ele articule em sua fala algo do seu modo de gozo e construir um saber sobre si. O psicanalista na urgência deve apostar no pacto do sujeito com seu sofrimento para que o possibilite engendrar palavras onde há somente atos que urgem (SOTELO, 2006).

Esse percurso da Inés Sotelo, juntamente com o Guillermo Belaga com a clínica na urgência subjetiva se expandiu para além da Universidade de Buenos Aires, e estabeleceu em 2007 uma parceria junto à Universidade Federal de Minas Gerais, no Hospital das Clínicas da UFMG na Unidade do Pronto Socorro. Essa parceria se deu em função de uma afinidade de trabalho e de pesquisas no campo da Urgência Subjetiva³⁹. Com a continuidade dessa parceria, o PS/HC-UFMG foi convidado para participar da pesquisa Multicêntrica que teve como objetivo “investigar a problemática da urgência na clínica, assim como a população com perturbações psíquicas que recorre aos serviços de urgência, os quais nos possibilitem traçar estratégias de tratamento eficazes e atuais” (MACEDO; PIMENTA, 2010, p. 2).

Para a realização dessa pesquisa foi necessário a elaboração, tradução e aplicação de um protocolo que possibilitasse colher os dados propostos. Porém os pesquisadores da pesquisa, advertidos da problemática que envolve o protocolo, propõem um outro uso em sua implementação. Como bem pontua a psicanalista, e pesquisadora responsável pela pesquisa no PS/HC-UFMG, Lucíola Macedo, no Relatório de Pesquisa do HC-UFMG, o protocolo funciona como um instrumento de normalização e massificação do sujeito nas categorias descritivas e classificatórias, a serviço de uma suposta verdade científica presente nos dados. Entretanto, o uso do protocolo de pesquisa em urgência subjetiva na rotina do serviço pelos pesquisadores da área da psicanálise possibilitou a subversão da finalidade protocolar, através da inserção da singularidade do sujeito, que, ao invés de se converter em mais dados

posibilite que en un segundo tiempo la a-normalidad que lo trajo a la consulta, pueda transformarse en trabajo analítico. Dirigir la cura sin dirigir al paciente, aunque esas intervenciones iniciales tengan real apariencia: medicar, internar, indicar..., funcionan muchas veces como el facilitador de la palabra en la que el sujeto pueda representar-se.

³⁹Discussão realizada mais detalhadamente no Capítulo 1 desta dissertação.

numéricos, fez presentificar a narrativa do sujeito (MACEDO, 2009).

Nota sobre a dispersão e o dispositivo: através da participação na pesquisa, da tradução e aplicação de um protocolo, e da consolidação de um dispositivo de admissão à urgência, descobriu-se a possibilidade de subverter a função usual do protocolo e dos dispositivos. Operá-los não ao serviço da cifra, da normalização, da homogeneização, ou adaptação, mas a serviço daquilo que faz desconsistir o próprio protocolo, seguindo a via do que há de singular naquilo que irrompe e excede, naquilo que do sujeito, se furta à programação (MACEDO, 2009, p. 10).

Assim, as questões do protocolo de pesquisa em urgência subjetiva não têm a intenção de oferecer significantes aos pacientes, o que impediria o próprio objetivo da pesquisa. Por isso, a oferta de uma pausa para falar do sofrimento que urge introduz um momento para o sujeito se compreender. Neste sentido, o protocolo da pesquisa baseia-se em marcos da fala do paciente, facilitada pelo analista na oferta da escuta. O que permite que o analista faça uma escuta diferenciada dos demais profissionais reside nos três níveis apontados por Miller (2008), no texto *Introdução ao método psicanalítico*, texto esse que foi referência na condução da urgência subjetiva descrita por Sotelo (2006). Eles estão dispostos no item C – Contexto Subjetivo do protocolo da pesquisa, como apresenta o recorte abaixo:

Figura 9

<ul style="list-style-type: none">• C - CONTEXTO SUBJETIVO	
1 - Como chega à consulta: () Acompanhado por: () Desacompanhado	4- Formula hipóteses sobre causa de seus sintomas: () Não () Sim, com dificuldade () Sim, com facilidade () Observações:
2 - Relata o acontecido: () Não () Sim, com dificuldade () Sim, com facilidade () Observações:	5- Motivo da Consulta:
3 -Localiza acontecimento ligado ao aparecimento da urgência: () Não () Sim, com dificuldade () Sim, com facilidade () Observações:	

Fonte: Protocolo de Pesquisa em Urgência Subjetiva, 2008

O protocolo da pesquisa, então, produziu a abertura de um espaço para o singular do

sujeito, a partir do sofrimento, através da reintrodução do discurso. No intuito de que o protocolo possa obter tal finalidade, é de fundamental importância que ele funcione muito mais como um convite à inserção do discurso no âmbito hospitalar – principalmente num pronto socorro – ao invés de banir o singular, como pretendem os protocolos em geral. O caso 3 ilustra a condução de uma urgência subjetiva, por parte da analista do Pronto Socorro PS/HC-UFMG, em que o protocolo serviu de baliza na escuta analítica.

Caso 03:

O médico requisita auxílio psicológico, pois sua paciente Ana⁴⁰ quer assinar a guia de alta independente de seu parecer. Ao atender Ana, ela já chega coma frase pronta: “Eu vou embora e você não vai me impedir!”. Intervenho dizendo que não estava ali para fazê-la ficar ou sair, mas sim saber o que está insuportável para ela no hospital. Ana aos poucos começa a contar o que está acontecendo: quer ir embora, pois no hospital fazem o mesmo controle de diabetes que ela faz em casa só que a querem segurar para conseguir fazer o exame mais rápido. Ela conta que eles dizem a ela que se for embora vai morrer, porque diabetes mata se não controlar. Questiono o que ela localiza como seu sofrimento na fala do médico, ao que ela demarca ser o fato de falar que ela vai morrer porque não controla sua diabetes. Peço a ela que associe isso com algo da vida dela. Ana relembra que sua mãe também morreu de diabetes e a deixou ainda criança, sua mãe também não fazia muito controle da doença. Ana revela que quando tinha 16 anos descobriu ter a mesma doença materna, mas que naquela época – adolescente – queria era aproveitar e não se tratava. Os irmãos começaram a falar que ela iria morrer como a mãe, porém isso ainda não fazia sentido para Ana. Até que então aos 20 anos Ana engravida, e fala que foi neste momento que ela sentiu o peso das palavras dos irmãos: morrer como a mãe é deixar um filho como ela. Ana começa a fazer o tratamento de diabetes junto com o pré-natal e desde então (há dois anos) fazia o controle rígido, pois queria que seu filho tivesse um destino diferente do dela. Remeto novamente à fala do médico e pergunto o que há de subjetivo, o que há dela nessa situação. Ana associa que se trata de uma repetição da fala dos irmãos, de algo que ela fazia, mas que já não faz mais. E remeto mais uma vez, então, quais os motivos que ela dava para que os outros acabassem proferindo

⁴⁰ Os nomes dos pacientes são todos fictícios.

essa “sentença” para ela. Ana fica em silêncio por um tempo, fala sobre seus erros, que sabe que foi errada na adolescência, que amadureceu, mas que ela dá motivos para que os outros achem que ela toma decisões sem pensar, pelo fato de imediatamente querer assinar a alta. Ana consegue falar, localizar e se retificar frente sua relação com o Outro, onde ela se joga para se fazer sentenciada. Marco esse ponto para ela e pergunto o que ela fará com isso, ela encerra a sessão dizendo querer conversar com o médico para tratarem sobre o que fazer com o exame.

No caso de Ana, podemos perceber os níveis propostos por Miller, assim como a pausa para o momento de compreender, proposto por Lacan. A primeira intervenção da analista foi de fazer uma escansão entre o fato de ter ou não a alta hospitalar. A analista se furta a essa posição de decisão ou de convencimento e questiona a paciente sobre o que há de insuportável na internação para que ela tenha tomado a decisão de ir embora. Esse primeiro momento oferta à paciente um retorno à cadeia significativa e uma produção de sentido sobre sua urgência subjetiva, uma vez que a paciente consegue situar quais são as questões subjetivas que lhe dizem respeito – este é o momento que Ana consegue localizar sua questão subjetiva. Ana sai da pura reivindicação para uma localização subjetiva, já que se coloca como pertencente a essa trama que ela vivenciava, situada num momento anterior de suas relações familiares, ao invés de ficar numa posição de vítima diante do médico. Vemos aí que Ana começa a se incluir no conflito que ela relata vir do Outro, e quando questionada pela analista sobre qual a participação dela na trama (isto é, na sentença de morte que todos proferem para ela) dá um passo a frente na direção da retificação subjetiva. Isso acontece quando Ana se percebe dando motivos para que os outros achem que ela está agindo sem pensar. Nesse ponto, a urgência subjetiva se encerra com o desfecho de que Ana agora estava advertida que era preciso um reposicionamento na sua relação com o Outro, de modo que não se colocasse no lugar de morta.

Este caso nos demonstra que, como foi abordado no item anterior, não podemos nos ater somente ao campo do dito, na medida em que estes e relaciona com o discurso da consciência, e não do sujeito do inconsciente. É preciso adentrar no campo do dizer, da enunciação para que o sujeito possa esboçar aí sua questão. Um analista no contexto da urgência subjetiva, orientado pela escuta que esse protocolo oferece, aposta na construção do saber do sujeito sobre um ponto de sofrimento singular, sem que para isso o analista precise se valer de dados objetivos que segreguem o sujeito.

4.2 Protocolo de urgência subjetiva e seu uso na escuta

Uma vez que o protocolo da Pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva teve efeito para além do esperado – como bem citou Macedo (2009) –, pois atuou como norteador da conduta clínica do analista, o protocolo não serviu apenas para coletar dados, mas principalmente para traçar um fio condutor no trabalho da urgência subjetiva. Mesmo a pesquisa tendo sido encerrada, seus dados colhidos, trabalhados, publicados e tendo cumprido com seus objetivos, o trabalho do analista com a urgência subjetiva no pronto socorro permanece. Sendo assim, o protocolo da pesquisa – mais detidamente o item C – Contexto Subjetivo – continua sendo uma orientação na escuta clínica para esse contexto hospitalar. Essa propriedade clínica do protocolo de pesquisa viabiliza seu uso no âmbito assistencial, tornando-se, portanto, um protocolo clínico.

A metodologia do caso clínico desenvolvida por Antônio Teixeira (2010), em seu livro *Metodologia em Ato*, nos permite pensar a transposição do protocolo de pesquisa para protocolo clínico. O autor aponta que a metodologia da construção do caso clínico possibilita uma *avaliação qualitativa quanto a efetividade da resposta clínica*, permitindo a equipe uma direção no tratamento. Ao avaliar qualitativamente a resposta clínica, o foco passa a ser o entendimento do caso por parte da equipe, de modo que os impasses ocorridos no caso sejam tomados não como insucessos, mas como uma possibilidade de avanço na clínica do singular. A noção do impasse como avanço subverte a ideia de que uma dificuldade no tratamento se refere necessariamente à deficiência técnica ou de dados não coletados. Ao contrário, o impasse é visto como inerente ao caso clínico, uma vez que o singular é o entrave à generalização do tratamento. O caso particular permite o advento de um saber novo, em que o saber prévio não ascende ao lugar de operador clínico e o que passa a orientar o caso não é o acúmulo de saberes e sim a escuta e construção do particular do sujeito em questão (TEIXEIRA, 2010).

Essa concepção apontada por Teixeira (2010) permite fazer um uso do protocolo no qual a dimensão clínica seja colocada em evidência. A efetividade do protocolo de urgência subjetiva não está pautada pela quantidade de dados e/ou de técnicas nele presentes, e sim na qualidade da resposta do psicanalista. O operador clínico do protocolo é o singular do caso, e para tanto se torna imprescindível a escuta da narrativa do sujeito. Dessa forma, as questões

presentes no protocolo não avaliam o paciente em si, e sim a escuta do psicanalista no que se refere ao singular do sujeito e o direcionamento clínico a ser seguido a partir dessa dimensão. É, portanto, a noção do singular que insere um novo saber e conduz o psicanalista nas suas decisões clínicas.

Neste ponto do singular do caso clínico, Teixeira (2010) nos auxilia a operar com o uso do protocolo, na medida em que ele propõe primeiramente analisar os dados a partir da percepção diagnóstica, o saber que conduz os casos. Para isso devemos nos questionar qual a concepção que embasa o entendimento da doença, a saber:

- Político ideológico: este discurso gera práticas normativas e de gestão burocrática, criando um assistencialismo igualitário (a noção de usuário do sistema, onde todos são iguais em direitos e deveres);

- Médico-psiquiátrico: fundamentado nos moldes estatísticos dos manuais classificatórios, que tem como discurso uma desordem do sujeito em relação à “normalidade”;

- Terapêutico: a intervenção no sujeito. Entretanto, essa intervenção deve estar consoante com o discurso psicanalítico para que possa colher os frutos terapêuticos que a prática psicanalítica oferece.

Com esse elenco de discursos, Teixeira (2010) demonstra que há várias formas de análise dos dados coletados diante do que encontramos nos casos clínicos, pautados numa determinada visão e que isso irá influir diretamente no desenrolar da trajetória do caso. Antes de se ater ao que é melhor ou pior, a questão é de *pensar qual é o efeito esperado*. No caso do protocolo em urgência subjetiva, o efeito esperado é um efeito no sujeito – a partir da psicanálise.

A atuação da psicanálise não pretende ser um discurso de mestria ou de acirramento com os demais pontos de vista de um tratamento, mas de permitir a circulação dos discursos e articular saberes com a finalidade de fazer com que o singular do caso apareça para a construção de um novo saber e novas estratégias de abordagem do caso. Já que a atuação do psicanalista na urgência subjetiva encontra congruência com esse modo de funcionar, os operadores na condução clínica também devem ser os mesmos: *a autoridade clínica do caso e não os imperativos do planejamento e gestão; o esvaziamento de um saber prévio das classificações diagnósticas, para dar lugar ao saber clínico cujas produções subjetivas sejam consideradas; a transmissão lógica do funcionamento do caso a todos da equipe para evitar que o saber prévio seja o operador clínico do caso.* É a partir desses operadores clínicos que

o psicanalista deve usar o protocolo, o que significa viabilizar a escuta da narrativa do sujeito, e a partir disso intervir no tratamento da urgência subjetiva. Sendo assim, o diferencial que o protocolo de urgência subjetiva traz em seu cerne não é a quantidade de dados e definições técnicas, e sim o uso que se faz desse protocolo, no sentido de esvaziar o saber prévio e classificatório para deixar que o singular norteie a intervenção do psicanalista. A escuta do psicanalista, portanto, só poderá ser orientada pelo protocolo na medida em que ela for despida do pressuposto de que um saber científico prévio abarcará toda a dimensão do tratamento, e então dar lugar à escuta do particular do sujeito.

Um segundo e último ponto para se abordar é com relação à parte prática e técnica do protocolo em urgência subjetiva. O que nos aparece como sendo norteador da escuta clínica do psicanalista no contexto de urgência é o que Miller esquematiza como sendo a avaliação clínica, a localização subjetiva e a retificação subjetiva. Pois, nesses três níveis, o que está em questão é permitir ao sujeito adentrar no campo da enunciação, que é onde algo de posição como sujeito desejante pode aparecer via uma dúvida basal sobre quem ele é e sobre sua relação com o Outro. O analista, tendo isso como direção de sua escuta, não irá coletar dados, mas favorecer para o sujeito a construção de um saber sobre sua posição diante da situação. Ao preencher o protocolo em urgência subjetiva, após o atendimento, o psicanalista poderá avaliar não o sujeito em relação aos saberes prévios e sim a escuta dele mesmo enquanto analista, isto é, a noção do impasse como operador de mudança, como sugere Teixeira (2010).

Em virtude do que foi trabalhado ao longo deste último capítulo, nossa investigação identificou que o modo pelo qual o uso do protocolo da pesquisa em urgência subjetiva orienta a escuta do psicanalista em relação ao sujeito do inconsciente no pronto socorro de um hospital geral se dá pela re-inserção da narrativa do sujeito. Se os métodos objetivos tentam banir o discurso do sujeito, a psicanálise vai na direção oposta, no sentido de “fazer aparecer a caixa vazia onde se inscrevem as variações da posição subjetiva. É como pôr entre parênteses o que o sujeito diz, e fazer com que ele perceba que toma diferentes posições modalizadas para com seu dito”(MILLER, 1987/1997, p. 247). O princípio norteador que Miller aponta nesta citação é a localização do sujeito em relação ao seu discurso, guiar o paciente na direção da enunciação, em que algo da responsabilização do sujeito naquilo que ele sofre possa advir. Esses dois pontos – da narrativa e dos níveis da prática psicanalítica – nos parecem ser o que viabiliza de um novo uso do protocolo, o de guiar o analista na direção da escuta em relação ao sujeito do inconsciente, sem que para isso ele tenha que lançar mão de dados estritamente

objetivos.

Sendo assim, percebemos que há ainda uma questão ética que se refere a *ser analista* e sustentar essa posição, pagar o preço – como diz Lacan. Por isso, não se trata somente de uma técnica, há uma dimensão ética quando se trata de uma responsabilização da posição de analista, perante a dimensão do poder inerente ao *setting* analítico. Trabalharemos isso no próximo item, uma vez que não vemos uma maneira de nos desvencilhar da dimensão ética quando se trata de se dirigir ao sujeito, como nos alertou Miller (1987/1997).

4.3 A ética da psicanálise e o ambiente hospitalar

Nosso objeto de estudo ao longo da dissertação foi o uso do protocolo, que é um documento do hospital, pautado por metodologias científicas e tendo em seu conteúdo a técnica de como fazer um procedimento específico, de maneira mais eficaz ao tratamento de determinado sintoma. Com relação a esses aspectos, apresentamos ao longo do texto qual a nossa posição para com o protocolo baseada na teoria psicanalítica, e como seria possível usá-lo, tendo subsídio a intervenção psicanalítica. E em vários momentos, principalmente quando discutimos sobre a técnica, pontuamos que não podemos falar de técnica na psicanálise sem falar de ética, como nos explica Miller:

Não há um único ponto técnico em análise não vinculado à questão ética; é apenas para comodidade de exposição que distinguimos entre as duas: trata-se apenas da maneira de expor. Na análise, contudo, as questões técnicas são éticas, por um motivo muito preciso: nela nos dirigimos ao sujeito. A categoria do sujeito não é técnica, e sim, ética. (MILLER, 1987/1997, p. 211)

Se, no entanto, nos endereçamos ao sujeito em psicanálise, nossa ética não poderia ser desvinculada com o conceito de homem que lhe atribuímos. E em 1920, houve um novo rumo na história da psicanálise com a teorização do conceito da pulsão de morte. Com esse novo conceito, Freud percebe que o sujeito não trabalha necessariamente para o seu bem, do contrário, ele trabalha a serviço de uma pulsão que visa ao estado inorgânico, uma tentativa de satisfação completa, para por fim ao pulsional (FREUD, 1920/1996). Ao se deparar com esse ponto, Freud muda ainda mais a concepção de homem, uma vez que ele já havia feito o corte narcísico – o homem não é senhor de sua própria morada (FREUD, 1917 [1916-

17]/1996, p.292) – mostrando que não é a consciência que rege o homem, mas sim seus impulsos inconscientes. Quando Freud se dá conta de que, além de não ser regido pela consciência, o homem também não se guia para o bem, a psicanálise ganha um tom ainda mais pessimista do ponto de vista social. Entretanto, com esse aspecto da pulsão de morte, os psicanalistas estão advertidos de que não podemos nos iludir que o sujeito irá caminhar somente para seu bem-estar, ainda que demande isso inclusive num tratamento analítico. É preciso que o sujeito ascenda ao desejo de querer saber de suas resistências e defesas inconscientes, que, apesar de serem elas os grilhões do sofrimento, estas são inerentes ao sujeito e permeiam seu modo de satisfação. Isto é, dada a constituição do sujeito diante da pulsão de morte e imperativos superegoicos de satisfação pulsional, não podemos enquanto psicanalistas vender uma fórmula de felicidade.

Por esses motivos, a prática da psicanálise não garante a felicidade e o bem-estar do sujeito, pois sabemos que o discurso que subsidia esse ideal de bem-estar e felicidade estão pautados num discurso da consciência. Como nos dizem Bispo e Couto, “É justamente por destacar essa ausência de garantias que a psicanálise evoca tão fortemente a dimensão ética em sua clínica” (2011, p.122). Ao não se aderir a uma ética que se prontifique à prática do bem ou técnicas de como ser felizes, guiada por um ideal universal, não se exige a prática da psicanálise de um aspecto ético que balize sua práxis. Então, quando pontuamos que como psicanalistas não podemos prometer um bem-estar ao paciente, no início de análise, não quer dizer que não faremos nenhum bem a ele, mas que não podemos de antemão fazer uma promessa neste sentido. A ética em psicanálise não pode se orientar pela razão, muito menos por ideais universais, como nos mostra Andrade (2007):

O que a descoberta freudiana do inconsciente revelou é uma verdade do sujeito que lhe escapa, e da qual *nada quer saber*: a dimensão de seu desejo – nada mais avesso ao ideal aristotélico, mas absolutamente imprescindível para a clínica psicanalítica. E se a ética tem também a função de balizar uma prática, a ética da psicanálise não pode pautar-se por ideais de conduta forjados nos universais de uma felicidade na Razão. Ao demonstrar a ética no plano do ideal, da felicidade encontrada na Razão – o discurso correto –, e recentrá-lo no desejo inconsciente, Lacan introduz certa concepção ética, um pensamento singular sobre o papel das virtudes: (...)deixa cair por terra qualquer promessa de felicidade encontrada na ordenação dos bens. As virtudes adquirem uma nova acepção no discurso psicanalítico: sejam quais forem, não se encontram dadas tampouco fazem parte da constituição do sujeito. (ANDRADE, 2007, pp. 188-189)

Essa explanação sobre aspectos inconscientes, da constituição inerente ao ser humano, nos serviu para diferenciar a ética na prática psicanalítica e deixar claro por que não há uma receita de “psicanalisar”, de fazer com que o sujeito viva para ser feliz. Em seu cerne, a psicanálise não está focada no objetivo de levar um bem para o sujeito, até porque como disse Lacan (2003), em “Televisão”, uma psicoterapia que se proponha a levar o bem pode ao contrário, levar ao pior. Neste sentido, quanto maior for o direcionamento do sujeito a um ideal de bem-estar, mais as chances de conduzir o sujeito ao pior.

Uma vez feita essa distinção da ética da psicanálise com as demais éticas e práticas psicológicas é preciso então saber de que se trata a ética da psicanálise, em que ela se funda e qual é o direcionamento que essa ética conduz num tratamento analítico. A relação da ética da psicanálise está intimamente ligada à questão do desejo, do sujeito enquanto desejante. Afinal, dessa posição somos sempre responsáveis, disse Lacan (1965/1998). Isso significa que não é o bem que a prática analítica visa, mas que não cedamos da posição de desejo e de responder desse lugar. O que está em questão não é a noção do bem ou do mal, de ser feliz ou infeliz, e sim de responsabilização da condição de sujeito do desejo. A célebre frase de Lacan ilustra isso: “– Agiste conforme o desejo que te habita?” (LACAN, 1959-1960/1997 p. 376). Esse aspecto da ética do desejo tem a ver com a concepção de homem em que se apoia a psicanálise, que é o sujeito do inconsciente. Sua essência o própria é desejo, e se é desejo é porque há uma falta, ou seja, o sujeito é uma falta-a-ser.

Lacan, no *Seminário 7 - A Ética*, afirma que a demanda de uma análise é essencialmente uma demanda de felicidade, e como já vimos, não será deste lugar que o tratamento transcorrerá. A demanda de análise é uma demanda de que o analista o torne feliz, ou restabeleça a felicidade perdida. Apesar de essa demanda ser acolhida, não é deste lugar de restabelecer uma certa felicidade que o analista responderá. O que o analista aposta, então, é que o sujeito possa mudar de posição de demandante de uma felicidade para uma demanda de querer saber sobre seu sofrimento, sobre sua posição subjetiva. Em linhas gerais, essa é a direção do tratamento, levar o sujeito a querer saber sobre sua posição do sujeito inconsciente, que em sua essência é sujeito de desejo (LACAN, 1959-1960/1997).

Se uma análise se orienta pelo desejo, o analista deverá se ocupar então desse lugar de causa do desejo, mola propulsora do tratamento. Para manter-se nesta posição é necessário que o analista sustente o seu desejo de analista, até para sustentar a ética da psicanálise, uma vez que a escuta do analista é na realidade a escuta do desejo. (ANDRADE, 2007).

Desse modo, percebemos que é o analista que sustenta através de seu desejo a própria ética da psicanálise, possibilita ao analisante ascender ao lugar de seu desejo, muito mais do que de perseguir um ideal ofertado, ou de galgar um bem – que como nos alerta Lacan, devemos sempre nos perguntar pelo bem de quem (LACAN, 1959-1960/1997, p. 383). Por isso o analista não responde de um lugar da moral, ou de procurar educar o sujeito para se adequar à uma tendência moral.

O psicanalista, como se pode perceber, não tem a pretensão de ter uma prática que vá fazer bem para todos, nem que o sujeito se dirija à felicidade. Lacan, quando formula essas acepções, “se preocupa com a formalização buscando justamente, evitar que o particular de cada experiência se perca no universal da solução que o saber ambiciona” (BISPO; COUTO, 2011, p. 127). Sendo assim, se a ciência tenta produzir um saber que possa generalizar para todos, a psicanálise vai no sentido inverso, de fazer com que o saber seja o saber produzido subjetivamente, pelo menos no que diz respeito ao sofrimento de que padece o sujeito. Não há uma resposta geral sobre os problemas do sujeito, muito menos um bem que se oferte e que sirva a todos. O conceito de bem e de mal é efêmero, e não há verdade dos fatos, sendo a verdade da ordem subjetiva, nos entremeios de suas falas, onde reside o sujeito, entre uma fala e outra, na inconstância de seus desejos, na metonímia de seu ser. Se há algum bem que a prática psicanalítica possa ofertar esse bem é da ordem do singular presente em cada caso e não se baseia na demanda, nem na ordem moral e sim na direção do desejo.

O percurso sobre a ética em psicanálise nos permite agora, com mais precisão discutir a prática analítica no pronto socorro de um hospital geral e o uso dos protocolos. Usar o protocolo como um dado objetivo e uma técnica de tratamento para o sujeito é ir contra a ética da psicanálise, uma vez que isso retiraria de cena o sujeito, e o tratamento analítico não seria a oferta da palavra mais singular, nem do saber mais próprio. Como poderia o analista sustentar seu desejo se não for pela via de se eximir de classificações prévias e de dados externos à história do sujeito? O protocolo não pode nos ajudar a separar o sujeito de si mesmo e de sua condição de desejante. Ele tem de servir na medida em que seu uso favorece uma reflexão ética do analista em relação ao seu desejo, questionando-o se o analista escutou algo do desejo do sujeito. É neste sentido que o protocolo pode contribuir à psicanálise, para questionar o psicanalista sobre o desejo do analisante, se os ouvidos estavam atentos à enunciação do paciente, ao invés de ficar preso ao campo do enunciado. Só assim o protocolo poderá ser um protocolo ético, sem ser somente um protocolo técnico.

Pensamos que o protocolo de pesquisa em urgência subjetiva respeitou os ditames éticos da psicanálise, sustentou inclusive a prática do analista num contexto de urgência exatamente porque conseguiu fazer uma forma de o protocolo funcionar que não pela exclusividade técnica e pragmática, e sim por ofertar um lugar singular. Assim sendo, vemos que esse protocolo de pesquisa sendo transposto para um protocolo assistencial pode ser usado pelo psicanalista para se questionar sobre sua conduta e possibilitar a construção do caso clínico. Até mesmo os impasses ocorridos serão pontos de avanço em direção à clínica do singular e pode permitir que o analista na urgência construa, junto com sua equipe, uma nova forma de intervenção que permita continuidade do tratamento.

5 CONCLUSÃO

O ideal de programação da sociedade atual solicita ao sujeito estar sempre prevenido em relação aos acontecimentos da vida. Contudo, o sujeito muitas vezes se vê diante de situações com as quais não tem recursos simbólicos para suportar certos sofrimentos e são nessas ocasiões que eclodem as urgências subjetivas. Nestas situações, o sujeito se depara com um acontecimento que lhe é traumático, ou seja, há um rompimento na cadeia significante do sujeito. Este, portanto, é o campo da urgência subjetiva, um corte na cadeia significante que sustentava psiquicamente o sujeito, e que a partir de então o sujeito sofre o efeito maciço – na vertente do campo do real.

O trabalho do psicanalista no Pronto Socorro de um hospital, frente a essa realidade, é de possibilitar uma pausa que oferte o advento das palavras para esses sujeitos “urgenciados”, de maneira tal que eles possam novamente se reelencar na cadeia simbólica. Isso significa que o sujeito tem a oportunidade de simbolizar um evento que não consegue se inscrever na sua história, e possibilitar que ele se localize subjetivamente frente a sua própria história de vida. Essa forma de condução da urgência por parte do psicanalista se difere da área médica, porque nela a urgência se relaciona a uma quebra da homeostase do organismo.

Isso nos permite estabelecer a diferença de organismo e corpo, uma vez que este último é um corpo banhado pelo pulsional, que diz respeito ao fato de que ele é recoberto pela pulsão, na medida em que esta é o limite entre o psíquico e o somático, sendo um representante psíquico dos estímulos do corpo, apresentando-se como exigência de trabalho ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo (FREUD, 1915/1996). Assim, a pulsão tem seu caráter plástico, não tendo em si um objeto que satisfaça o sujeito, ela é a força que estimula a vida psíquica. As pulsões se ligam às representações e somente assim o sujeito é capaz de apreender o mundo a sua volta, via linguagem. Tanto o sujeito se relaciona com o mundo como também se relaciona com o próprio corpo pela linguagem. O corpo, por isso, é um corpo falado, o corpo é o que se fala dele.

Posteriormente, pudemos identificar o surgimento dos processos avaliativos dos quais os protocolos fazem parte. Nesse ponto, Michel Foucault (1975-1976/1999) demonstra que a maneira de o poder estatal abranger as coletividades e garantir a ordem é através da norma, ou seja, pelo *Biopoder*. O *biopoder* se manifesta por meio de técnicas e normas, via saber médico – uma vez que este saber é o que permite o elo entre o indivíduo e a população. Esse poder se

presentifica pela lógica de gestão e consegue se desdobrar até a ponta do sistema sem que se perca com isso a garantia da ordem. A normatização para adquirir seu poder se alia ao progresso científico como uma forma de ascender ao estatuto de verdade. O que percebemos, no entanto, é que acabam sendo vinculados como científicos – logo, como uma verdade – saberes que se aliam à ordem moral. As consequências desse tipo de correlações é que acabam sendo vinculados padrões da normalidade (que diz respeito ao que é da norma dominante) através do conceito de saúde, que são na realidade de cunho morais. O que está implícito nas técnicas avaliativas da gestão são os objetivos de ordem social e da produtividade capitalista.

Entretanto, nossa concepção de avaliação psicológica se distingue da lógica dos modelos de gestão, uma vez que partimos de outra lógica que é a do inconsciente, baseada na psicanálise. Nessa perspectiva, o que está em questão é o sujeito com seus sofrimentos e sua dimensão inconsciente, o corpo na medida em que ele é um corpo pulsional e um corpo falado. No entanto, sabemos que o sujeito que abordamos não é descontextualizado do mundo em que vive e que toda essa ideologia de produtividade e controle repercute nos modos de satisfação do sujeito. Avisados disso, fizemos uma leitura das consequências desse funcionamento da sociedade atual no sujeito do inconsciente. Assim, o que percebemos é que a moral civilizada de outrora cai por terra nos dias de hoje, e a orientação dos sujeitos passa a ser não mais pelos ideais paternos, mas sim pelo imperativo de gozo. A partir da falta estrutural do sujeito com seu objeto de satisfação, o capitalismo aliado à ciência, cria incessantemente novos objetos de satisfação, que como tal está fadado a não satisfazer completamente o sujeito que rapidamente troca por outro objeto ofertado pelo mercado. A demanda deixa de ser uma demanda de querer saber sobre seu gozo e passa então a ser uma demanda de gozo, uma demanda para gozar.

Os profissionais das áreas psicológicas são convocados a “fazer caber” o gozo dentro da norma, utilizando para isso as avaliações que funcionam como instrumentos que “calculam” quanto do gozo está dentro da norma (o S1 da sociedade normalizadora). Esse tipo de lógica acaba por produzir sujeitos excluídos, fora da norma convencional que passam a ser patologizados segundo os manuais de classificação, com algum tipo de distúrbio (*disorder*). Os protocolos entram nessa lógica como sendo uma modalidade do saber, já que eles fazem parte do modelo de gestão que, conjuntamente com o sistema capitalista e a ciência produzem uma infinidade de receitas que tentam fazer caber o gozo na norma. É a

partir desses efeitos sobre o sujeito do inconsciente que o psicanalista é convocado a se posicionar quanto a sua prática e sua terapêutica. Fazemos isso tomando como subsídio a reintrodução do enigma no discurso dos sujeitos, bem como acolhendo os dejetos/desadaptados e transformando isso em um efeito de verdade (BROUSSE, 2007).

Nesse sentido, tanto o tratamento quanto a pesquisa em psicanálise devem contemplar a narrativa do sujeito, com a finalidade de que algo de sua verdade singular possa se mostrar. Por isso, o saber que a psicanálise oferta não é da ordem de um saber prévio ao relato do sujeito. Contudo, isso não quer dizer que a psicanálise não tenha princípios nem técnicas. O princípio das intervenções é de que o sujeito possa se dirigir à sua condição de desejante. A técnica primordial da psicanálise é a da escuta, na qual o analista deve estar atento aos momentos de *avaliação clínica, localização subjetiva e introdução ao inconsciente*.

Estes três momentos fazem parte do tratamento da urgência subjetiva. Orientar-se pelas entrevistas preliminares não é pouco para a psicanálise, porque a dimensão diagnóstica só se efetua a partir do relato do sujeito sobre seu padecimento, e isso em si já é um grande avanço quando se trata de um ambiente hospitalar que trabalha numa ótica “a-discursiva” – se assim podemos nomear. Essa sistematização dos três momentos foi tão relevante que, diante do seu potencial clínico de reflexão sobre a escuta da narrativa do sujeito no que se refere ao tratamento da urgência subjetiva, foi inserido no protocolo de pesquisa sobre a urgência subjetiva em hospitais gerais. A abertura para a narrativa e a escuta do sujeito do inconsciente promoveu a modificação no uso do protocolo porque possibilitou que o que é da ordem singular obter espaço. O protocolo de pesquisa, então, teve seu aspecto de coleta de dados e de diretriz para o tratamento exatamente por não excluir o discurso do sujeito e se basear em marcos de sua fala em relação a sua construção de saber inconsciente. É isso que lhe permite ser um protocolo clínico assistencial.

Portanto, a inserção da narrativa do sujeito é o que permite ao protocolo da pesquisa obter outro uso que, distinto do modelo de gestão, traz então um efeito terapêutico visando o singular do caso. Desconstruímos assim, a ideia de que há um valor em si no protocolo, uma vez que ele não é nem bom nem ruim, dependendo sim da posição do profissional para com o uso do protocolo e das técnicas de gestão. Outra conclusão sobre o protocolo da pesquisa multicêntrica é que ele pode ainda possibilitar a escuta do sujeito do inconsciente, ou seja, pode ser útil para a reflexão da escuta clínica de orientação psicanalítica.

Em vista do que foi trabalhado, pudemos concluir que o protocolo da Pesquisa Multicêntrica em Urgência Subjetiva pode ser transposto para o protocolo clínico na medida em que ele reintroduz o discurso do sujeito no âmbito da clínica. Esta característica permite o trabalho a partir de outra perspectiva que não seja a de gestão. A lógica da gestão se baseia desde a lógica política-ideológica, que concebe um discurso assistencial igualitário com práticas normativas e burocráticas, até o discurso médico psiquiátrico que tem como pano de fundo os manuais classificatórios e moldes estatísticos. Como bem apontou Teixeira (2010), esses discursos não têm efeito sobre o sujeito e por isso não podem ter como consequência um efeito terapêutico – no sentido psicanalítico. Por isso, o que deve ser o operador clínico não é um saber prévio contido nos manuais ou simplesmente o aprimoramento de técnicas, o que deve operar no caso é o singular, já que este é o entrave à generalização do saber.

Acrescentamos ao protocolo técnico a dimensão ética, uma vez que, na psicanálise, falar de técnica é falar necessariamente de ética. A ética na psicanálise está calcada no conceito de ser humano a ele atribuído, ou seja, baseada no sujeito do inconsciente. Como vimos, o sujeito não é regido unicamente pelo discurso da consciência, nem tampouco é para seu bem-estar que ele se encaminha, devido à pulsão de morte a ele inerente. Advertidos dessa estrutura do sujeito, o analista não se engana com a demanda de bem-estar feita pelo analisante, porque esta demanda está pautada num discurso da consciência, que esconde por detrás um imperativo superegoico de satisfação pulsional. Logo, não é do lugar da demanda que o analista irá responder, a tarefa do psicanalista é de fazer com que o sujeito possa trocar uma parcela de bem-estar por querer saber sobre seu inconsciente.

A ética que baliza a psicanálise é a ética do desejo; da nossa posição somos sempre responsáveis. Por conseguinte, o lugar ocupado pelo psicanalista necessita estar vazio de significações prévias e por isso o psicanalista paga o preço de apagar seu ser, e de sustentar ser a causa do desejo do analisante.

Se para a ciência tanto o saber quanto as soluções devem ser generalizáveis, na psicanálise o saber e a solução são construções subjetivas. Em vista disso, averiguamos que o uso do protocolo assistencial em urgência subjetiva, pautado pela psicanálise, abre a possibilidade de uma distância em relação ao seu uso técnico e objetivo, na medida em que ela (a psicanálise) favorece a reflexão ética sobre o desejo do analista. O protocolo pode assim funcionar como questionamento da escuta do psicanalista no que se refere à enunciação do sujeito, e que o psicanalista não fique preso ao discurso do enunciado.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEM, Giorgio. Os direitos do homem e a biopolítica. In.: **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002, p. 133-142.
- ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud**: estudos sobre a pré-história da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- ANDRADE, Moisés Júnior. O desejo em questão. Ética da psicanálise e desejo do analista. In.: **Psychê**, Ano IX, n21. São Paulo, jul-dez/2007, p. 183-196.
- BARRETO, Francisco Paes. A urgência subjetiva (uma introdução). In: **Almanaque, nº: 40** – agosto, 2004.
- BATISTA, Makilim Nunes; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Avaliação psicológica da saúde: um campo em construção. In.: **Psicologia hospitalar**: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- BELAGA, Guillermo. **La urgência generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005.
- BISPO, Fábio Santos; COUTO, Luis Flávio Silva. Ética da psicanálise e modalidades de gozo: considerações sobre o Seminário 7 e o Seminário 20 de Jacques Lacan. In.: **Estudos de psicologia**, 16 (2), maio-agosto/2011, p. 121-129.
- BRAUNSTEIN, Néstor A. O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PTS): sexto discurso? In.: **A peste**. São Paulo, v. 2, n 1, p. 143-165, jan-jun, 2010.
- BROUSSE, Marie-Hélène. Em direção a uma nova clínica psicanalítica. In: **Latusa digital** – ano 4 – No 30 – setembro de 2007.
- CANGUILHEM, Georges. **Meios e normas do homem no trabalho. Pro-posições**. V.12, n 2-3 (35-36), jul-nov, 2001, p. 109-121.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CELARD, A. A análise documental. In: POUPART J et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.p. 295-316.
- COSTA, Mônica Aparecida; MOTA, Joaquim Antônio Cesar; FIGUEIREDO, Ricardo Castanheira Pimenta. **Hospital das Clínicas da UFMG**: da origem como hospital de ensino à inserção no Sistema Único de Saúde. In: Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte. n.18(3), p.212-219, 2008.

COUTINHO, Fernando. Psicanálise, discurso e cognitivismo. In: **Latusa digital** – ano 5 – No 34 – setembro de 2008.

FELDSTEIN, Richard; FINK, Bruce; JAANUS, Maire. **Para ler o seminário 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; NOBRE, Letícia; VIEIRA, Marcus André. Pesquisa, psicanálise e universidade: “Palavras-chave” de um método. In.: **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**. Vol. 2, n.1 – Janeiro a Abril de 2000, p.35-42.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1998.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In.: **Em defesa da sociedade – Curso no Collège de France (1975 – 1976)**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999, p. 285-315.

FOUCAULT, Michel. Direito de morte e poder sobre a vida. In.: **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 125-149.

FOUCAULT, Michel. La vida: la experiencia y la ciencia [1990]. In.: **Ensayos sobre biopolítica**. Excesos de vida: Michel Foucault; Guilles Deleuze; Slavoj Zizek; compilado por Firmín y Gabriel Georgi. Buenos Aires: Paidós, 2009, p. 41-57.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1850[1885]) In.: **Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços inéditos. (1886-1889)** Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Casos Clínicos – Sra. Emmy Von N. (Freud). In.: **Estudos sobre histeria. (1893-1895)** Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]). In.: **Um caso de Histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Sobre a Psicoterapia (1905[1904]). In.: **Um caso de Histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. [1911] In.: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2004.

FREUD, Sigmund. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In.: **O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Conferência XVIII Resistência e Repressão. **In.: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916)**. Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer (1920). In: **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. (1920-1922)**. Obras completas de Sigmund Freud, edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. (1994). Os amantes da Sophia: Escuta e releitura. In.: **Psicologia e Psicanálise**, 6(1), 9-13.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p. 168-195.

GUYTON, Hall. **Fisiologia Humana e Mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro, 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário: livro 11**: os quatro conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 508-549.

LACAN, Jacques. **O seminário: livro 10**: A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 163-171.

LACAN, Jacques; MILLER, Jacques-Alain. **O seminário: livro 7**: A ética da psicanálise. 2.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1998, p. 197-213; 591-652.

LAURENT, Eric. Alienação e separação I. **In.: Para ler o seminário 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1997.

LAURENT, Eric. Alienação e separação II. **In.: Para ler o seminário 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1997.

LAURENT, Eric. Hijos del trauma. **In.: La urgencia generalizada**: la practica en el hospital. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

MACEDO, Lucíola. A Biopolítica como Política da Angústia. In: **Opção Lacaniana, nº: 45**, 2006, p. 57-61.

MACEDO, Lucíola; PIMENTA FILHO, Jorge. Relatório (Abril de 2009) Investigação sobre Urgências Subjetivas no Hospital – **Relatório de pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG**. Abril de 2009.

MACEDO, Lucíola; PIMENTA FILHO, Jorge; SOTELO, Inês; BELAGA, Guillermo; SANTIMARIA, Larissa. Análise da demanda e intervenções na urgência em saúde mental. In.: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 1-16, abr 2010.

- MILLER, Jacques Alain. Discurso do Método Psicanalítico. In.: **Lacan Elucidado**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997 [1987].
- MILLER, Jacques Alain. Diagnóstico e Localização subjetiva. In.: **Lacan Elucidado**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997 [1987].
- MILLER, Jacques-Alain. **Elementos de Biologia Lacaniana**. Escola Brasileira de Psicanálise: Belo Horizonte, 1999.
- MILLER, Jacques- Alain. A era do homem sem qualidades. Traduzido por Tânia Coelho e Jésus Santiago. **Asephalus: Revista Eletrônica do Núcleo Sephora**. Ano 1, n1, Nov/abr. 2005/2006.
- MILLER, Jacques-Alain. Conferência de Jacques-Alain Miller em Comandatuba. IV Congresso-AMP – Comandatuba 2004.
- MIJOLLA, Alain. (Dir) **Dicionário internacional da Psicanálise**: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Comitê editorial: Sophie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- MUSIL, Robert. **O homem sem qualidades**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006, p. 55 e 56.
- NOBRE, Letícia. Sobre o ato de pesquisar em psicanálise: algumas considerações. In.: **Ágora – Programa de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica Instituto de Psicologia da UFRJ**. Vol. II, número 2, Julho/Dezembro de 1999, p. 37-42.
- PINTO, Jeferson Machado. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999.
- ROCHA, Guilherme Massara. Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. In: **Epistemo-Somática** – vol. IV – No 02 – agosto/dezembro 2007.
- SELDES, Ricardo. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In.: **La urgencia generalizada: la practica en el hospital**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.
- SIMÕES, Carolina Leal Ferreira. **A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte.
- SOLER, Colette. O sujeito e o Outro II. In.: **Para ler o seminário 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1997.
- SOTELO, Inés. La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. In.: **La urgencia generalizada: la practica en el hospital**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

STIGLITZ, Gustavo. Inventar la lengua que se habla. Sobre eficacia y psicoanálisis. **In.: La urgencia generalizada: la practica en el hospital.** Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

TEIXEIRA, Antônio. **Metodologia em Ato.** Belo Horizonte: Scriptum, 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública.** 39(3) p. 507-14, 2005.

ANEXO A – PROTOCOLO DA PESQUISA MULTICÊNTRICA DE URGÊNCIA SUBJETIVA

UNIVERSIDADE DE BUENOS AIRES – FACULDADE DE PSICOLOGIA – DISCIPLINA CLÍNICA DA URGÊNCIA

Diretor do projeto: Lic. Maria Inés Sotelo - Co-diretor do projeto: Dr. Guillermo Belaga

Grupos externos de Investigação:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA, Argentina - UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA- Montevideo, Uruguay - HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO- Prov. de Bs.As, Argentina - HOSPITAL SAN BERNARDO- Prov. de Salta- Argentina - HOSPITAL MACIEL- Montevideo- Uruguay – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

ANÁLISE COMPARATIVA DA DEMANDA E INTERVENÇÕES NA URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.
Hospital Central de San Isidro da Província de Buenos Aires, Hospital San Bernardo da Província de Salta (Argentina); Hospital Maciel de Montevideo (Uruguai) e Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais (Brasil).

Protocolo de investigação Número:

- Salta de 0 a 500
- Montevideo 501 a 999
- San Isidro 1000 a 1500
- Brasil 1501 a 2000

Profissional a cargo da entrevista:

DATA Dia: Mês: Ano:

CONTEXTO SOCIOLÓGICO:

() Outro Estado

Sexo: () Feminino
() Masculino

Idade: 18 a 21 anos () 22 a 30 anos ()
31 a 40 anos () 41 a 50 anos () de 51 a 60 anos
mais de 60 anos ()

Naturalidade:

Escolaridade: () Primário () 1º grau
() 2º grau () 3º grau
() Completo () Incompleto

5- Vínculo empregatício: () Sim

() Não
() Formal () Informal

Desempregado há quanto tempo:

Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
Mais de 1 ano () Não sabe

Razões do desemprego:

Residência: () Própria () Alugada
() Abrigo () Morador de rua
() Outro

Zona residencial: () BH () Centro
() Bairro residencial
() Vilas/Favelas
() Região Metropolitana BH
() Zona Rural – MG
() Interior – MG

B- CONTEXTO FAMILIAR

Estado Civil:

1- Reside com: () Família de origem
() Família atual
() Amigos
() Sozinho

2- Filhos: () Sim
() Não

Quantos: Idades:

C- CONTEXTO SUBJETIVO

1- Como chega à consulta:

() Acompanhado por:
() Desacompanhado

2- Relata o acontecido:

() Não
() Sim, com dificuldade
() Sim, com facilidade
() Observações:

3- Localiza acontecimento ligado ao aparecimento da
urgência:

() Não
() Sim, com dificuldade
() Sim, com facilidade
() Observações:

4- Formula hipóteses sobre causa de seus sintomas:

() Não
() Sim, com dificuldade
() Sim, com facilidade
() Observações:

Motivo da Consulta:

D- CONTEXTO TRANSFERENCIAL

- **Modo de chegada ao hospital:**
 -) Trazido por SAMU, PM e outros
 -) Proximidade da residência
 -) Confiança na instituição
 -) Confiança em algum profissional da instituição
 -) Encaminhado por outros serviços UPA/Ambulatórios/Centros de Saúde)
 -) Outros:
- **Tratamento prévio ou atual neste hospital:**
 - () Sim Pedido de interconsulta? Setor:
 - () Não

- CONTEXTO DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO À URGÊNCIA:

- **Consultou previamente a um pronto-atendimento por problemas emocionais, psicológicos, psiquiátricos:**

-) Sim () Não () Não sabe
- **Tratamentos na área psicológica ou psiquiátrica:**

- () Nunca
- () **Psicológico**
 - () Atualmente Desde quando?
 -) Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
 -) Mais de 1 ano () Não sabe

- este Hospital: () Sim () Não () Não sabe
- () Anteriormente: duração
 -) Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
 -) Mais de 1 ano () Não sabe
- este Hospital: () Sim () Não () Não sabe
- á quanto tempo está sem tratamento?
 -) Menos de um mês () Menos de um ano
 -) Mais de um ano () Não sabe

Psiquiátrico:

- () Atualmente Desde quando?
-) Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
-) Mais de 1 ano () Não sabe
- este Hospital:
 -) Sim () Não () Não sabe
 - () Anteriormente: duração
 -) Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
 -) Mais de 1 ano () Não sabe

- este Hospital:
 -) Sim () Não () Não sabe
 - á quanto tempo está sem tratamento?
 -) Menos de um mês () Menos de um ano
 -) Mais de um ano () Não sabe

- **Recebeu medicação psiquiátrica alguma vez?**

-) Sim () Não Não sabe ()
- ual? () Antidepressivo () Antipsicótico () Ansiolítico
-) Anticonvulsivo () Não sabe () Outros

- **Tentativa de suicídio:** () Atual () Anteriores
- **Episódios de Violência atuais:** () Sim () Não
 - () Social () Familiar

- uem exerce: () Paciente () Familiar () Outros

- **Diagnóstico**

• **Psicanalítico Presuntivo:**

- () Neurose () Psicose () Perversão

- **Segundo o CID-10 (OMS):** * É possível marcar mais de uma opção.

- () F00-09 Transtornos Mentais Orgânicos
- () F10-F19 Transtornos mentais devidos ao consumo de substâncias psicotrópicas
- () F20-20.9 Esquizofrenias
- () F22 Transtornos de idéias delirantes persistentes
- () F23 Transtornos psicóticos agudos
- () F24 Transtorno delirante induzidos
- () F30-39 Transtornos do humor (afetivos)
- () F31 Transtorno afetivo bipolar
- () F32 Episódios depressivos
- () F40 Transtornos de ansiedade fóbica
- () F41.0 Transtorno de pânico
- () F41.1 Transtorno de ansiedade generalizada
- () F41.2 Transtorno misto ansioso-depressivo
- () F42 Transtorno obsessivo-compulsivo
- () F43 Reações a estresse grave e transtornos de adaptação
- () F44 Transtornos dissociativos (de conversão)
- () F45 Transtornos somatoformes
- () F48.1 Transtorno de despersonalização-desrealização
- () F50 Transtornos da alimentação
- () F51 Insônia não orgânica
- () F52 Disfunção sexual não orgânica
- () F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério e não relacionados em outras partes
- () F60-69 Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto
- () F63 Transtornos dos hábitos e do controle dos impulsos
- () F64 Transtornos da identidade sexual
- () F65 Transtornos da preferência sexual
- () F70-79 Retardo mental
- () F91 Transtornos de conduta
- () F99 Transtorno mental não especificado

B- CONTEXTO DE FINALIZAÇÃO DA URGÊNCIA

- 1- Em quantas entrevistas a urgência foi resolvida:**

- () 1 () 2 a 5 () 6 a 10 () Mais de 10
- (considerar TODAS as entrevistas realizadas, em 1 ou mais dias)

- 2- Prescrição de medicação psiquiátrica?**

- () Sim () Não
- Qual: () Antidepressivos () Antipsicóticos
- () Anticonvulsivantes () Ansiolíticos () Outra

- 2- Modo de resolução da urgência:**

- () Internação neste hospital
- () Traslado para internação em outro hospital
- () Encaminhamento para tratamento em outra instituição
- () Encaminhamento para o ambulatório do hospital
- () Chegou à segunda entrevista?
- () Óbito () Evasão () Alta

- Outros:

**ANEXO B –DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO E DA APROVAÇÃO DA PESQUISA NO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 086/09

Interessado(a): Profa. Luciola Freitas de Macêdo
Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde
Hospital das Clínicas - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de abril de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais - Comitê de Ética em Pesquisa – COEP
Processo: CAAE - 0086.0.203.000-09

Projeto: Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental.

Data de entrada no COEP: 20/03/2009 Recebido pelo relator: 25/03/2009

Autores: Lucíola Freitas de Macêdo (Pesquisadora responsável)
Jorge Antônio Pimenta / Larissa Figueiredo Gomes / Carolina Leal Ferreira Simões

Unidade: Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG

Documentos apresentados:

Carta de encaminhamento do Projeto Protocolo de Pesquisa

Protocolo do Projeto junto ao DEPE/HC-UFMG

Declaração de apoio institucional assinada pelo Vice-Diretor Geral do Hospital das Clínicas

Termo de Compromisso dos Pesquisadores

Data prevista para início do Projeto: Aprovação do COEP e liberação do DEPE/HC-UFMG

Data prevista para o encerramento: 01 ano após o início do Projeto

Resumo do Projeto

Objetivo: Caracterizar a população que chega às consultas de urgência no Programa "Clínica de Urgência" do serviço de Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG (PA/HC/UFMG). Serão analisadas as variáveis sociológicas, familiares e subjetivas dos pacientes, bem como as relativas ao diagnóstico, ao encaminhamento e ao profissional envolvido. O estudo é motivado pelo fato que os pronto-atendimentos dos hospitais públicos recebem um número crescente de pacientes com sintomatologia psiquiátrica. Permitirá redefinir as ações e estratégias para tratar e responder às urgências no serviço em questão e em outras unidades do Hospital das Clínicas.

Público alvo: Maiores de 18 anos de ambos os sexos que recorreram ao serviço de urgência do referido hospital no período de 1º de setembro a 31 de dezembro de 2008.

Metodologia: Serão utilizados e comparados dados secundários extraídos do protocolo de admissão à urgência e digitalizados no próprio local. Os dados utilizados não identificarão em nenhuma hipótese os pacientes respectivos.

Parecer

O projeto está bem definido e fundamentado. A pesquisa é considerada de fundamental importância para o desenvolvimento de uma metodologia de atendimento à urgência pela equipe de psicólogos do HC. A pesquisadora responsável é Vice-coordenadora do Serviço de Psicologia do HC e psicóloga de referência do PA. Os 03 participantes da pesquisa estão de modos diversos relacionados com o HC (Funcionário do Serviço de Pediatria / Participação no Programa "Clínica de Urgência" / Psicóloga voluntária do Serviço de Psicologia). Tratando-se de análise de protocolos não se requer TCLE. Constam a concordância da Gerente da Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde, da Coordenadora do Serviço de Psicologia do HC e da Coordenação Médica do PA, bem como a recepção do Projeto para registro e avaliação no DEPE/HC-UFMG. Não parece necessário dispor do resultado da avaliação do DEPE, equivalente ao Parecer substanciado da Câmara Departamental.

Diante do exposto, smj sou favorável à aprovação.